

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE.

JOÉLI FERNANDA BASSO

**REFLEXÕES DE UM GRUPO DE GESTANTES E ACOMPANHANTES
SOBRE A PARTICIPAÇÃO ATIVA NO PARTO E NASCIMENTO**

Florianópolis-SC
Dezembro 2007

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

JOÉLI FERNANDA BASSO

**REFLEXÕES DE UM GRUPO DE GESTANTES E ACOMPANHANTES
SOBRE A PARTICIPAÇÃO ATIVA NO PARTO E NASCIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem.

ORIENTADORA: Dra. Marisa Monticelli

Florianópolis - SC
Dezembro 2007

B322r Basso, Joéli Fernanda

Reflexões de um grupo de gestantes e acompanhantes sobre a participação ativa no parto e nascimento / Joéli Fernanda Basso; orientadora Marisa Monticelli. – Florianópolis, 2007. 204f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2007.

Inclui bibliografia.

1. Gestantes. 2. Educação em saúde. 3. Enfermagem obstétrica. 4. Parto humanizado. I. Monticelli, Marisa. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU: 616-083

Catálogo na fonte por Onélia S. Guimarães CRB-14/071

JOÉLI FERNANDA BASSO

**REFLEXÕES DE UM GRUPO DE GESTANTES E ACOMPANHANTES
SOBRE A PARTICIPAÇÃO ATIVA NO PARTO E NASCIMENTO**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

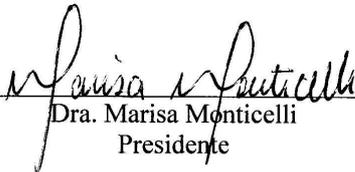
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 12 de dezembro de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.

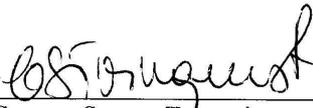


Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Marisa Monticelli
Presidente



Dra. Carmen Susana Tornquist
Membro



Dra. Odaléa Maria Bruggemann
Membro

Dra. Ana Lúcia de L. Bonilha
Membro Suplente

Dra. Astrid Eggert Boehs
Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

Ao término desta trajetória, não encontrei melhor maneira para descrevê-la do que comparando-a com os eventos que procuro refletir e compreender: a gravidez, o parto e o nascimento. Ao planejar “gestar” essa pesquisa, passei a conviver com um misto de alegria, expectativa, ansiedade e dúvida. A realidade futura da “parturição” e a expectativa de vivenciá-la enquanto protagonista me fez trilhar um caminho que, quiçá, facilitaria o processo. Diante de uma realidade tão complexa, compreendê-la ao ponto de vislumbrar possibilidades de transformá-la me parecia a melhor forma de “preparação”. Nesse sentido, a construção do conhecimento, o diálogo coletivo, a reflexão e muitas outras “ferramentas” foram utilizadas.

Essa fase, de intensas descobertas, culminou com o nascimento desse “filho” que hoje apresento, já com a expectativa que ele cresça, se fortaleça e contribua para a reflexão da realidade de parir e nascer **da e na** sociedade atual.

Nesse evento social que é o “nascimento de um filho”, muitas pessoas participam; algumas de uma forma mais próxima, com seus conhecimentos, concentração, ombro amigo ou até intervenções; outras participam simplesmente existindo em nossas vidas e compartilhando a alegria das nossas conquistas. Assim, é para esses seres especiais que gostaria de dirigir algumas palavras de agradecimento.

À minha orientadora, Dra. Marisa Monticelli, pelo constante incentivo, dedicação e estímulos à reflexão sobre as possíveis direções a serem tomadas nos momentos de maior dificuldade. Interlocutora interessada em minhas inquietações, co-autora em vários trechos. Obrigada por aceitar o desafio dessa orientação e por compartilhar comigo seus conhecimentos e entusiasmo, ações que pretendo retribuir com os resultados dessa pesquisa.

Aos membros da Banca, professoras Carmen Susana Tornquist, Odaléa Maria Brüggemann, Astrid Eggert Boehs, Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha e Vitória R. Petters Gregório, por aceitarem compartilhar seus saberes e contribuir para o desfecho desse estudo. Também agradeço à professora Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, pelas contribuições oferecidas por ocasião da qualificação.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelos estímulos, saberes compartilhados e presteza nos encaminhamentos necessários.

Às profissionais coordenadoras do Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC, pelas vivências, trocas de conhecimentos e crescimento que os diálogos e negociações me proporcionaram. Obrigada por terem acolhido esta proposta.

Às gestantes e acompanhantes participantes dessa pesquisa, por me permitirem compartilhar de momentos tão especiais de suas vidas, possibilitando a realização deste estudo.

Às professoras da disciplina de “Enfermagem Obstétrica e Neonatológica”: Mila, Marisa, Odaléa, Vitória e Vanda. Espero retribuir com os resultados deste estudo, um pouquinho dos saberes que sempre compartilharam comigo.

Aos professores Gelson e Mila. Meus mestres-amigos, vocês têm uma enorme contribuição nesta e em tantas outras conquistas. Obrigada por terem sempre me incentivado a crescer, pessoal e profissionalmente.

À Roberta, Giseli e Melissa pelo empréstimo constante de materiais, pelas longas e produtivas conversas, pelas experiências compartilhadas.

Aos meus colegas participantes do NEPEPS (Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação Popular, Enfermagem e Saúde). Nossos encontros foram estímulos fundamentais para a concretização desse estudo. Agradeço especialmente aos professores: Astrid, Marisa e Toni.

À turma de mestrado 2006. Apesar da rápida convivência, vocês deixarão saudades! À Camila e a Marly, meus agradecimentos especiais.

À minha família. Nela estão meus pais (Leda e Armando), minha irmã (Márcia), meus cunhados (Marcelo, Leonardo e Leandro), sogros (Dalva e Onofre) e o meu namorado (Lennon). Obrigada pelo amor, compreensão e diálogo que sempre me ofereceram, mesmo quando os compromissos e o cansaço me tornaram intolerante ou ausente.

Ao Lennon, pela compreensão, pelo amor, pelo companheirismo. Obrigada por existir, por fazer parte da minha vida e por me fazer mais e mais feliz a cada dia. Te amo!

À minha segunda família, meus amigos-irmãos: Melissa, Roberta, Silvana, Sonciarai, Kênia, Wilhelm, Ramon, Carla e Leandro, pela cumplicidade, pelas boas

risadas, pela amizade verdadeira que deixa a vida mais “gostosa”. Obrigada por estarem sempre ao meu lado, nos bons e maus momentos.

À Dona Sônia, minha “mãe emprestada”, que nunca mediu esforços para “cuidar” e dar “bons conselhos”. Apesar da distância que a correria do dia-a-dia nos obriga a manter, você é presença constante em meu coração.

E, finalmente, à todas as pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram para a concretização desse sonho. Obrigada.

RESUMO

BASSO, Joéli Fernanda. **Reflexões de um grupo de gestantes e acompanhantes sobre a participação ativa no parto e nascimento**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 204f.

Trata-se de Pesquisa Convergente-Assistencial que teve como objetivos compreender as expectativas das gestantes e seus acompanhantes sobre suas participações para que o parto e o nascimento institucionalizados sejam humanizados e analisar a influência da prática educativa em grupo no fortalecimento das gestantes e seus acompanhantes em direção ao parto e nascimento humanizados, utilizando-se como suporte teórico-metodológico, a Pedagogia Libertadora de Paulo Freire. Foi desenvolvida junto ao “Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos” do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Os sujeitos constituíram-se de 35 gestantes e 16 acompanhantes, que participaram de duas edições do Grupo. A coleta de dados foi realizada através do Arco da Problematização, de Charles Maguerez, operacionalizado em dezoito oficinas, sendo nove em cada uma das edições do Grupo. A análise foi realizada seguindo-se quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência. Desta análise emergiram 5 categorias: 1) Escolhendo o parto vaginal como primeira opção para dar à luz; 2) Selecionando o tipo de atenção obstétrica para a condução do pré-natal e realização do parto; 3) Reconhecendo-se como sujeitos reflexivos e críticos perante a realidade; 4) Negociando e dialogando com os profissionais de saúde sobre as preferências relacionadas aos procedimentos obstétricos; e 5) Construindo um saber próprio acerca do processo do parto e do nascimento. Os resultados apontaram expectativas relacionadas ao protagonismo dos sujeitos, à necessidade de negociação de saberes com os profissionais, ao exercício pleno do diálogo como ferramenta desta negociação, à liberdade de escolha com relação aos profissionais e às instituições, ao exercício e fortalecimento de grupos temáticos similares ao grupo de gestantes, à necessidade de fomentar o pensamento crítico, ao usufruto dos direitos à cidadania e ao resgate do parto e do nascimento como eventos sociais e fisiológicos, evidenciando a influência que as premissas do Movimento de Humanização do Parto e Nascimento e da Pedagogia Libertadora podem exercer sobre o Grupo. Os dados da pesquisa mostram que ao mesmo tempo em que as interações vivenciadas dentro das instituições de saúde entre os profissionais, as gestantes e seus acompanhantes são complexas e permeadas por relações de poder, práticas educativas libertadoras podem contribuir para o fortalecimento dos sujeitos rumo à superação deste *status quo* e, portanto, à transformação de suas realidades. Esta pesquisa traz contribuições para novas reflexões sobre a realidade da assistência ao processo do nascimento institucionalizado e subsídios para a construção de novas estratégias de sobreposição ao modelo hegemônico vigente, trazendo considerações válidas para a assistência, para o ensino e, em nível macro, para a formulação de políticas públicas que atendam e se adequem às reais expectativas desta população, com relação ao parto e ao nascimento humanizados.

Palavras-chave: Gestantes; Educação em saúde; Enfermagem obstétrica; Parto humanizado.

ABSTRACT

BASSO, Joéli Fernanda. **Reflections from a group of pregnant women and their companions about the active participation in delivery and birth.** 2007. Master's Thesis in Nursing – Graduate Nursing Program at the Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brazil, 204f.

The objective of this Convergent-Assistance Study was to comprehend the expectations of pregnant women and their companions about their participations in order for institutionalized delivery and birth to be more humanized and to analyze the influence of group educational practice in the strengthening of pregnant women and their companions leading up to the humanized delivery and birth, utilizing Paulo Freire's "Pedagogia Libertadora" as theoretical-methodological support. This study was developed and carried out with the "Group of Pregnant Women and/or Couples" of the University Hospital at the Federal University of Santa Catarina. The subjects consisted of 35 pregnant women and 16 companions that participated in the two versions of the Group. The analysis took place according to four generic processes: apprehension, synthesis, theorizing, and transference. From this analysis, 5 categories emerged: 1) Choosing the vaginal delivery as a first option for giving birth; 2) Selecting the type of obstetrics care for the conduction of pre-natal and the delivery itself; 3) Recognizing themselves as reflective and critical subjects before their reality; 4) Negotiating and dialoguing with health care professionals about their preferences related to obstetrics preferences; and 5) Constructing one's own knowledge surrounding the delivery and birth process. The results pointed out expectations related to the protagonism of the subjects, to the need for the negotiation of knowledge with professionals, to the clear exercise of dialogue as a tool in this negotiation, to the freedom of choice in relation to the professionals and institutions involved, to the exercise and strengthening of thematic groups similar to the group of pregnant women, to the need for providing and supporting critical thought, to the fruition of citizen's rights, and review and rescue of delivery and birth as social and physiological events, evidencing the influence that the premises of the Humanization of Delivery and Birth Movement and the Pedagogia Libertadora may exercise upon the Group. The data from this study show that at the same time in which the interactions lived among the health care institutions among the health care professionals and the pregnant women and their companions are complex and permeated with relationships of power, liberating educational practices may contribute to the strengthening of the subjects in route of overcoming this *status quo* and thus, to the transformation of their realities. This study brings contributions for new reflections about the reality of care in the institutionalized birth process and subsidies for the construction of new strategies of overlapping the existing hegemonic model, bringing valid considerations to care, to teaching, and on a macro level to the formulation of public policies that meet and are adequate to the real expectations of this population, in relation to humanized delivery and birth.

Keywords: Pregnant women; Health education; Obstetrical Nursing; Humanizing delivery.

RESUMEN

BASSO, Joéli Fernanda. **Reflexiones de un grupo de gestantes y sus acompañantes sobre su participación activa en el parto y en el nacimiento.** 2007. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 204f.

El presente estudio trata de una Investigación Convergente Asistencial, cuyos objetivos fueron: comprender las expectativas de las gestantes y de sus acompañantes sobre sus participaciones para que el parto y el nacimiento institucionalizados sean humanizados, y analizar la influencia de la práctica educativa en grupo para el fortalecimiento de las gestantes y sus acompañantes, en dirección al parto y al nacimiento humanizados. Para ello fue utilizado como soporte teórico metodológico la Pedagogía de la Liberación de Paulo Freire. La investigación fue desarrollada con el “Grupo de Gestantes y/o Parejas Embarazadas” del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina. Los sujetos de la investigación fueron 35 gestantes y 16 acompañantes, los cuales participaron de dos ediciones del Grupo. La recolección de los datos fue realizada a través del método del Arco de la Problematización de Charles Maguerez, efectuada en dieciocho talleres, siendo nueve para cada una de las ediciones del Grupo. El análisis se hizo siguiendo cuatro procesos genéricos: Aprehensión, síntesis, teorización y transferencia. De este análisis surgieron cinco categorías, a saber: 1) Escogiendo el parto vaginal como primera opción para dar a luz; 2) Seleccionando el tipo de atención obstétrica para la conducción del prenatal y la realización del parto; 3) Reconociéndose como sujetos reflexivos y críticos ante la realidad; 4) Negociando y dialogando con los profesionales de salud sobre las preferencias relacionadas a los procedimientos obstétricos; y, 5) Construyendo un saber propio a cerca del proceso del parto y del nacimiento. Los resultados obtenidos señalaron las expectativas relacionadas al protagonismo de los sujetos, a la necesidad de negociación de saberes con los profesionales, al ejercicio pleno del diálogo como herramienta de esta negociación, a la libertad de elección con relación a los profesionales y a las instituciones, al ejercicio y al fortalecimiento de grupos temáticos similares al grupo de gestantes, a la necesidad de fomentar el pensamiento crítico, al usufructo de los derechos a la ciudadanía y al rescate del parto y del nacimiento como eventos sociales y fisiológicos, revelando la influencia que las premisas del Movimiento de Humanización del Parto y del Nacimiento y de la Pedagogía de la Liberación pueden ejercer sobre el Grupo. Los datos de la investigación muestran que al mismo tiempo que las interacciones vivenciadas en las instituciones de salud por los profesionales, las gestantes y sus acompañantes son complejas y perneadas por relaciones de poder, prácticas educativas liberadoras pueden contribuir para el fortalecimiento de los sujetos hacia la superación de este *status quo* y, por lo tanto, para la transformación de sus realidades. Esta investigación aporta contribuciones para nuevas reflexiones sobre la realidad de la asistencia al proceso del nacimiento institucionalizado, así como subsidios para la construcción de nuevas estrategias que se sobrepongan al modelo hegemónico vigente, aportando consideraciones validas para la asistencia y la enseñanza y, a nivel macro, para la formulación de políticas públicas que atiendan y se adecuen a las reales expectativas de esta población, en relación al parto y al nacimiento humanizados.

Palabras Clave: Mujeres embarazadas; Educación en salud; Enfermería obstétrica; Parto humanizado.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 2 - REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 O período pré-natal e as políticas de atenção ao parto e ao nascimento.....	21
2.2 Abordagem pré-natal em grupos.....	33
2.2.1 A constituição e dinâmica dos grupos.....	33
2.2.2 A educação em saúde em grupos.....	35
2.2.3 A educação em saúde em grupos durante o pré-natal	39
2.3 A humanização do parto e do nascimento: da perspectiva intervencionista aos direitos de participação dos cidadãos.....	43
CAPÍTULO 3 - REFERENCIAL TEÓRICO	51
3.1 A Pedagogia Libertadora de Paulo Freire	52
3.2 Marco conceitual.....	54
CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA	61
4.1 Local, contexto e preliminares do estudo.....	61
4.2 Sujeitos participantes.....	66
4.3 Operacionalização do estudo.....	68
4.3.1 A trajetória da pesquisa convergente-assistencial.....	69
4.3.2 Procedimentos adotados para organização e análise dos dados da pesquisa.....	73
4.4 Aspectos éticos.....	77
CAPÍTULO 5 - O EXERCÍCIO DA PROBLEMATIZAÇÃO EM TORNO DO PARTO E DO NASCIMENTO	79
5.1 Os movimentos preliminares de aproximação do cenário e da prática.....	79
5.2 A proposta em curso.....	80
CAPÍTULO 6 - EXPECTATIVAS DE PARTICIPAÇÃO ATIVA DAS GESTANTES E ACOMPANHANTES NO PARTO E NASCIMENTO HUMANIZADOS	113
6.1 Escolhendo o parto vaginal como primeira opção para dar à luz.....	114
6.1.1 Preparando-se fisicamente para vivenciar o parto.....	117
6.1.2 Buscando conhecimento sobre os diferentes tipos de parto para compreender as mudanças de rumo, caso sejam necessárias.....	121
6.2 Selecionando o tipo de atenção obstétrica para a condução do pré-natal e realização do parto	125
6.2.1 Sentindo-se livres para escolher o profissional pré-natalista.....	129

6.2.2 Sentindo-se livres para buscar a instituição que desejam.....	132
6.3 Reconhecendo-se como sujeitos reflexivos e críticos perante a realidade.....	135
6.3.1 Refletindo sobre o parto em si.....	137
6.3.2 Reconhecendo as diferentes intencionalidades presentes nas propagandas, informações e produtos que são ofertados às famílias que vivenciam o processo do nascimento.....	141
6.3.3 Descobrimo a possibilidade de exercer o papel de protagonistas do processo do nascimento e agir em co-responsabilidade com a equipe.....	143
6.3.4 Conhecendo e usufruindo seus direitos como cidadãos.....	147
6.4 Negociando e dialogando com os profissionais de saúde sobre as preferências relacionadas aos procedimentos obstétricos.....	151
6.5 Construindo um saber próprio acerca do processo do parto e do nascimento...	154
6.5.1 Aproximando-se do conhecimento dos profissionais, mas reelaborando-o em benefício da humanização.....	155
6.5.2 Buscando informações em diversas fontes.....	157
6.5.3 Participando de grupos temáticos.....	159
6.5.4 Trocando experiências com os pares.....	162
CAPÍTULO 7 - REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA EDUCATIVA EM GRUPO E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DE GESTANTES E ACOMPANHANTES	165
CAPÍTULO 8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
Referências	182
Apêndices	191

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

Vivenciamos na sociedade moderna o resultado da mudança cultural ocasionada pela forma escolhida ou imposta para parir e para nascer. A alta incidência de intervenções durante o pré-parto, o parto e o pós-parto, decorrente desse processo, representa também um forte impacto sócio-econômico. Segundo Diniz (2001), para que possamos entender essa realidade, bem como a necessidade de fortalecimento das mulheres para o retorno à autonomia – perdida com a transferência da atenção ao parto e ao nascimento¹ do universo feminino e doméstico, para o universo masculino e institucional –, precisamos considerar que as práticas obstétricas, juntamente com importantes acontecimentos históricos, passaram por uma notável medicalização na maior parte do mundo. Como resultado de um século de transformações sociais, de inovações científicas e de conquistas políticas, a preocupação com a “segurança” veio ao encontro dos interesses médicos e masculinos sobre o parto e o nascimento.

Então, medicalizar o parto e o nascimento significou reorganizar a atenção, de modo que se pudesse ter controle institucional e intervencionista sobre eles, de forma gradativa e crescente, acompanhando o progresso tecnológico e vinculando-os estritamente ao conhecimento científico que sustentaria as bases da formação profissional. Especialmente, do início do século XIX para cá, sob essa ótica, um longo caminho vem sendo trilhado no sentido de tornar essencialmente médico um evento antes considerado biológico e social em sua inteireza.

Neste contexto, com vistas a rever a filosofia de intervenção excessiva no parto e nascimento, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de 1980, propôs discussões de escopo internacional sobre o uso adequado das tecnologias a serem utilizadas em todo o processo do nascimento. Com a disposição de aprofundar o debate em torno desta questão, vários setores da sociedade brasileira também se

¹ Considera-se nesse estudo o “parto” a partir da perspectiva da mulher e o “nascimento” a partir da perspectiva da unidade mãe/bebê (REDE DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO, 1993).

reuniram com o mesmo objetivo. Um dos eventos realizados com esta finalidade ocorreu na região nordeste do país, em 1985 (BRASIL, 2000), e culminou com um documento denominado “Carta de Fortaleza” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985). Este documento foi considerado um momento decisivo na perspectiva que se tinha sobre a atenção à saúde no processo do parto e nascimento, uma vez que reuniu, pela primeira vez, em um mesmo fórum de discussão, instituições oficiais, não governamentais, movimentos sociais de mulheres e uma grande parcela de profissionais de saúde e da área das ciências humanas, para tratar do tema e tomar decisões conjuntas. A partir desta discussão, mais explicitamente, teve origem o movimento nacional denominado Humanização do Parto e Nascimento. Através de um novo olhar sobre o tema, várias portarias e programas governamentais foram instituídos, originando ações como a preocupação com a atenção pré-natal, o incentivo ao parto normal e à amamentação, o direito a um acompanhante, a redução das práticas intervencionistas, a preconização do respeito à autonomia da mulher, os programas de atenção específica ao recém-nascido, dentre tantas outras.

Além dos programas governamentais de atenção à mulher, a sociedade civil organizada, através das Organizações Não Governamentais (ONGs), criadas na década de 80, trabalha de forma ativa para que esse processo aconteça como evento único, social e especial que é em sua essência, orientando a população em geral acerca dos direitos sexuais e reprodutivos que possui, bem como oportunizando e estimulando a decisão consciente pelos sujeitos participantes (REDE DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO, 1993).

Porém, para Diniz (2001), devido à diversidade de atores e interesses envolvidos durante o parto e o nascimento, uma série de conflitos gira em torno das distintas concepções e alternativas utilizadas para que sejam classificados como “humanizados”. Nesse sentido, Cassate e Correa (2005) afirmam igualmente que essa “classificação” está pautada em visões variadas e contraditórias que, ao longo da história, incluem práticas intervencionistas e caritativas, sobrepostas mais recentemente e de maneira incipiente pelo discurso da autonomia dos usuários do setor saúde.

Tentando explicar essas variadas concepções, Hotimsky e Schraiber (2005) argumentam que elas são mais evidentes no âmbito profissional e se devem às diferentes filosofias institucionais que fundamentam a formação acadêmica dos profissionais de saúde, o que vem a corroborar com o pensamento de Diniz (2001),

que acredita que esses conflitos ocorrem, em sua maioria, no âmbito profissional, mas refletem diretamente na atenção à mulher e seus acompanhantes ou familiares.

Durante minha graduação, ao cursar a disciplina de Enfermagem Obstétrica, comecei a perceber em minha própria história, essas acentuadas diferenças de concepções. Nasci na década de 70, de parto cirúrgico e eletivo que, para minha mãe, representava o avanço da medicina, o aumento da segurança durante o nascimento e o alívio do sofrimento da mulher, como forma de respeito e dignidade. Cresci em uma pequena cidade do interior do estado onde o parto vaginal, realizado por mulheres, no domicílio, simbolizava um período difícil, em que as pessoas não tinham acesso a qualquer serviço de saúde, lugar onde o parto era “conduzido” por um profissional médico. Os relatos que ouvi de minhas avós, mesmo que censurados pelos fortes valores religiosos que ambas manifestavam, demonstravam claramente o controle sobre a sexualidade feminina. A figura do médico então, dentro dessa “era de modernidade” que veio para “ajudar a mulher”, representava respeito e poder incontestáveis.

Alguns anos mais tarde, minha vivência acadêmica na disciplina já citada anteriormente, possibilitou uma nova forma de olhar para o parto e o nascimento. Experiências enriquecedoras vivenciadas durante o desenvolvimento do estágio curricular obrigatório fizeram com que, juntamente com duas colegas, eu optasse pela área de enfermagem neonatal, envolvendo recém-nascidos pré-termo e suas famílias para a realização do trabalho de conclusão de curso, apresentado como parte das exigências para obtenção do título de Enfermeira.

Posteriormente, no exercício profissional como enfermeira, tive a oportunidade de trabalhar em uma maternidade particular do município de Florianópolis durante dois anos, período no qual desenvolvi um Manual de Incentivo ao Aleitamento Materno com os servidores dessa instituição, como trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Gestão dos Serviços de Enfermagem e Saúde e objetivando, a partir da política ministerial de incentivo ao aleitamento materno, colaborar, através desse material educativo, para resultados positivos nessa instituição. Porém, durante sua utilização pelos servidores, me chamava atenção a forma como os temas abordados no manual eram “transmitidos” às mulheres e suas famílias que, muitas vezes, tentavam manifestar, sem êxito, opiniões divergentes. O mesmo acontecia em relação às rotinas de procedimentos realizados na maternidade, desde a internação até a alta. Com poucas explicações, as mulheres eram submetidas à lavagem

intestinal, à tricotomia, à episiotomia, à aceleração do trabalho de parto com ocitócitos de rotina, dentre outros procedimentos considerados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) como práticas claramente prejudiciais e que devem ser eliminadas das rotinas de atenção obstétrica. Nessa mesma instituição, participei da organização de um curso para gestantes, cuja programação, elaborada pelos profissionais vinculados a ela, abordava, de maneira informativa, diversos assuntos relacionados ao parto e ao nascimento. Esse espaço, organizado para que cada profissional, em um dado intervalo de tempo, realizasse uma “palestra” sobre o assunto de seu “domínio”, instigaram-me a novos questionamentos.

O interesse pelo ensino e pesquisa despertado durante essas vivências profissionais e potencializado pelas novas experiências compartilhadas, enquanto docente substituta em uma universidade pública, também pelo período de dois anos, conduziu-me ao Curso de Mestrado. Com o olhar voltado para a medicalização que o parto e o nascimento sofrem “na prática”, tanto na esfera pública quanto na privada, ainda que em níveis diferenciados e a partir de políticas ministeriais muitas vezes contraditórias, passei a me perguntar inicialmente de que forma, enquanto mestranda, poderia contribuir para uma maior participação das gestantes e seus acompanhantes durante esse processo. Nesse cenário, a partir das discussões teóricas vivenciadas no Grupo de Pesquisa do qual faço parte (Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação Popular, Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - NEPEPS/PEN/UFSC) e, considerando as gestantes e seus acompanhantes como sujeitos deste processo, percebi que minha maior contribuição seria a de facilitar, a partir do diálogo crítico, o fortalecimento desses seres humanos para o exercício da participação durante o parto e o nascimento de seus filhos, a partir das suas próprias realidades e concepções. Portanto, acredito que “escolha” envolve “conhecimento”.

Assim, entendo que a gestante e seu acompanhante precisam estar fortalecidos, conhecer os seus direitos e ter estes direitos respeitados, ou seja, sentirem-se preparados para tomar decisões sobre o parto e o nascimento, de modo compartilhado com os profissionais da área da saúde. Acredito que os sujeitos que tiveram a oportunidade de discutir suas dúvidas previamente, debater seus anseios, explorar os diversos ângulos dos procedimentos obstétricos e de problematizar alguns temas de seu interesse, terão condições mais seguras para “ajudar a decidir” sobre os

procedimentos obstétricos que lhes forem propostos, quando estiverem nas maternidades para terem os filhos.

Nesse contexto, pela minha experiência pregressa, enfatizo que o fortalecimento das gestantes e seus acompanhantes, pela problematização das suas realidades, pode sim possibilitar um processo de amplas reflexões, levando à decisões conscientes e compartilhadas sobre o parto e o nascimento, retirando-as da exclusividade do âmbito profissional e incorporando-as a premissa ministerial atual do protagonismo dos sujeitos.

Compreendo, assim como o educador Paulo Freire, que problematização é a construção constante do conhecimento através da reflexão. “A educação problematizadora se faz através do esforço permanente pelo qual os homens vão percebendo, criticamente, como estão sendo no mundo com que e em que se acham” (FREIRE, 2005, p. 82). Porém, para que as gestantes e seus acompanhantes problematizem suas realidades, através de um olhar crítico sobre elas, necessitam, inicialmente, de um espaço favorável, preferencialmente coletivo, e de um profissional que articule as reflexões realizadas com a realidade atual (teórica e prática). Assim, reconheço que os grupos de gestantes ou casais grávidos podem ser considerados ambientes propícios para tal.

O Hospital Universitário Polydoro Ernani Santiago (HU), em parceria com o Departamento de Enfermagem da UFSC, onde desenvolvo minha formação acadêmica como mestranda, disponibiliza à comunidade, desde 1996, o Grupo para Gestantes e/ou Casais Grávidos. Esse Grupo está organizado sob a forma de um curso que, realizado em 8 encontros de 4 horas tem, dentre seus objetivos, a intencionalidade de promover a troca de experiências, a aquisição de novos conhecimentos e o reconhecimento do espaço físico da maternidade.

Acredito que no contexto em pauta, esse cenário possa servir de meio para que seja promovido o diálogo com e entre as gestantes e seus acompanhantes, no sentido de articular reflexões para promovê-los como agentes ativos de suas próprias histórias de parir e nascer, pois entendo que as pessoas, ao buscarem um grupo como este, encontram-se unidas por interesses comuns e estão abertas a reflexões sobre as práticas obstétricas atuais, bem como sobre a identificação e compreensão de suas próprias participações durante o período que deverá durar a internação na instituição hospitalar.

Deste modo, a intenção deste estudo é a de planejar e facilitar uma prática educativa grupal fundamentada na abordagem teórico-metodológica de Paulo Freire, bem como analisar os “resultados” com um percurso investigativo que possibilite o surgimento de algumas respostas às inquietações já apresentadas. Creio que, em razão disto, a enfermeira deva estar revestida de uma conexão de papéis que permita, ao mesmo tempo, pesquisar e facilitar a prática educativa. Esta conexão é proporcionada pela Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), permitindo que a enfermeira encontre formas de auxiliar as gestantes e seus acompanhantes a promoverem-se enquanto sujeitos deste caminhar, “guiada por um processo crescente que vai ‘do que fazer’ para o ‘como fazer’ e, deste, para o ‘por que fazer’, ou seja, ‘saber fazer’” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 29).

Assim, considerando as gestantes e seus acompanhantes como sujeitos ativos durante o parto e o nascimento e identificando os profissionais (principalmente a enfermeira) como facilitadores e co-responsáveis neste processo e, fundamentada na abordagem teórico-metodológica da Pedagogia Libertadora, proponho-me a realizar esta Pesquisa Convergente-Assistencial que busca encontrar respostas para as seguintes questões norteadoras: **1) de que modo as gestantes e seus acompanhantes entendem que podem participar para que o parto e o nascimento institucionalizados sejam humanizados? 2) de que modo a prática educativa em grupo pode contribuir para o fortalecimento de gestantes e acompanhantes em direção ao parto e nascimento humanizados?**

Neste âmbito, o presente estudo propõe-se a: **1) compreender as expectativas das gestantes e seus acompanhantes sobre suas participações para que o parto e o nascimento institucionalizados sejam humanizados; 2) analisar a influência da prática educativa em grupo no fortalecimento das gestantes e seus acompanhantes em direção ao parto e nascimento humanizados.**

Espero, através dos resultados obtidos, contribuir com o movimento de humanização do parto e nascimento, do ponto de vista do protagonismo dos sujeitos participantes e, para tal, apresento como foco principal, o fortalecimento dos sujeitos envolvidos (as gestantes e seus acompanhantes), para que participem das decisões que envolvem o parto e o nascimento.

CAPÍTULO 2 - REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo realizo uma incursão bibliográfica sobre as transformações ocorridas na assistência à mulher durante o pré-natal, desde a antiguidade até as políticas atuais de atenção ao parto e ao nascimento. Na seqüência, apresento, a partir da dimensão educativa do pré-natal, uma contextualização sobre abordagem educativa em grupos no que se refere a sua constituição e dinâmica, bem como os principais conhecimentos produzidos sobre como a abordagem educativa em saúde acontece em grupos inespecíficos e também especificamente em grupos no pré-natal. Após, ainda realizo um resgate dos muitos sentidos atribuídos à humanização do parto e do nascimento ao longo do tempo, bem como os principais conhecimentos produzidos sobre essa temática. Para tal, foram analisados, ao todo, 180 artigos publicados nos últimos 10 anos (1996 a 2006), além de alguns livros, dissertações e teses. Os periódicos foram obtidos por meio das bases de dados Medline e Lilacs, através das palavras-chave: pré-natal/prenatal care; atenção à mulher/assistência integral à saúde da mulher/comprehensive health care woman; políticas de atenção à mulher e parto e nascimento/políticas de saúde/health policy; parto e nascimento/parto/parturition; educação em saúde/health education; grupos educativos, educação em saúde em grupos, grupos de gestantes, grupos terapêuticos, saúde de grupos específicos/health of specific groups; humanização, humanização da assistência/humanization of assistance; humanização dos partos e nascimentos, parto humanizado/humanizing delivery, bem como pela consulta direta aos principais periódicos de enfermagem e saúde brasileiros, tais como: Revista Latino-Americana de Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem, Texto & Contexto Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Revista Paulista de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista de Enfermagem da UERJ, Cogitare Enfermagem, Revista Mineira de Enfermagem, Revista Gaúcha

de Enfermagem, Revista de Saúde Pública, Revista de Psicologia da USP e Revista de Ginecologia e Obstetrícia e Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil.

2.1 O PERÍODO PRÉ-NATAL E AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO

A gravidez e o nascimento sempre foram, para a humanidade, momentos muito especiais. Do ponto de vista específico do período gestacional, é imprescindível considerar que a gravidez traz no seu bojo o nascimento, a perpetuação da espécie e a continuidade da vida. Nesta perspectiva, vários fatores interagem e devem ser observados no cuidado à saúde da mulher grávida, dentre eles, a assistência pré-natal propriamente dita, o entendimento contemporâneo que profissionais e usuários do sistema de saúde possuem acerca da humanização do parto e do nascimento e a qualidade do cuidado que é colocado em prática durante a assistência à gestação (ZAMPIERI, 1998). Contudo, para contextualizar tal assistência e entender seus meandros macro e microcontextuais, é importante conhecer o modo como ela vem sendo concebida no contexto histórico, assim como as políticas públicas brasileiras que envolvem o processo do nascimento.

A assistência à mulher, durante a gestação e o parto, passou por profundas transformações através dos tempos. Na antiguidade, de acordo com Thomasset (1990) e Zampieri (1998), as mulheres tinham seu destino determinado pela maternidade, que ocorria de modo precoce e múltiplas vezes em suas vidas, devido à idéia de controle e finalidade da sexualidade feminina presente na época. No início da idade média, a mulher continuava sendo vista como instrumento de procriação da espécie. O cuidado continuava centrado na procriação, ou seja, na perpetuação da espécie e o risco de morte durante esse processo era considerado castigo divino, decorrente do pecado original (VECCHIO, 1990). Roussele (1990) refere que as parteiras e os médicos não se sentiam seguros na atenção à mulher e as mortes relacionadas ao parto e suas seqüelas atingiam 5 a 10% da população feminina. As mulheres temiam os partos e os médicos, em decorrência dos riscos inerentes, preconizavam a abstinência sexual como precaução de agravos.

Na visão da sociedade desta época, a maternidade era o ápice da vida da mulher. A igreja, muito influente, associava-a à imagem da virgem que pariu o Salvador, encorajando as mulheres ao culto cristão, à divindades femininas que,

através dos valores aceitos para a época, foram exemplos a serem seguidos (ARAÚJO, 1997).

Desta forma, na Antiguidade, a concepção, a gestação e o parto, eram alvos de dúvidas e inquietações e, de acordo com os estudos de Thomasset (1990) e Zampieri (1998), se estenderam também para a idade média.

No início da idade média, a mulher continuava sendo vista como instrumento de procriação da espécie. Nesse contexto iniciaram-se estudos da anatomia e fisiologia feminina durante a concepção, a gravidez e o parto, originando as enciclopédias medievais. A importância desses escritos encontrava-se na difusão do conhecimento entre os médicos e pessoas cultas que manifestassem interesse (THOMASSET, 1990). O cuidado continuava centrado na procriação, ou seja, na perpetuação da espécie (VECCHIO, 1990).

Até o final da idade média, os “segredos” da concepção e gestação continuavam desconhecidos e as práticas e os saberes relacionados à gravidez e ao nascimento eram de domínio quase que exclusivamente feminino. Optiz (1990), neste sentido, refere que o pudor impedia o acesso masculino ao nascimento e as intervenções necessárias eram realizadas, em sua maioria, pelas parteiras. A detecção da gravidez, na maioria das vezes, ficava por conta da própria mulher, que confirmava o “diagnóstico” a partir dos primeiros movimentos fetais, seguidos do volume da barriga. Por consequência, o tempo exato da gestação e o processo de desenvolvimento não eram conhecidos, o que dificultava muito o seu acompanhamento e eventuais intervenções (OPTIZ, 1990).

O final do século XIV foi marcado por questionamentos de médicos e teólogos em relação às práticas femininas no controle e cura das doenças, bem como a utilização de poções e cuidados relacionados à gravidez e ao nascimento. Esses questionamentos culminaram com a perseguição das mulheres, consideradas “bruxas”, por mais de quatro séculos e resultaram no movimento católico e protestante denominado “Santa Inquisição” (FRUGONI, 1990). Entre os séculos XV e XVI foram realizadas milhares de execuções pela Europa. A resistência da medicina oficial contra uma medicina popular e feminina e o medo da igreja de perder o poder sobre a população, que até então considerava a dor uma forma de remissão dos pecados, deu força ao movimento (FRUGONI, 1990).

Mesmo assim, as práticas obstétricas, diferentes das demais práticas médicas, continuaram sob domínio feminino até meados do século XVIII, quando as teorias e

os escritos médicos ganharam força, caracterizando a gravidez e o nascimento como momentos de dor, sofrimento e risco, como condição patológica que apresentava manifestações físicas e comportamentais, necessitando assim, de intervenção qualificada (BERRIOT-SALVADORE, 1990). Então, a partir disso, o brilho e o mistério do nascimento foram diminuídos quando os médicos, homens, passaram a exercer poder sobre o nascimento, mostrando à mulher que ela dependia do saber e do poder masculino e especialista. Araújo (1997) comenta que esses especialistas homens mapeavam o corpo feminino a partir de um saber próprio e inventavam interpretações para o seu funcionamento, com suas respectivas prescrições.

Na verdade, quando a viabilidade da cesariana foi demonstrada através dos escritos de Rousset, em 1630 (BERRIOT-SALVADORE, 1990), e o fórceps foi utilizado por Chamberlein, em 1677 (OLIVEIRA et al., 2002), o início do período moderno da obstetrícia já iniciava, sob tutela médica e masculina. O surgimento das maternidades-escola, durante o século XVIII, contribuiu para a medicalização completa do parto e do nascimento, uma vez que eles já eram reconhecidos como fenômenos patológicos (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002).

Segundo Berriot-Salvadore (1990), as parteiras continuavam fazendo parte desse cenário, porém, recebiam formação específica, através de manuais, com regras de higiene e anatomia, e exerciam suas atividades sob supervisão médica, inclusive englobando nesta abordagem a atenção pré-natal.

Nessa época, de acordo com Giorgio (1990), a mulher perde o controle sobre seu corpo durante o processo do nascimento e acontece a transferência do cuidado, no início do século XIX, do universo feminino para o masculino, do universo doméstico para o institucional.

Corroborando com essa nova “tendência”, a elevada mortalidade materna e infantil tornava a maternidade uma situação de risco natural, necessitando as mulheres de uma vigilância ativa, sendo que essa era oferecida gentilmente pela medicina, a uma população “frágil e doente” (GIORGIO, 1990).

Segundo Thomasset (1990), o surgimento da contracepção e a liberação do aborto, em alguns países, possibilitou às mulheres a reapropriação do controle do corpo e da sexualidade. Porém, o parto e o nascimento continuaram sob domínio médico, como eventos que mereciam atenção médica irrevogável. Para Tanaka

(1995), a mulher tornou-se historicamente objeto da ação, perdendo o controle e a decisão sobre o parto e o nascimento.

Durante o século XX, sob essa ótica, a preocupação da medicina voltou-se para os bebês e os primeiros estudos relacionados à importância do período pré-natal como conhecemos hoje, começaram a aparecer.

Por “período pré-natal entende-se na atualidade, o período que vai da pré-concepção até o puerpério, sendo que a assistência pré-natal caracteriza-se pelo conjunto das ações direcionadas à mulher que vivencia esse processo, objetivando de forma geral, uma melhor condição de saúde, tanto para ela, quanto para o bebê” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001, p. 105). No entanto, a assistência pré-natal pode ser considerada recente em nosso país. Os programas atuais de atenção pré-natal tiveram suas origens em modelos europeus, implantados nas primeiras décadas do século XX, seguindo a influência higienista da época (ENKIN et al., 2005). Esse século, marcado pelo auge da medicalização do corpo feminino e do controle masculino sobre o nascimento, trouxe grandes progressos em relação a todo o processo, porém, sob a ótica de um nascimento cada vez mais institucionalizado.

De acordo com a literatura publicada a respeito da temática, no Brasil, até o início dos anos 60, a institucionalização do parto foi uma das poucas ações públicas voltadas para a saúde da mulher. Particularmente, a implantação da assistência pré-natal como conhecemos até os dias atuais, só ocorreu em meados de 1983, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde. Esse programa foi anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher. Paradoxalmente, o PAISM constituiu-se também na primeira vez em que o Estado brasileiro propôs explicitamente, e implantou, mesmo que de modo parcial, um programa que contemplava a regulação da fecundidade. Embora esse programa se apoiasse em medidas intervencionistas e de forma bastante heterogênea, Osis (1998), analisando brevemente a sua história e seu significado social, concluiu que o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar.

De acordo com Costa (2002), o PAISM é reconhecido como uma importante contribuição do movimento feminista na definição de políticas sociais de saúde do interesse das mulheres. Sua formulação buscou superar a perspectiva materno-

infantil hegemônica na atenção à saúde, ao tempo em que também sofreu a influência do ideário do movimento pela democratização da saúde e pela reforma sanitária brasileira. Porém, o fato do PAISM ter sido implantado em meio às contradições e descaminhos desse processo, resultou no relativo esvaziamento dos seus aspectos mais criativos e inovadores, reduzindo-o, em muitos “serviços”, a metas focalizadas e à assistência gineco-obstétrica tradicional.

Foi nesse cenário também, segundo Tornquist (2002), e a partir do incômodo que a atenção intervencionista ao parto e ao nascimento gerou em uma parcela feminina da população brasileira, que sentiu a extinção do cenário feminino e social vivenciado até então, que começaram a aparecer, no final da década de 80, as associações do tipo não-governamentais e redes de movimentos identificadas centralmente com a crítica do modelo hegemônico de atenção ao parto e ao nascimento, com o intuito de realizar reflexões sobre o que seria prestar um atendimento “humanizado” às mulheres. Dentre esses movimentos, destaca-se a criação da Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA). Por iniciativa autônoma e objetivando contribuir com o Movimento pela Humanização do Parto, reuniram-se de 15 a 17 de outubro de 1993, no interior de Campinas-SP, 34 pessoas de variados estados brasileiros que trabalhavam com gestação, parto e nascimento, para conversar e discutir sobre a situação do “nascer em sociedade”. Esses profissionais refletiram sobre as mudanças impostas pela sociedade nas formas de parir e nascer, discutindo-os enquanto situações de violência e constrangimento durante toda a assistência à saúde reprodutiva, porém com ênfase no parto e no nascimento. Desse encontro “nasceu” a “Carta de Campinas”, que representa o Ato de Fundação da REHUNA e com ela, a criação de objetivos estratégicos para contribuir com o Movimento pela Humanização do Parto (CARTA DE CAMPINAS, 1993).

Como reflexo desses movimentos no cenário brasileiro, novas portarias ministeriais foram adicionadas, formando um conjunto de ações públicas que visam, teoricamente, ampliar essa atenção para além da assistência gineco-obstétrica tradicional.

Uma destas portarias, criada em 1998, refere o incentivo ao parto normal através da regulamentação da atuação do Enfermeiro Obstetra em parto normal sem distócia (BRASIL, 2003a). Ainda em 1998, o parto em si foi incluído como “procedimento” na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema

Único de Saúde (SUS). O incentivo através de financiamento de cursos de especialização para a formação de profissionais dessa natureza, ainda para o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2003a) objetiva diminuir o intervencionismo desnecessário durante o parto e nascimento, bem como devolver à mulher o papel de sujeito da ação.

Neste mesmo ano, argumentando considerar a importância da atenção obstétrica e perinatal, bem como a necessidade de organizá-la, “novas portarias ministeriais normatizaram a implantação de programas estaduais de referência hospitalar para atendimento à gestação de alto risco, objetivando a diminuição da morbimortalidade materno-infantil” (BRASIL, 2003a, p. 23).

Entre 1998 e 2001, segundo o MS, ficou determinado o pagamento de um percentual máximo de partos cirúrgicos em relação ao número total de partos de cada hospital, resultando, em uma primeira análise, em uma redução considerável de mulheres submetidas à riscos cirúrgicos desnecessários, fazendo declinar, pela primeira vez em vinte anos, o número total de partos cirúrgicos realizados no país (BRASIL, 2003a).

O controle do número de partos cirúrgicos, para Costa (2002), aparece como uma das tentativas ministeriais de redução ao intervencionismo da medicina nas práticas obstétricas, bem como de resgate à autonomia da mulher durante o parto e o nascimento.

Outra importante contribuição ministerial para a redução do intervencionismo desnecessário durante o parto e o nascimento, nessa mesma época, foi a instituição do Prêmio Galba de Araújo às Maternidades Brasileiras, privilegiando o acolhimento da mulher e seu companheiro no momento do parto (BRASIL, 2003a). A avaliação das maternidades que concorreram ao prêmio foi baseada em critérios específicos para contemplação de práticas obstétricas baseadas em evidências científicas, no respeito à autonomia da mulher e seu companheiro, na co-responsabilidade entre eles e na compreensão do parto como momento único na vida de cada mulher (BRASIL, 2003a).

Tais iniciativas, de acordo com o MS brasileiro, têm sido entendidas, ao longo desses últimos anos, como atitudes de “humanização” do atendimento obstétrico e neonatal. Sob essa ótica, em mais uma tentativa de normatizar as ações assistenciais do panorama obstétrico nacional, com a amplitude necessária a um atendimento de qualidade, o MS lança no ano 2000, uma estratégia de ação

chamada Programa de Humanização do Pré-Natal (PHPN) (SILVA; CECATTI; SERRUYA, 2005). Esse programa, de acordo com a visão oficial, apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais (BRASIL, 2003a). Entretanto, segundo o MS (BRASIL, 2005a), em se tratando de direitos da mulher, precisamos considerar que esses são restritos, na maioria dos serviços de saúde, à atenção materno-infantil. Além dessas iniciativas ministeriais, é importante citar também o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno e o Programa Nacional de Triagem Neonatal.

Sob essa mesma ótica, alguns programas ministeriais como o Incentivo ao Combate das Carências Nutricionais e o Programa de Prevenção e Assistência a Infecção pelo HIV/AIDS, acabam vinculados e priorizados nos aspectos relacionados à saúde reprodutiva das mulheres envolvidas (BRASIL, 2005a).

Porém, iniciativas mais abrangentes também começaram a aparecer, como preocupação voltada à saúde da mulher. Como exemplo desta preocupação foi elaborado, em 2005, o Plano Nacional de Direitos Sexuais. Esta política governamental, com o intuito de assegurar os direitos femininos de forma mais ampla, engloba políticas de atenção à mulher vítima de violência, bem como a legalização da Antecipação Terapêutica do Parto em situações especiais (BRASIL, 2005b).

Ainda no ano de 2005, considerando a necessidade de adotar medidas que garantissem o atendimento obstétrico e neonatal de qualidade como direito de toda mulher, o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Tal política estabelece princípios e diretrizes para o atendimento à mulher desde o pré-natal até o puerpério, bem como nas principais intercorrências possíveis (BRASIL, 2005a).

Nesse contexto, para Beauvalet-Boutouyrie (2002), na história de medicalização do corpo feminino, vinculado ao progresso tecnológico da medicina, observa-se, a partir da década de 80, mesmo que de forma bastante heterogênea, até os dias atuais, um movimento feminino de contestação ao poder médico para reapropriação de seus corpos, influenciando diretamente na elaboração de políticas que aliem segurança, conforto e respeito às individualidades de cada mulher, enquanto cidadãs providas de direitos. Direitos esses não apenas vinculados à procriação, mas à sua sexualidade, à educação, à informação, ao emprego, dentre

outros. Na visão oficial contemporânea, a implantação de serviços de saúde voltados para as práticas obstétricas é essencial para uma atenção de qualidade, bem como e conseqüentemente para a redução da mortalidade materno-infantil. Contudo, sabe-se que estes serviços não serão eficazes se não levarem em conta os fatores sociais, econômicos, políticos, o imaginário social sobre o feminino e as relações de gênero, pouco considerados na prática, desde a antiguidade até os dias atuais (BRASIL, 2003a).

Percebe-se assim, através dessa revisão das políticas, as modificações de caráter mais global no panorama nacional do atendimento obstétrico e neonatal, que vêm evoluindo, principalmente no sentido de qualificar a atenção à mulher no período gravídico-puerperal, embora ainda com grande ênfase nos aspectos técnicos do atendimento, mas já com importante tendência em adotar o ideário da humanização do nascimento e parto. Ressalte-se, em adição, que há ainda um enorme fosso a separar a “política de atenção”, da “realidade prática” da atenção obstétrica, haja vista os argumentos e ponderações já apontados na introdução deste projeto.

Para melhor contextualizar as especificidades do recorte deste estudo, passarei a apontar, a partir de agora, as publicações que estejam mais diretamente vinculadas à atenção pré-natal e seus entornos.

Neste sentido, a atenção pré-natal, a partir das recomendações da OMS e da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal instituída pelo MS preconiza, além do acesso aos serviços de saúde, o acolhimento da mulher e a humanização durante a assistência prestada a ela (referindo-se à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, ou seja, de respeito aos direitos das mulheres e famílias usuárias dos serviços), que somente será alcançada através da operacionalização de uma assistência de qualidade que englobe as necessidades específicas das mulheres envolvidas e suas famílias, considerando suas diferenças sociais, econômicas e culturais (BRASIL, 2003a).

Essa operacionalização é baseada, segundo Brasil (2005a, p.8), nas seguintes condutas:

[...] primeira consulta até o 4º mês de gravidez e a adoção dos seguintes procedimentos: seis consultas, no mínimo, para cada mulher: preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro; uma consulta no puerpério, até quarenta dias após o parto; exames laboratoriais: tipagem de sangue, hemoglobina/hematócrito, VDRL, urina de rotina, glicemia de jejum, todos realizados na primeira consulta e os quatro

últimos, repetidos próximo a trigésima semana de gestação; teste de HIV oferecido na primeira consulta, em municípios de 50.000; aplicação de vacina antitetânica, até a dose imunizante (segunda), ou reforço para as já imunizadas; classificação continuada de risco gestacional, avaliação do estado nutricional e monitoramento através do SISVAN, prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e mama, tratamento das intercorrências da gravidez e atividades educativas [...].

As consultas individuais desenvolvidas no pré-natal aparecem como subsídio para um acompanhamento de qualidade. Recomenda-se que na primeira consulta seja realizada uma anamnese completa, abordando aspectos epidemiológicos, antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos, bem como a situação da gravidez atual. O MS recomenda ainda que o primeiro exame físico seja completo, constando avaliação da cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros, inspeção da pele e mucosas, seguido por exame obstétrico e ginecológico. As anotações, por sua vez, devem ser realizadas no prontuário da unidade local de saúde e no cartão da gestante, sendo que os riscos perinatais e obstétricos deverão ser avaliados a cada consulta (BRASIL, 2005a).

Além dos exames complementares já citados anteriormente, poderão ser acrescentados ainda os seguintes: parasitológico de fezes, colpocitologia oncótica, bacterioscopia da secreção vaginal, sorologia para rubéola, urocultura e ultrasonografia obstétrica. Os cálculos para avaliação nutricional, idade gestacional, data provável do parto, encaminhamentos para outros serviços de saúde, inclusive de maior complexidade, também aparecem como parte da primeira consulta. As consultas subseqüentes constam como revisões, controles maternos e fetais, bem como condutas específicas para cada situação e agendamento das consultas subseqüentes, até o período que antecede o parto (BRASIL, 2005a).

Na operacionalização desta Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, instituída pelo MS brasileiro, as consultas individuais desenvolvidas no pré-natal aparecem como subsídio para o acompanhamento da saúde da mulher e do concepto, mas não existem especificações, entretanto, a respeito de quais profissionais deverão conduzir as atividades anteriormente relacionadas. Já, para a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, (FEBRASGO), as consultas deverão ser realizadas pelo médico, que deverá contar com uma retaguarda de pessoal habilitado (enfermagem, nutricionista, assistente social) que possa promover a “complementação” de suas atividades, por meio de orientação individualizada ou

de aulas, abordando temas como higiene, alimentação, amamentação, vestuário, lazer e outros relacionados à gravidez (FEBRASGO, 2006).

Dada a diversidade de atores e interesses envolvidos na atenção pré-natal, percebe-se que se vivencia, na prática, importantes diferenças, não apenas na forma de organizar a assistência, fortemente vinculada a uma visão patológica do parto e do nascimento, mas em vários artigos da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal vigente. Como exemplo, pode-se destacar o direito a um acompanhante durante todo o pré-natal, os diferentes significados dados à humanização desse pré-natal, o acesso à maternidade e a própria atuação dos profissionais envolvidos, ou seja, a atuação da equipe “com ou a partir” da atuação médica.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, pode prestar assistência à gestante, à parturiente e à puérpera, realizar consulta de enfermagem, bem como desenvolver atividades educativas pertinentes (Brasil, 1986). Para Zampieri (2005), a consulta de enfermagem, a partir das atuais recomendações do MS (Brasil, 2000 e Brasil, 2005a), deve englobar também ações que possibilitem o estabelecimento do vínculo entre o serviço de saúde e a gestante e seu acompanhante. O encaminhamento da gestante a um nível maior de complexidade em situação de risco também faz parte das suas responsabilidades, enquanto membro da equipe de saúde.

A legislação vigente distingue três níveis de complexidade do atendimento pré-natal, seguindo a operacionalização da assistência já citada, sendo o nível primário realizado com gestantes de baixo risco nos centros de saúde; o secundário, realizado com gestantes que tenham algum fator de risco nos centros de saúde de referência; e o terciário, realizado com gestantes de alto risco, nas maternidades de seu interesse (BRASIL, 2005a).

Nestes três níveis de complexidade, a atenção obstétrica e neonatal operacionalizada e de qualidade, segundo o MS (Brasil, 2005a), depende de alguns fatores, dentre eles, a provisão de recursos humanos necessários, enquanto equipe multidisciplinar que atua conjuntamente, a organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos e o estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo privacidade e autonomia à mulher, que poderá compartilhar das decisões com suas famílias.

Já, para o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP, 2003), o atendimento é considerado ético e atende às reivindicações do movimento de humanização do parto e do nascimento quando o profissional médico, após decidir a melhor conduta a ser adotada em uma dada situação, comunica essa conduta à gestante e sua família, seguida de uma justificativa. Percebe-se assim, que em relação aos princípios éticos envolvidos na atenção pré-natal, existem condutas significativamente diferenciadas.

Paralelo a essas divergências éticas, a organização da assistência poderia acontecer com eficácia, segundo o MS, se os estados e municípios dispusessem de uma rede de serviços estruturada para tal, com mecanismos estabelecidos de referência e contra-referência (BRASIL, 2005a).

Em conformidade com esses princípios, ou seja, visando acolher a mulher desde o início da gravidez, para assegurar o “bem-estar materno e neonatal” com o nascimento de uma criança saudável, o MS, por meio do Manual de Assistência Pré-Natal (Brasil, 1996) preconiza que a assistência pré-natal é efetiva, quando as seguintes condições são garantidas: 1) captação precoce; 2) controle periódico e extensivo; 3) recursos humanos treinados; 4) área física adequada; 5) instrumental mínimo; 6) instrumentos de registro e estatística; 7) medicamentos necessários; 8) apoio laboratorial; 9) sistema de referência e contra-referência; e 10) avaliação das ações.

Ao comentar tais recomendações, Santo e Moretto (2005) reforçam a necessidade de definir o pré-natal como um período de adaptações acentuadas, tanto físicas quanto psicológicas para a mulher. Segundo suas óticas, para que um parto saudável seja alcançado, é importante:

[...] definir o estado de saúde da mãe e do feto; fazer o diagnóstico e tratar as doenças preexistentes que podem gerar riscos para a gravidez e para o parto; acompanhar seqüencialmente o processo de gestação; acompanhar o crescimento e desenvolvimento do feto; favorecer o estabelecimento de bons hábitos de saúde para beneficiar a mãe e o feto; favorecer uma gestação com o mínimo de desconforto físico e emocional e o máximo de gratificação; dar assistência psicológica e educacional; preparar o casal para a maternidade/paternidade; preparar a gestante para o trabalho de parto e parto; ensinar noções de puericultura; favorecer o nascimento de uma criança normal e saudável; e favorecer o estabelecimento de relacionamentos positivos entre a criança, a mãe e os que lhe estão próximos (SANTO; MORETTO, 2005, p. 110).

Ainda, para Santo e Moretto (2005), o pré-natal caracteriza-se como uma oportunidade importante para que o enfermeiro e outros profissionais de saúde

atuem sobre os hábitos de saúde das famílias, pois os ajustes físicos e emocionais impostos pela gravidez, por si só, exigem uma maneira individualizada de atenção. Para estas autoras, a consulta individualizada deve ser a base do cuidado direcionado a esta população, promovendo saúde mediante o diagnóstico e o tratamento precoces.

Já, para Zampieri (2005), a atenção à saúde no período gestacional não se restringe à consulta pré-natal enquanto forma individualizada de atenção, mas estende-se ao grupo de gestantes ou casais grávidos, aos atendimentos em sala de espera e às visitas domiciliares. Para esta autora, as atividades educativas na sala de espera propiciam a redução de dúvidas e medos que surgem durante a gestação, bem como diminuem a ociosidade do período de espera pela consulta. O grupo de gestantes ou casais grávidos, por sua vez, consiste em um espaço de socialização do conhecimento, possibilitando às famílias uma participação ativa no processo do nascimento (ZAMPIERI, 2005). Assim, percebe-se que a importância do pré-natal parece estar, para muitos autores, centrada nas consultas individuais e médicas, aparecendo as demais atividades e profissionais da equipe como complementares entre si. Essa realidade é percebida na prática, refletindo diretamente na qualidade da assistência prestada.

Paralelo a esta constatação, o acesso ao Programa, segundo Nogueira (1994), independente das estratégias utilizadas para sua implantação e operacionalização, mostra o grau de saúde em que a população se encontra. Nogueira (1994) afirma que a assistência ao parto é a manifestação mais evidente de como uma sociedade considera a mulher, a maternidade e a criança.

Nessa perspectiva, nossa realidade é preocupante, pois o PHPN não conseguiu acabar com as significativas diferenças de adesão por região, residência e escolaridade (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004). Mesmo que tenha ocorrido um aumento considerável na cobertura do pré-natal pela sua inclusão no conjunto das ações básicas de saúde desenvolvidas pelos municípios, as desigualdades regionais permanecem semelhantes, e com elas os fatores implícitos como escolaridade e condições sócio-econômicas em geral. Isso não deixa de refletir a realidade nacional da saúde como um todo, e não poderia ser diferente na atenção à saúde da mulher.

A avaliação qualitativa do Programa também é desfavorável, de acordo com alguns autores. Silva, Cecatti e Serruya (2005) sugerem quatro aspectos representativos da assistência que vão além do pré-natal e incluem também fatores

de saúde perinatal como indicadores, sendo eles: taxa de captação precoce para o programa, incidência de sífilis congênita, distribuição das causas de morte materna no país e número de consultas no puerpério. Todos se encontram com índices abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde brasileiro.

Porém, mesmo que o pré-natal como um todo tenha uma avaliação negativa em seus aspectos quantitativos e qualitativos, sugerindo um repensar das práticas obstétricas, autores como Santo e Moretto (2005) e Zampieri (2005) ressaltam a sua importante contribuição na redução da mortalidade materno-infantil. As abordagens educativas, como atividades individuais, atividades em sala de espera e grupos de gestantes ou casais grávidos, apresentam-se para essas autoras como importantes estratégias para reversão dessa realidade.

Assim, tendo em vista o cunho educativo e predominantemente coletivo implementado no período gestacional, passo a apontar a produção teórica que vem sendo publicada sobre a temática. Início abordando definições amplas sobre o termo “grupo”. Posteriormente descrevo as diversas perspectivas relacionadas com o que tem sido publicado sobre educação em saúde do ponto de vista coletivo e, então, inscrevo as perspectivas acerca das publicações que abordam, particularmente, a educação em grupos no período gestacional.

2.2 ABORDAGEM PRÉ-NATAL EM GRUPOS

2.2.1 A constituição e dinâmica dos grupos

Para Lepassade (1983), todo grupo é constituído por um conjunto de pessoas que em relação umas com as outras, se uniram por interesses comuns e, por isso, podem problematizar a realidade e contribuir para mudanças significativas dentro da esfera que as une. Também pode ser entendido por um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes e reunidas em torno de uma tarefa específica (FREIRE, 1992).

Nessa perspectiva, um grupo não pode ser considerado um mero somatório de indivíduos, mas sim, uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos, sendo que essa nova entidade se comporta como uma totalidade e vice-versa, de modo que, tão importante quanto o fato dele (o grupo) se organizar a serviço de seus membros, é também a recíproca disso (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997).

Seguindo essa premissa, Freire (1992) acredita que no processo de construção de um grupo há movimentos básicos, estruturas e finalidades diferenciadas, bem como há “papéis” que são distribuídos ou conquistados pelos sujeitos que o compõem. Assim, Freire (1992) destaca a importância do reconhecimento desses papéis atribuídos aos participantes e associa a eles algumas características definidoras, pois ressalta que para que se conquiste a harmonia nas relações grupais enquanto “novas entidades”, esses papéis precisam ser conhecidos e considerados em suas dinâmicas. Para tal, os classifica e define da seguinte maneira: o líder de mudança ou aquele que estimula os demais a buscar novas soluções frente às adversidades; o líder de resistência ou aquele que tenta impedir o desenvolvimento de novas perspectivas de transformação da realidade; o bode expiatório ou aquele que assume todas as culpas junto ao grupo; o silencioso ou aquele que apresenta dificuldades em manter comunicação com os demais; e o porta-voz ou aquele que expressa os conflitos presentes ou futuros do grupo (FREIRE, 1992).

Sob essa ótica, pode-se afirmar que o funcionamento grupal envolve papéis precisos, que resultam em uma dialética entre a história do grupo como entidade e a história própria de cada indivíduo que o compõem, no contexto social em que estão inseridos.

Frente à tamanha complexidade, a construção de um grupo exige organização e esforço coletivo. Ainda, para Freire (1992), a construção eficaz de um grupo dependerá de alguns fatores, a exemplo da constância da presença dos seus elementos, da organização sistematizada de encaminhamentos, do respeito às diferenças entre cada participante (considerando-se os seus papéis), do enfrentamento do medo que o “diferente ou novo” pode provocar, do vínculo e senso de responsabilidade entre iguais, da cumplicidade, da interação, do diálogo e da negociação.

Além das construções grupais, para que a prática educativa possa ocorrer nesse cenário, precisamos considerar a dinâmica que o conduz. Freire (1999), nesse sentido, ressalta a importância dos estímulos metodológicos utilizados para tal, bem como as premissas dos educadores. Ainda, para esse autor, a premissa básica dos educadores ou facilitadores deste processo deve ser o fortalecimento dos seres humanos com quem interagem, facilitando suas transformações em pessoas críticas, reflexivas, livres e ativas politicamente, rumo a uma transformação maior, ou seja, a

transformação da sociedade em que vivem, através de uma educação democrática. A educação democrática, para Freire (1999), se funda na crença de que o homem deve discutir coletivamente os problemas e analisar a realidade do seu mundo, baseada num método ativo, dialogal, horizontal, crítico, problematizador, participante e que acima de tudo, reconheça e aceite as diferenças entre os participantes. Segundo Bordenave e Pereira (1991), a participação é o caminho para o homem realizar, fazer coisas, afirmar-se, transformar a sua realidade. Assim, ao participar de um grupo, os seres humanos têm a possibilidade de refletir, dar suas opiniões, libertarem-se (SOUZA et al., 2005).

Para Maldonado e Canella (2003), os grupos podem ser coordenados por uma equipe composta por diferentes profissionais e, por consequência disso e dos objetivos do grupo, os aspectos da preparação também podem variar, mas os temas discutidos em cada sessão devem ser escolhidos pelos próprios participantes e jamais devem ser previstos pelos profissionais, pois considera importante que partam das necessidades desses participantes. Freire (2005) reforça este pensamento afirmando que uma vez que as atividades educacionais coletivas partem das necessidades dos sujeitos envolvidos, esses exercitam a capacidade de “decidir”.

Assim, uma vez que, a partir da bibliografia consultada, os grupos são considerados cenários propícios para a construção crítica de um conhecimento libertador e para o retorno da sociabilidade de informações e experiências pessoais, tendo como “ponto de partida” as necessidades dos sujeitos que o compõem, passarei a abordar as bibliografias que tratam diretamente da educação em saúde em grupos, tanto no que se refere às suas premissas básicas, quanto às experiências publicadas sobre o tema, compartilhando o estado da arte sobre esse tema que ajudará a dar sustentação ao presente estudo.

2.2.2 A educação em saúde em grupos

Atualmente, existe uma variada gama de alternativas para se educar em saúde, com abordagens que variam desde a concepção tradicional de educação, centrada na transmissão do conhecimento, até a concepção libertadora, centrada na construção do conhecimento pelos próprios sujeitos e a partir das suas necessidades (BECKER, 2001).

Em se tratando da concepção libertadora, abordagem na qual este estudo está ancorado, o trabalho em “grupos” pode representar a quebra da relação vertical que tradicionalmente existe entre o profissional da saúde e o sujeito de sua ação, abrindo espaço para a expressão das reais necessidades desses indivíduos, bem como e conseqüentemente, para a mudança de perspectiva frente a uma realidade plausível de transformação (SOUZA et al., 2005).

Nesse sentido, Freire (1992) considera a saúde dos indivíduos como resultado de uma combinação de fatores sociais e culturais experimentados no coletivo. Assim, destaca que as abordagens educativas precisam apresentar correlação direta com a realidade que os cerca, proporcionando a estes indivíduos a superação também coletiva da compreensão ingênua de seus mundos, despertando por conseqüência, o reconhecimento de seus papéis enquanto sujeitos de ação-reflexão-ação (FREIRE, 1992).

Essa mesma necessidade é apontada por Martins (2003), quando argumenta que os grupos devem ser considerados dentro de uma perspectiva histórica que considere a sua inserção na sociedade, com suas determinações econômicas, institucionais e ideológicas. Isto implica em compreender que na sociedade atual, os grupos destinados às atividades de educação em saúde tendem a sofrer as determinações e contradições presentes no modelo curativo de atenção à saúde, ou seja, os indivíduos tendem a seguir orientações, pensando o mundo e as suas realidades de forma estática.

Porém, apesar da abordagem libertadora ser contrária ao “modelo bancário²” e, por isso, ser considerada por muitos autores, atualmente, como a forma mais adequada para o desenvolvimento de práticas educativas com grupos, uma vez que dá ênfase à promoção da autonomia dos sujeitos (Souza et al., 2005), para Weare (1995), existe um paradoxo entre a possibilidade de oferecer opções de escolha aos indivíduos no que se refere às ações voltadas a sua saúde e a oportunidade real que estes terão de escolher livremente por alguma dessas opções, considerando que as decisões estão alicerçadas no contexto macrosocial dos indivíduos e que, por conseqüência, encontrarão limites impostos pela organização dessa sociedade.

² Educação imposta que aparece como oferta. O interesse político de tornar, também a educação, um instrumento de reprodução da desigualdade e da ocultação da realidade à consciência, aparece como uma questão de trabalho técnico sustentado por princípios de ciências neutras. É também chamada Educação Opressora que se disfarça de “neutra”, “humana”, ou “democratizadora” (BRANDÃO, 1982).

Sob esta mesma ótica, Jacques et al. (1998) reconhecem que os indivíduos poderão encontrar inúmeras formas de resistência ao expressarem junto aos serviços de saúde seus pensamentos, suas opiniões, seus pontos de vista ou seus silêncios, mas acredita que são claras as possibilidades que temos, enquanto profissionais de saúde, de estimular a conscientização desses sujeitos acerca das suas realidades e de quais aspectos poderão ser transformados coletivamente para que suas escolhas sejam possíveis. A partir dessa visão dinâmica, o trabalho de educação em saúde em grupos se constitui então em importante ferramenta para a conscientização crítica dos sujeitos sobre seus meios, de humanização, pois é através dele que os seres humanos envolvidos percebem, além de novas possibilidades, o potencial real de transformação que o grupo apresenta (SOUZA et al., 2005).

Porém, a sustentação da prática dos profissionais de saúde que atuam em grupos dessa natureza se mostra muitas vezes contraditória e distorcida em relação ao reconhecimento das necessidades dos seres humanos envolvidos (SILVA; ROTENBERG; VIANNA, 2004). No entendimento de Silva, Rotemberg e Vianna (2004), para a maioria dos profissionais que desenvolvem práticas educativas grupais e que atuam como facilitadores desse processo, as concepções de grupos educativos representam uma visão baseada na troca, na construção, no compartilhar de conhecimentos entre profissionais e usuários; no entanto, a prática se assemelha mais com grupos de apoio e de informação, uma vez que não visam a autonomia e o despertar da potencialidade crítica dos sujeitos envolvidos.

Tal problemática é explicada por Candeias (1991) pelo fato de que as práticas educativas em saúde, tanto individuais quanto coletivas, são entendidas pelos profissionais que delas participam, como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações condicionantes à saúde, sobre suas próprias vivências e expectativas. Ley (2000) também manifesta preocupação neste sentido, argumentando que parece que os profissionais não consideram o fato de que as práticas educativas grupais devem despertar o senso de responsabilidade nos sujeitos envolvidos (não só para atender as necessidades próprias, mas também coletivas), estabelecendo um elo entre essas necessidades, os projetos governamentais e as práticas de saúde. Grossmann e Kohlraussch (2006) também são autores que acreditam que pelo menos parte dessa problemática pode estar relacionada ao fato de que a maioria dos profissionais de saúde atuante nesses

Grupos, o faz através de um conhecimento empírico e embasado nas suas atividades diárias.

Com um papel fundamental nas dinâmicas grupais, os profissionais de saúde, para Melo e Lima (2000), através de seus conhecimentos e habilidades, podem transformar as orientações sistemáticas e rotineiras comumente compartilhadas no sentido de “educar em saúde” em oportunidades únicas de reflexão e construção coletiva do conhecimento. Para Evangelista, Zytkeuwisz e Blank (2003) tal realidade caracteriza uma “nova prática em saúde” e por isso, depende de novos campos de conhecimento por parte dos profissionais envolvidos, desenvolvimento de habilidades e principalmente mudança de atitudes, para aí sim, aproximar os diversos conhecimentos com o seu objeto, o homem.

Essa aproximação, segundo Machado e Vieira (2004), será alcançada, quando as atividades grupais estimularem nesse homem (seu objeto) o despertar para a consciência da sua realidade individual e social, viabilizando decisões e promovendo-o enquanto sujeito.

A partir desses pressupostos, o contexto grupal pode desenvolver naturalmente ou através de estímulos metodológicos específicos, um espaço para o movimento de promoção da saúde através de um processo contínuo, horizontal e libertador de ensinar-aprender (DELFINO et al., 2004).

Atualmente, as práticas de educação realizadas coletivamente são utilizadas tanto para a formação e atualização profissional, a exemplo dos estudos de Fortuna et al. (2005) e de Grossmann e Kohlrausch (2006), quanto para as práticas de educação em saúde voltadas aos usuários dos serviços de saúde, a exemplo dos estudos de Okiyama e Monticelli (2005), Moreira e Fabbro (2005), Evangelista, Zytkeuwisz e Blank (2003), além dos publicados por Gomes e Guedes (2002).

No que se refere à utilização das atividades grupais para a formação e atualização profissional, Fortuna et al. (2005) acreditam que a comunicação, a aprendizagem compartilhada, o sentimento de pertencer ao coletivo, a pertinência entre as ações realizadas e as necessidades da equipe, a definição de papéis e as conseqüentes relações de poder ajudam a equipe a se constituir como Grupo, com papéis, finalidades e objetivos traçados. Para estes autores, os profissionais habituados a “compartilhar saberes” terão maiores condições de atender a população de forma integral, sem desrespeitar ou menosprezar a sua autonomia em relação à sua saúde, atuando em co-responsabilidade com os sujeitos envolvidos,

enquanto facilitadores das práticas que visem a promoção da saúde como um todo (FORTUNA et al., 2005).

Neste sentido, Cyrino e Pereira (2004) ressaltam que a necessidade de mudanças na formação profissional, no sentido de romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicionais, formando profissionais de saúde aptos a recuperar o respeito nas relações com os usuários dos serviços de saúde e negociar os cuidados dispensados a eles, já é reconhecida mundialmente. Esta estrutura diferenciada, vislumbrada através das atividades grupais, resultaria, para Freire (1992), tanto no âmbito profissional quanto para os usuários do setor saúde, em um processo democrático, onde a autonomia dos sujeitos seria exercitada com vistas à transformação da realidade.

No que se refere à produção de conhecimento voltada para a educação em saúde com grupos na comunidade ou com os usuários dos serviços de saúde – recorte que ajuda a fundamentar a presente pesquisa – foram encontrados estudos que apresentam vivências educativas grupais onde a relação com os sujeitos envolvidos acontece em horizontalidade e o poder de decisão não se encontra nas mãos dos profissionais, mas sim, nas mãos dos próprios sujeitos que, através do conhecimento, poderão escolher as melhores estratégias para cuidar de si.

Nestes estudos selecionados, em número de 30, percebeu-se ser consenso que as práticas educativas coletivas e, a partir da abordagem libertadora, contribuem para o “empoderamento” dos sujeitos participantes, aumentando os seus recursos pessoais através da construção coletiva do conhecimento e, por consequência, a capacidade de optar por alternativas consideradas saudáveis no cuidado de si, sob suas próprias perspectivas. Assim, a educação em saúde em grupos aparece como alternativa viável para a promoção da saúde nos diversos ciclos da vida, bem como, nas mais variadas necessidades associadas a eles.

Para continuar fundamentando o recorte a que esse estudo se propõe passarei a abordar agora as bibliografias que tratam especificamente da educação em saúde em grupos durante o pré-natal.

2.2.3 A educação em saúde em grupos durante o pré-natal

A atenção de qualidade à saúde da mulher, mais especificamente no período pré-natal, engloba práticas educativas que não só reduzam os riscos associados ao

parto e ao nascimento, mas acolham as gestantes e seus acompanhantes em espaços dialógicos (DELFINO et al., 2004).

Para Oliveira (2004), as práticas educativas grupais realizadas durante o período pré-natal podem garantir este processo na medida em que propiciam novas oportunidades de reflexão coletiva sobre os “conteúdos” presentes na gestação, e por isso, podem diminuir a ansiedade, desvelar questões culturais e aumentar a capacidade dos sujeitos envolvidos para “decidirem” sobre as alternativas de cuidado que julgarem adequados para seus partos e nascimentos institucionalizados.

Corroborando com esta premissa e para fundamentar, como já referido, o recorte a que este estudo se propõe, realizei uma incursão detalhada acerca da produção teórica existente sobre a educação em saúde em grupos durante o pré-natal. Assim, passo a contextualizar o tema, seguido de uma síntese dos principais achados.

A utilização da abordagem educativa em grupos durante o pré-natal começa a aparecer a partir da década de 80, com a implantação do PAISM, que fora instituído com o intuito de atender a mulher de forma integral e por isso, também considera a importância das práticas educativas durante o pré-natal (BRASIL, 2005).

Porém, mesmo com o passar dos anos e com a “evolução” das políticas públicas voltadas à atenção da saúde da mulher, muitos serviços continuam centrados em atividades assistenciais curativas e individuais durante o pré-natal (DELFINO et al., 2004).

Enfatizando tal realidade, segundo Moura e Rodrigues (2003), em se tratando das práticas educacionais coletivas realizadas durante o pré-natal, estas, em sua absoluta maioria, além de não terem planejamento específico por parte dos profissionais vinculados ao Programa, são embasadas em orientações pouco direcionadas às necessidades dos grupos e são “oferecidas” aos participantes com uso freqüente de linguagem científica e inacessível à grande maioria.

Considerando-se que na fase pré-natal em específico, a mulher freqüente com mais regularidade os serviços de saúde e, conseqüentemente, tem mais oportunidades de compartilhar experiências dessa natureza, Beretta e Andrade (2004) chamam a atenção para a importância que a estruturação destas práticas representaria na promoção da saúde da sociedade como um todo, tendo em vista

ser o período gravídico-puerperal um período com intensas necessidades de adaptação, tanto físicas quanto emocionais.

Para Fortuna et al. (2005), nos grupos para gestantes ou casais grávidos, estruturados a partir das necessidades dos participantes, as gestantes e seus acompanhantes poderiam encontrar a possibilidade de vivenciarem tais adaptações com maior naturalidade, desde que criassem significados para seus encontros, problematizando a realidade vivenciada e refletindo primeiramente sobre a transformação que a atenção durante o parto e o nascimento sofreu no decorrer dos tempos, pois essa transformação está diretamente relacionada com a forma que as pessoas percebem o parto e o nascimento atualmente. Ainda, para estes autores, as gestantes e seus acompanhantes deveriam ser estimulados a refletirem sobre o que entendem por humanização no parto e no nascimento, bem como de que forma acreditam que podem contribuir para tal, enquanto sujeitos ativos, que decidem sobre suas realidades (FORTUNA et al., 2005).

Para Melo e Lima (2000), os participantes de um grupo de gestantes ou casais grávidos devem ser estimulados para a aquisição de conhecimentos inerentes ao processo de parto e nascimento, sempre a partir da própria realidade, pois é através de sua problematização que os seres humanos tornam-se críticos e reflexivos na busca por seus direitos enquanto cidadãos. Vella e Stotz (1994) acreditam que uma vez que os seres humanos tenham um melhor dimensionamento dos problemas que vivenciam, adquirem autonomia para decidir e agir sobre eles.

Para a Organização Panamericana da Saúde (2004), esse deve ser o propósito das práticas educativas, pois à medida que “empoderam” a mulher/homem através da construção de conhecimentos inerentes ao processo de parto e de nascimento, aumentam os seus recursos pessoais para decidir a melhor forma de vivenciar esse processo, de forma saudável e segura, sob suas próprias perspectivas.

Uma vez que os grupos de gestantes acabam estimulando, através do fortalecimento dos sujeitos envolvidos, a retomada do controle feminino e familiar sobre esse evento natural e social que é o parto e o nascimento, para Ketler (2000), eles podem, por consequência, reduzir consideravelmente o processo de medicalização sofrido nas últimas décadas em todo o mundo.

Nesse sentido, Freire (2005) argumenta, com sabedoria, que a educação liberta o homem da submissão e da passividade, permitindo que ele vivencie os eventos sociais da sua vida de forma humanizada, sobre suas próprias perspectivas.

Sob essa ótica, percebe-se a importância que a abordagem coletiva apresenta durante o pré-natal, mesmo que a partir de “doutrinas pedagógicas” diferentes. Para Gadoti (1996), a educação, enquanto processo histórico, evolui à medida que a sociedade evolui, mas é mais eficaz quando considerado um processo coletivo, dinâmico e flexível; que possibilita o desenvolvimento das potencialidades humanas para o exercício da participação nos eventos individuais e coletivos de suas histórias. No entendimento de Freire (2005), através do conhecimento construído durante as relações humanas, atinge-se a autonomia para decidir sobre suas ações e objetivos.

Considerando-se a ótica da importância que as práticas educativas em saúde com grupos durante o pré-natal representam para a promoção da saúde da sociedade em geral, percebe-se que a literatura selecionada (composta por 40 estudos) aborda, em sua ampla maioria, a necessidade da utilização de metodologias libertadoras que considerem a educação como subsídio para a participação em saúde, concebendo o homem como sujeito principal e responsável por sua realidade, refletindo sobre suas necessidades de saúde através de ações conscientes e participantes. Contudo, é importante relativizar tais argumentos, quando se tem em mente a dinâmica oferecida aos diversos grupos do gênero, na realidade da educação em saúde brasileira. Assim como alguns autores, acredito que ao cotejar tais achados com a realidade dos serviços de saúde, pode-se argumentar que mesmo que os profissionais de saúde tenham suas práticas pautadas em políticas públicas que reconhecem a importância de tais atividades, elas ainda se caracterizam por iniciativas isoladas, mesmo que em movimento crescente em nossa realidade atual. Assim, ao resgatar a realidade da educação em saúde com grupos durante o pré-natal, também se percebe um enorme fosso a separar o conhecimento bibliográfico existente da realidade das instituições de saúde.

Porém, por acreditar que, mesmo enquanto iniciativas isoladas, as práticas educativas grupais horizontais e dialógicas podem fortalecer as gestantes e seus acompanhantes em direção à humanização do nascimento e parto, passarei a

apontar as revisões bibliográficas relacionadas à humanização, desde uma abordagem mais geral, até a perspectiva da autonomia dos sujeitos.

2.3 A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO: DA PERSPECTIVA INTERVENCIONISTA AOS DIREITOS DE PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS

No campo da assistência ao parto e ao nascimento as discussões sobre o que seria “humanizar a assistência” trazem à tona demandas antigas, principalmente no que se refere à medicalização excessiva dos partos de baixo risco (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Para Casate e Correa (2005) a medicalização é caracterizada pelas soluções biomédicas empregadas em situações antes consideradas como partes inerentes e integradas à vida cotidiana. Em se tratando especificamente do parto e do nascimento, isso implica em profundas modificações, não apenas na maneira como o processo é conduzido, mas na maneira como é entendido e vivenciado pelas mulheres e pelos homens ao longo da história. Esta “transformação histórica” vivenciada pela sociedade, não apenas em suas formas de parir e nascer propriamente ditas, mas nas formas de entendê-las, pode ter contribuído, em contrapartida, para essa ampla e controversa polissemia em torno do que se entende atualmente por “humanização da assistência”. Para Casate e Correa (2005), os sentidos atribuídos ao tema vão desde perspectivas intervencionistas, passando pelas caritativas de doar-se ao próximo, até a integração mais recente, a partir da década de 90, do discurso dos direitos dos cidadãos relacionados à qualidade da assistência oferecida nos serviços de saúde.

Há ainda os que relacionam a humanização dentro da própria concepção intervencionista que deu origem à medicalização desta fase da vida. De acordo com Rezende (1998), por exemplo, ao se pensar em resgatar os muitos sentidos da humanização nesta área de atenção, não se pode esquecer que os primeiros achados são do início e metade do século XX respectivamente, quando Fernando Magalhães, considerado o pai da obstetrícia brasileira, e posteriormente o professor Jorge de Rezende, passaram a defender que a narcose e o uso do fórceps vieram para humanizar os partos e nascimentos. Na verdade, uma vez que os partos já eram reconhecidos como fenômenos patológicos ainda muito antes das considerações de Magalhães e Rezende, conforme já apontado no início desse

capítulo, podemos afirmar que o surgimento das maternidades-escola, durante o século XVIII, contribuiu não apenas para a medicalização completa do parto e do nascimento, mas para a associação delas com a noção de humanização dessas práticas, difundida fortemente na época e, em muitos serviços, até os dias atuais (BEAUVALET-BOUOUYRIE, 2002).

Neste sentido, Diniz (2005), em seu estudo intitulado “Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento”, ao recuperar as origens do termo humanização do parto, retrata a mudança na compreensão do parto como experiência humana e por consequência, a mudança no comportamento de quem o “assiste”, ou seja, do que fazer frente à dor do outro, ou melhor, da outra (de uma mulher). Assim, a mulher vivenciou desde o modelo de assistência tutelado pela Igreja Católica, onde deveria sentir todas as dores relacionadas ao parto, como uma espécie de desígnio divino (DINIZ, 1997), até o resgate deste sofrimento, oferecido pela obstetrícia médica, onde o parto passa a ser considerado uma forma de violência, que deveria ser “apagado da mente feminina” através do uso de anestésicos (fazendo com que a mulher partexasse inconsciente) ou simplesmente evitado pelas difundidas cirurgias eletivas (DINIZ, 2005).

Para Giorgio (1990), do início deste século até as décadas de 60 e 70, a mulher absteve-se completamente do controle sobre seu corpo durante o processo de parto e de nascimento, pois vivenciou a transferência completa do cuidado do universo feminino para o masculino, do universo doméstico para o institucional. Assim, neste longo período, o termo humanização fora empregado para justificar a intervenção masculina, tecnológica e institucional durante os partos e nascimentos (BEAUVALET-BOUOUYRIE, 2002).

Nessa perspectiva, Costa (2002) afirma que foi a partir da implantação do PAISM, reconhecido como uma importante contribuição do movimento feminista na definição de políticas sociais de saúde do interesse das mulheres, que se iniciou um “repensar” na atenção materno-infantil e com esse repensar, voltou-se ao questionamento do que seria humanizar a assistência à saúde da mulher.

Já, Diniz (2001), em sua tese de doutorado, nos instiga com a indagação de qual seria, por exemplo, os sentidos da humanização para as mulheres organizadas nessa época? Sob essa ótica ressalta que, no caso brasileiro, quando o movimento de mulheres se reorganiza a partir da década de 70, inicialmente enfrenta a fase em que era mais importante reafirmar o direito a decidir sobre não ter filhos, uma vez

que a urgência era questionar a maternidade obrigatória, considerada como destino biológico de toda mulher “normal”. Nesta fase do movimento, duas correntes políticas igualmente autoritárias disputavam a cena: por um lado os “anti-natalistas”, que alardeavam que o planeta estava à beira do colapso por causa da explosão demográfica (portanto as mulheres deveriam ser obrigadas a reduzir o número de filhos a qualquer custo, para salvar a economia e o planeta), e por outro, os “natalistas”, que defendiam que as mulheres deveriam ter quantos filhos a natureza lhes trouxesse, pois regular a fertilidade era pecado contra Deus e contra os interesses da nação (portanto as mulheres deveriam ser proibidas de usar contraceptivos e de interromper a gravidez indesejada) (DINIZ, 2001). Então, estes dois pontos de vista continuavam considerando a mulher como objeto, como meio para alcançar objetivos alheios, jamais como sujeitos de suas vidas, cidadãs capazes de fazer escolhas conscientes com relação à sua fertilidade (ÁVILA, 1993; DINIZ, 1998; DINIZ, 2001).

Ainda na década de 70, esse mesmo movimento de mulheres, mais reflexivo, passou a questionar também o cuidado oferecido para as mulheres que optaram pela maternidade de forma consciente e enquanto cidadãs providas de direitos (DINIZ, 2005). Para Rothman (1989) as “mulheres organizadas” começaram a perceber que o tratamento que lhes era desprendido não as tratava como seres humanos com necessidades especiais relacionadas ao período gravídico-puerperal, mas sim, exerciam sobre elas um controle social relacionado à segurança dos bebês que carregavam. Assim, o movimento feminista passa a atuar como “promotor social” da humanização das práticas institucionais voltadas à saúde da mulher e, dentre elas (mas não somente), volta a atenção para as práticas obstétricas e neonatais (DINIZ, 2005).

Nessa perspectiva é que, a partir da década de 80, o termo humanização da assistência ao parto e ao nascimento foi fortemente utilizado e difundido, pois uma das frentes do movimento feminista passou a lutar por políticas públicas que assegurassem práticas obstétricas seguras, que englobassem os direitos das pacientes, pautados nos direitos humanos e nos direitos reprodutivos (CLADEM, 1998). Nesta época, para Diniz (2005), a assistência à saúde da mulher passou a ser fundamentada especificamente em dois modelos: o das parteiras e sua visão holística sobre os partos e os nascimentos, e o da medicina curativa e sua visão patológica, resultando na problematização provocada pelas mulheres organizadas

sobre os aspectos políticos, sociais e econômicos envolvidos na disseminação desse segundo modelo. Porém, de acordo com a bibliografia consultada, o termo humanização continuou a ser utilizado, de maneira divergente, pelos dois modelos.

Ainda nas décadas de 80 e 90, sob forte influência da sociedade civil organizada, o movimento pela humanização do parto e nascimento, pautado em práticas obstétricas seguras e “desenhadas” através da Medicina Baseada em Evidências Científicas³, bem como nos direitos das mulheres enquanto cidadãs, foi impulsionado em vários estados (TORNQUIST, 2002), destacando-se nesse momento a categorização de medidas consideradas úteis e inúteis ou prejudiciais durante o parto e o nascimento (ENKIN et al., 2005). A classificação tomada como base foi desenvolvida pelo grupo de trabalho sobre o parto que a OMS selecionou em 1996 e divide as práticas utilizadas no parto em quatro categorias: práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e que devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão, e práticas no parto normal freqüentemente utilizadas de modo inadequado (BRASIL, 2003a).

Como resultado dessa atuação conjunta, atualmente, a política nacional para atenção pré-natal e assistência ao parto e ao nascimento vem sendo delineada através do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, que foi instituído com o objetivo de melhorar o acesso, a cobertura e a assistência obstétrica no país, trazendo como significado para o termo humanização, a adoção de valores como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, a solidariedade dos vínculos estabelecidos e os direitos dos usuários do setor saúde (BRASIL, 2005a). Porém, isso não representou o fim das divergências associadas ao significado do termo humanização, pois uma série de interpretações continua a envolvê-lo.

Na ótica de Diniz (2001), devido às contradições históricas já citadas e a diversidade de profissionais envolvidos com a assistência obstétrica e neonatal, é esperado que haja uma série de conflitos em torno das distintas concepções acerca

³ A fundamentação da atenção obstétrica e neonatal na Medicina Baseada em Evidências é entendida pela adoção de técnicas comprovadamente benéficas para a mulher e recém-nascido, categorizadas através de estudos randomizados (ENKIN et al., 2005).

do parto e das alternativas para atendimento a esse evento, resultando em um campo de disputas e negociações intensas em torno do significado da “humanização” destas práticas.

Em meio a estas disputas, no contexto da formação destes profissionais, Hotimsky e Schraiber (2005) apontam as diferentes concepções do termo humanização para duas categorias profissionais em específico; enquanto a formação das enfermeiras obstétricas seguem as medidas implementadas pelo próprio Ministério da Saúde a partir da década de 90, no que se refere a uma assistência com um mínimo de intervenções, sempre fundamentadas na medicina baseada em evidências, a formação médica é, neste sentido, inespecífica, e se dá de forma bastante variada, abrangendo desde a absoluta falta de menção do termo humanização nas disciplinas obrigatórias até seu uso nas declarações de missão de ensino das faculdades e ementas de disciplinas fundamentadas nos manuais técnicos ministeriais. Assim, Diniz (2005) acredita que o termo em questão acaba se expandindo e ganhando diferentes interpretações durante o exercício desses profissionais, que são, em suma, os mais envolvidos com os sujeitos deste estudo.

Para Casate e Correa (2005), frente a tantas divergências, buscar formas efetivas para “humanizar” a prática em saúde, implica em uma aproximação crítica que permita compreender primeiramente a temática para além de seus componentes técnicos e instrumentais, envolvendo essencialmente as dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido.

Neste estudo, apesar de entender o termo humanização na perspectiva freireana de libertação do homem da submissão, da passividade, passarei a apontar os principais significados encontrados nos estudos selecionados.

Dos 60 estudos encontrados, 32 entendem a humanização do parto e do nascimento basicamente enquanto uso de técnicas baseadas nas evidências científicas recomendadas pela OMS a partir de 1996. Em tais estudos, estas recomendações aparecem como um mínimo de intervenções (relacionadas à restrição nas indicações de lavagens intestinais, aplicação de ocitócitos, tricotomias e episiotomias, dentre outras intervenções), sendo que estas devem ser associadas ao direito da mulher em ter um acompanhante de sua escolha. A via de parto é considerada sob a perspectiva do parto vaginal enquanto fisiológico e o parto cirúrgico enquanto recurso médico a ser utilizado nas complicações obstétricas. Nestes estudos, a excessiva medicalização (ou conjunto das práticas

intervencionistas e desnecessárias) é entendida como um dos responsáveis pelas altas taxas de mortalidade materna e infantil e pela transformação de um evento social, cultural e de saúde em um evento patológico, médico e institucional. Assim, ressaltam a importância do apoio profissional no resgate de práticas menos intervencionistas.

Corroborando com tais achados, Brüggemann (2005), em sua tese de doutorado, ressalta que o reconhecimento da importância desse “apoio” conferido à mulher durante o trabalho de parto, entendido por muitos autores como forma de “humanizar” a assistência, realmente ganhou destaque com o advento da prática baseada nas evidências científicas, desencadeando uma revisão profissional das práticas obstétricas e resultando, por consequência, em uma classificação do que seriam práticas obstétricas benéficas ou “humanizadas” e práticas comprovadamente danosas durante o parto e o nascimento institucionalizado, conforme já citado anteriormente.

Resgatando o significado da “dor do parto” ao longo da história, 07 estudos entendem a humanização da assistência enquanto atitudes que visam a redução da dor no momento do parto através de técnicas das mais variadas. Enquanto 03 desses estudos destacam a utilização de massagem corporal, musicoterapia, diminuição da luz no ambiente do parto e presença de um acompanhante de escolha da própria parturiente, 04 estudos apresentam a analgesia como atitude eficaz e “humanizada” no controle da dor.

Por considerar a transferência do cuidado ao parto e nascimento para o âmbito profissional, 06 estudos entendem que a humanização do parto e do nascimento depende da formação e atuação dos profissionais “responsáveis” pelo evento. Assim, reforçam que os profissionais podem influenciar ou decidir pela via de parto, bem como pelos procedimentos obstétricos realizados, além do preparo do ambiente, do alívio da dor, do papel exercido pelo acompanhante e do tratamento aos usuários dos serviços no sentido de permitir ou não a expressão dos seus desejos em relação a esse momento. Esses estudos reconhecem as relações verticais vivenciadas por profissionais da saúde e usuários dos seus serviços.

Quanto às atividades educativas realizadas durante o pré-natal, 08 estudos entendem que o preparo da mulher e acompanhantes para o parto e o nascimento pode “humaniza-los” e, nessa perspectiva, relatam experiências educativas grupais que abordam conteúdos relacionados à gestação e ao preparo para o parto. Esses

estudos afirmam que a familiarização com os “conteúdos gravídico-puerperais” podem diminuir a ansiedade das mulheres/homens que vivenciam o processo de parto e de nascimento. A metodologia utilizada para tais atividades varia desde palestras até metodologias ativas que visam a participação dos sujeitos na construção do conhecimento (mas elas não ganham ênfase nesses estudos).

Ainda relacionado às atividades educativas como forma de “humanizar os partos e nascimentos institucionalizados”, 06 estudos entendem que, se desenvolvidas a partir de metodologias ativas, elas podem preparar os sujeitos que vivenciarão esse processo para decidirem a forma de vivenciá-lo, enquanto protagonistas. Dentre estes 06 estudos revisados, um em especial deixa explícita a dimensão política associada ao termo quando categoriza como “significados” para o termo “humanização”: a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos da mulher (homens e família) e da participação nas decisões sobre sua saúde (DINIZ, 2005).

A humanização enquanto legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos da mulher (homens e família) na assistência ao parto e ao nascimento demanda um cuidado que promova um “evento” seguro, mas também não violento (referindo-se às práticas intervencionistas utilizadas em demasia nas instituições hospitalares como intervenções cirúrgicas desnecessárias ou o uso indiscriminado e rotineiro de procedimentos como enemas, tricotomias e episiotomias) (BRASIL, 2005b), dando aos usuários inclusive o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos adotados durante o parto e o nascimento (DINIZ, 2005).

Enquanto legitimidade da participação nas decisões sobre sua saúde destaca-se a importância do diálogo e da horizontalidade nas relações profissional de saúde/mulher/homem, estabelecendo um ambiente favorável para a negociação das práticas de saúde e criando, por conseqüência, novas possibilidades de viver a maternidade em sua totalidade de eventos e relações sociais, como experiência humana (DINIZ, 2005).

Porém, vale lembrar que atualmente, este mesmo argumento de participação da mulher/homem nas decisões acerca dos procedimentos obstétricos realizados nas maternidades também é utilizado pela obstetrícia para justificar um elevado número de intervenções cirúrgicas eletivas e classificadas como “a pedido”. Para Hotimsky et al. (2002), esta aparente liberdade de escolha outorgada à mulher/homem, dita em prol do movimento de “humanização do parto e nascimento”

é, muitas vezes, se não em sua maioria, acompanhada da falta de informações precisas sobre os riscos relacionados a tais procedimentos.

Por isso, a transformação do paradigma que concebe a assistência durante o parto e o nascimento institucional (de uma atuação caritativa para uma atuação que promova a construção da cidadania) ainda é um desafio. Na maioria das instituições hospitalares brasileiras, as conhecidas “normas e rotinas” (que guiam e organizam o funcionamento hospitalar e a assistência prestada), acabam por fragilizar os usuários desses serviços, mantendo os profissionais de saúde em posição de superioridade e “fechados” em seu próprio saber (CASATE; CORREA, 2005).

Em suma, ainda que respeitando e valorizando os muitos sentidos associados ao termo “humanização”, adoto para a condução deste estudo principalmente a premissa formulada por Freire (2005) da humanização como libertação dos seres humanos da submissão e da passividade. Tal libertação pode se dar através da prática educativa, onde os seres humanos envolvidos, como sujeitos de suas próprias histórias, têm inteira capacidade para refletir, criar, recriar e transformar a si próprios e a seus mundos. Acredito que através desta prática educativa o ser humano busca a sua emancipação e a sua cidadania, tendo condições então de transpor o caráter caritativo a que se mantém exposto atualmente dentro das instituições hospitalares.

Neste sentido o presente estudo pretende fortalecer as gestantes e seus acompanhantes, por meio de uma prática educativa que os tornem capazes de legitimar e reivindicar seus direitos, participar ativamente das decisões que envolvem o processo de parto e nascimento e tornar a experiência mais prazerosa, satisfatória e segura para ambos.

CAPÍTULO 3 - REFERENCIAL TEÓRICO

Para amparar teoricamente o estudo optei por uma abordagem que considero dinâmica e direcionada para o fortalecimento e reflexão dos participantes da pesquisa, uma vez que envolve a “participação” dos mesmos frente à realidade. Assim, optei por utilizar os princípios teóricos da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, pois, em meu entender, tais princípios permitem a articulação da reflexão-ação-reflexão dos participantes do Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC.

O referencial político-pedagógico de Paulo Freire é considerado uma abordagem problematizadora, pois preocupa-se com a construção progressiva do conhecimento pelos próprios sujeitos, através da ação-reflexão-ação e da prática-teoria-prática, tendo como ponto de partida e de chegada, a própria realidade que estes vivenciam no seu cotidiano. O autor centraliza seus argumentos nos padrões culturais e nas formas de pensar e agir dos sujeitos, compreendendo a realidade como algo inacabado, que pode sempre ser melhorado a partir da percepção dos próprios sujeitos.

A fim de aflorar as principais idéias da pedagogia freireana, descrevo a seguir os aspectos mais relevantes deste referencial, evocando o mestre Paulo Freire e também apoiando-me em outros autores brasileiros que utilizam sua teoria e que vêm contribuindo para seu aprofundamento e contínua validação. Na seqüência do capítulo, abordo então o marco conceitual que elaborei, visando articular as idéias deste referencial com as minhas próprias idéias a respeito do objeto a ser investigado no presente estudo. Acredito que este conjunto de pensamentos, pressupostos e elementos conceituais deu maior clareza, tanto na consecução do caminho metodológico, quanto na interpretação de seus resultados.

3.1 A PEDAGOGIA LIBERTADORA DE PAULO FREIRE

Ao descrever os aspectos mais relevantes deste referencial, não podemos esquecer que, como uma de suas premissas fundamentais, Freire (1977) afirma que não é possível promover um processo educativo sem que haja reflexão e conseqüente problematização. Para esse autor, todo processo educativo que se limita a narrar e a falar de algo, em vez de desafiar a reflexão dos educandos em torno deste, neutraliza as suas capacidades cognoscitivas e impede a conscientização da realidade que os cerca.

A partir da problematização, na concepção libertadora, busca-se produzir uma transformação, cuja base do processo de construção do conhecimento é a realidade das relações sociais, a concepção de mundo, as experiências, os valores, as crenças e as necessidades dos seres humanos envolvidos. Nesta construção, o que se almeja é a emancipação do ser humano, através de habilidades adquiridas para a observação, compreensão, avaliação e para o despertar da consciência crítica para criar e recriar realidades (FREIRE, 1977).

Assim, a educação problematizadora consegue ultrapassar os limites da educação enquanto disciplina social, passando a ser entendida como uma “forma de ler o mundo, refletir sobre essa leitura e reconta-lo, transformando-o pela ação consciente” (SAUPE; BRITO; GIORGI, 1998, p. 249).

Para Freire (1980), uma educação libertadora só acontece quando os seres humanos envolvidos desenvolvem consciência crítica da realidade vivenciada, deixando de vê-la como algo isolado e passando a vê-la como parte integrante de um todo político, social, econômico, dentre outros. Assim, a consciência crítica permite aos seres humanos a compreensão de que a realidade foi construída e, como toda construção humana, pode ser transformada. Para Freire (2005, p.114), o homem pode pensar o mundo de forma “estática” ou “dinâmica”, a depender da concepção de educação que vivencia.

Nessa perspectiva, a abordagem problematizadora está ancorada em uma visão dinâmica do mundo, pois se preocupa com a construção progressiva do conhecimento pelo próprio indivíduo, através da ação-reflexão-ação, e da prática-teoria-prática, a partir da sua realidade, de seus padrões culturais e de suas formas de pensar e agir.

Ao considerarmos que um processo educativo pode ser dinâmico ao ponto de desenvolver e fortalecer seres humanos no que se refere ao despertar para a consciência crítica, nos remetemos sem nenhuma dúvida a Freire (1980, p. 25), quando ressalta, com sabedoria, que “a educação como prática de liberdade é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade”, ou seja, ele argumenta que para que se conquiste o pensamento crítico sobre algo ou sobre determinada realidade é necessário questionar, dialogar, buscar novos conhecimentos e refletir sobre as ações desempenhadas frente a essa realidade. Quanto mais se reflete sobre algo, mais se analisa, mais se compreende e mais se pode contribuir para a transformação.

Sendo assim, um dos fundamentos desta abordagem consiste em compreender que a realidade é algo inacabado, que pode ser melhorado constantemente e a partir das necessidades dos sujeitos envolvidos, conscientes e reflexivos. Sob essa ótica, procurar alternativas para sobrepor essas necessidades não significa criar problemas, mas sim encontrar caminhos para resolvê-los (BORDENAVE, 1986).

Para Meurer (1998), quando os seres humanos encontram caminhos alternativos para resolver seus problemas, esses desenvolveram consciência da realidade que os cerca e das possibilidades de transformação e, para tal, acredita ser fundamental questionar, dialogar e refletir sobre as ações realizadas na prática diária constantemente.

Nesta perspectiva, para Freire (2005), o diálogo se faz fundamental; não um diálogo alienado, sem compromisso, mas real, transformador. Então, dialogicidade, neste sentido, passa a ser o exercício da palavra para todos. “O diálogo é o encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, porém, na relação eu-tu” (FREIRE, 2005, p. 91). Para este educador, o diálogo é uma exigência existencial, é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado (FREIRE, 2005). No intuito de que haja dialogicidade, principalmente enquanto possibilidade de um aprender recíproco, e com o objetivo de buscar processos de ação-reflexão-ação autênticos sobre a realidade, Freire (1999) propõe encontros onde todos os participantes possam usar da palavra, em condições de horizontalidade. “Um lugar onde todos tenham as mesmas oportunidades de ‘ler’ e ‘escrever’ o mundo; um

espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências e que possibilitem a construção coletiva do conhecimento” (FREIRE, 1999, p. 83).

É por meio das ações refletidas e dialogadas coletivamente, que o ser humano vai em busca de sua humanização, de ser mais. Freire, em seus escritos, deixa claro que não pode haver humanização, senão no mundo concreto do sujeito. Para Freire (1980), a humanização só pode ser conseguida pelas ações dos homens que se tornam denunciadores de uma realidade que desumaniza e oprime, e anunciadores da possibilidade de transformação dessa realidade opressora e desumanizante.

É sob essa perspectiva e com intencionalidade, que se entende que os participantes de um Grupo temático instauraram, a partir do diálogo horizontal, discussões sobre aspectos relacionados à própria realidade, instigados pelo facilitador, que articula os temas abordados, visando aprofundar as leituras de mundo dos participantes, bem como lhes proporciona re-leituras desse mundo, com caráter político e transformador. Assim, nessa perspectiva freireana entende-se a humanização enquanto o protagonismo desses sujeitos frente às suas realidades.

Em suma, “toda ação educativa deve ser precedida de uma reflexão sobre o homem e de uma análise do meio de vida concreta do homem concreto a quem queremos educar” (FREIRE, 1980, p. 34). A partir da pedagogia libertadora, os problemas da realidade são identificados e através da reflexão, soluções criativas e originais são encontradas, na perspectiva dos próprios sujeitos envolvidos.

3.2 MARCO CONCEITUAL

Uma vez que abordei no item anterior as idéias mais nucleares do referencial freireano, passo neste momento a estreitar um pouco mais a relação destes princípios gerais com a realidade do grupo em que este trabalho se insere enquanto Pesquisa Convergente-Assistencial. Então, apresento uma construção mental denominada por Neves e Gonçalves (1984) de marco conceitual, que procura ser aderente à prática educativa proposta com vistas à obtenção de informações para responder à questão de pesquisa.

O marco conceitual, em propostas desta natureza, é identificado como uma construção mental que comporta uma estrutura lógica de inter-relação entre os vários conceitos que o compõe, servindo para direcionar tanto pesquisas, quanto

práticas assistenciais ou educativas em enfermagem (MONTICELLI, 1994). Tal marco, nesta perspectiva, engloba os **pressupostos básicos** que servirão de “guia” para a elaboração dos conceitos, bem como os **conceitos componentes do marco** propriamente ditos.

Entendo pressupostos como a “exposição enunciada de crenças e valores do autor” (LEOPARDI, 1995, p.51). Assim, elegi pressupostos provenientes, tanto da minha experiência pessoal e profissional, quanto do referencial da Pedagogia Libertadora.

Conceitos são entendidos como abstrações, representações mentais sobre determinado aspecto da realidade e que influenciam nossas decisões e nossas ações (TRENTINI; PAIM, 2004). No contexto do presente trabalho tais conceitos servem então para guiar a Pesquisa Convergente-Assistencial, mantendo-a dentro do recorte proposto.

Pressupostos básicos

- Os grupos de gestantes e/ou casais grávidos são espaços temáticos e coletivos de reflexão, onde os participantes trocam experiências advindas da própria realidade e podem ser estimulados a uma leitura crítica da mesma, construindo novas expectativas de participações durante o parto e o nascimento.
- As gestantes e seus acompanhantes são sujeitos ativos nos processos de parto e nascimento; providos de direitos, são críticos, reflexivos e podem ser fortalecidos através de práticas educativas.
- A prática educativa é um processo coletivo e é efetivo quando todos os participantes dialogam, compartilham experiências e refletem sobre as possibilidades de transformação do seu modo de ver o mundo.
- A prática educativa pode ser articulada pela enfermeira facilitadora através de oficinas planejadas a partir da Pedagogia Libertadora e da Metodologia Problematizadora.
- Através da relação dialógica vivenciada em oficinas temáticas as gestantes e seus acompanhantes compartilham suas crenças, valores, conhecimentos e experiências, promovendo uma reflexão crítica das suas realidades e vislumbrando possibilidades de transformação das mesmas.

- O diálogo proporcionado em espaços coletivos como grupo de gestantes ou casais grávidos favorece o processo de ação-reflexão-ação.
- Metodologias problematizadoras são estratégias dialógicas coerentes com os princípios da pedagogia libertadora e contribuem para o debate em torno dos modos de participação das gestantes e seus acompanhantes durante o processo do nascimento que ocorre dentro das instituições de saúde.
- A enfermeira atua constantemente como facilitadora e articuladora do processo dialógico que toma lugar em espaços coletivos, à exemplo das oficinas realizadas com grupos de gestantes ou casais grávidos.

Conceitos inter-relacionados

SER HUMANO

É um ser histórico e social que, ao relacionar-se com o outro e com o mundo, tem capacidade de refletir, criar, recriar e transformar a si próprio e a seu mundo. É inconcluso e em permanente processo de construção. É um ser que, ao educar-se, busca constantemente transcender, libertar-se (FREIRE, 2005). Além disso, é um ser crítico e reflexivo que, através do diálogo, está sempre disposto a rever seus posicionamentos. Procura se inserir e se integrar na realidade para transformá-la. É um ser permanentemente capaz de ação-reflexão-ação, isso é, através do diálogo, pode transformar a si próprio e a seu mundo (FREIRE, 2005).

Os seres humanos envolvidos neste estudo são as gestantes e seus acompanhantes, como participantes diretos, e a enfermeira, como facilitadora das reflexões realizadas no “Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC”.

A **enfermeira** é um ser social, crítico, reflexivo e ético, que possui conhecimentos e habilidades técnico-científicas. Como facilitadora da prática educativa, através do diálogo horizontal, articula os conhecimentos do grupo com intencionalidade, na busca da consciência crítica para a transformação da realidade vivenciada pelas gestantes e seus acompanhantes em direção à humanização do parto e do nascimento, sobre a perspectiva da autonomia dos sujeitos diretos.

As **gestantes** são seres humanos, mulheres, que vivenciam, desde a concepção até o parto, intensas modificações físicas, emocionais e sociais. São seres humanos que buscam, através do diálogo e a partir das suas realidades, a

troca de experiências e a construção de novos conhecimentos, de forma crítica e reflexiva. São sujeitos de suas histórias, identificados como seres de ação-reflexão-ação no e com o mundo. Buscam fortalecerem-se para participarem ativamente durante os partos e os nascimentos de seus filhos, em colaboração com a equipe de saúde e com seus acompanhantes.

Possuem direitos relacionados ao parto e ao nascimento humanizados, bem como potencialidades para transformar a realidade institucional, a partir da leitura crítica da mesma, em diálogo com seus acompanhantes e com a enfermeira facilitadora, durante as oficinas que compõem a prática educativa articulada no “Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC”.

Compreendo os **acompanhantes das gestantes** (homens e mulheres) como seres humanos que se identificam como significativos para elas. São unidos por laços de consangüinidade, interesse ou afetividade com as gestantes. Podem vivenciar, juntamente com elas, desde a concepção até o parto, intensas modificações físicas, emocionais e sociais. Através do diálogo e da troca de experiências, contribuem ativamente para a reflexão do Grupo e para a transformação da realidade. São seres capazes de participar do processo de ação-reflexão-ação do Grupo.

Entendo o **grupo de gestantes ou casais grávidos** como um conjunto de seres humanos unidos por interesses comuns, que ao relacionarem-se uns com os outros, durante as oficinas, podem refletir criticamente sobre as suas realidades e assim contribuir para transformações dentro da esfera que os une, sempre mediados pelo diálogo. São, portanto, seres de ação-reflexão-ação.

Para Freire (1999), coletivamente, os seres humanos podem problematizar a realidade do seu mundo, através de um método ativo, dialogal, horizontal, crítico e participante.

Nesse estudo o “Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC” é estimulado a criar significados para seus encontros (oficinas), problematizando coletivamente a realidade vivenciada, como seres humanos providos de direitos e com potencialidades para a transformação social, mediada pelo diálogo.

AMBIENTE

O ambiente é constituído por todos os seres humanos envolvidos na prática educativa e as relações existentes entre eles. Abrange o contexto físico, social, cultural, econômico e político em que os seres humanos estão inseridos e se relacionam, transformando-os e sendo transformados, de forma contínua e dinâmica.

Nesse estudo o ambiente é constituído pela realidade do seres humanos envolvidos, pela sua comunidade, pelo mundo em que vivem, pelo “Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC” e pela instituição que escolherem para vivenciar o parto e o nascimento. É o espaço onde esses seres humanos interagem, refletem, criam, recriam e vislumbram possibilidades de transformar a realidade da qual fazem parte.

PRÁTICA EDUCATIVA

É um processo coletivo de desvelamento da realidade que cerca os seres humanos, a partir das suas próprias necessidades. Para Freire (1996), é a busca democrática pela consciência crítica, pela autonomia intelectual; é a ação prática transformadora através da teoria trabalhada. A educação como prática de liberdade é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade (FREIRE, 2005).

Nesse estudo, considerando-se que “escolhas” envolvem “conhecimentos”, a prática educativa é entendida como uma estratégia que envolve diálogos e reflexões coletivas, visando propiciar caminhos de transformação da realidade em que se inserem as gestantes e seus acompanhantes participantes do “Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC”, sendo articulada através de oficinas temáticas e significativas para o Grupo.

A enfermeira desempenha o papel de facilitadora do processo educativo no ambiente relacional do grupo.

PARTICIPAÇÃO

Para Bordenave e Pereira (1991) a participação é o caminho para o ser humano realizar, fazer coisas, afirmar-se, transformar a sua realidade. Para Freire (2005), sendo o ser humano sujeito de sua história, ele toma decisões à medida que vai construindo o conhecimento que julga importante, participando através da ação-reflexão-ação e interferindo na realidade para transformá-la.

Entendo que as gestantes e seus acompanhantes, ao conhecerem seus direitos e ao refletirem sobre as várias alternativas de procedimentos técnicos adotados nas práticas obstétricas institucionais, sentem-se fortalecidos para tomar decisões como sujeitos ativos, vislumbrando possibilidades de transformação consciente da realidade. Nesse estudo, as participações dos sujeitos durante o parto e o nascimento são decididas por eles, a partir da problematização da realidade vivenciada e da ação-reflexão-ação do próprio grupo, mediatizado pela facilitação e articulação da enfermeira.

HUMANIZAÇÃO

Na concepção de Freire (2005), humanização significa a libertação do homem da submissão, da passividade. Por meio da educação, o homem busca a sua emancipação e exercita sua cidadania (FREIRE, 1980). “A humanização é a busca do homem pelo ser mais e deve aparecer como desafio para sua emancipação” (FREIRE, 2005, p.86).

No setor saúde, contexto em que esse estudo está direcionado, o termo humanização vem sendo utilizado com variados significados. Segundo o Ministério da Saúde, a humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos e de direitos de usuários do setor saúde (BRASIL, 2005a).

Considerando que o termo humanização tem muitos significados, neste estudo, busco, como enfermeira-pesquisadora, vivenciar a perspectiva freireana através de uma prática educativa que objetiva a emancipação e fortalecimento das gestantes e seus acompanhantes e, que considerando seus direitos, possibilita a transformação das suas realidades, para que elaborem expectativas de participação em direção a partos e nascimentos humanizados.

Entendo por **parto e nascimento humanizados no contexto institucional**, a adoção de um conjunto de práticas que garantam à gestante e ao seu acompanhante o protagonismo durante o processo. Às práticas obstétricas consideradas seguras, com base em evidências científicas, juntam-se o respeito ao ser humano como sujeito crítico, reflexivo e provido de direitos.

Através do diálogo, as gestantes e seus acompanhantes tomam decisões em colaboração com a equipe de saúde. O respeito ao processo fisiológico e às

particularidades de cada nascimento, tornam criterioso o uso dos recursos tecnológicos existentes.

Assim, a humanização do parto e do nascimento é considerada a partir da perspectiva do “Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC” que, problematizando a realidade vivenciada, como sujeitos de direitos, tornam-se um grupo de ação-reflexão-ação.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

A partir da Carta de Ottawa (1986) a promoção da saúde é pautada em um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, com maior participação nesse processo. Assim, a promoção da saúde deixa de ser responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A promoção da saúde constitui-se num modo de ver a saúde e a doença e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes para ajudar a romper com a hegemonia do modelo biomédico, uma vez que intensifica as ações das estratégias de promoção no cotidiano dos serviços de saúde, promovendo a autonomia dos usuários desses serviços e dos profissionais, para que possam compreender a saúde como resultante das condições de vida, propiciando um desenvolvimento social mais eqüitativo (HEIDMANN et al., 2006).

Para Lefevre e Lefevre (2004) a promoção da saúde depende de uma atitude cognitiva, reflexiva e crítica dos indivíduos, frente às situações que ameaçam seu bem-estar. É a socialização da informação para o exercício da cidadania.

Nessa proposta a reflexão crítica da realidade viabiliza a busca pela informação e, assim, pela participação nas decisões que envolvem o processo de parto e de nascimento na maternidade. Através da construção coletiva do conhecimento e da reflexão sobre seus direitos, as gestantes e seus acompanhantes sentem-se fortalecidos para a tomada de decisões, para a reivindicação de seus direitos junto às instituições de saúde e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de seus potenciais para decidir parir e nascer sob o ideário da humanização.

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo convergente-assistencial (PCA). Esta modalidade de investigação foi especialmente formulada por Trentini e Paim (1999; 2004) para ser implementada por profissionais de saúde e, particularmente, por enfermeiras. A PCA é um método que está orientado para a resolução ou minimização de problemas da prática que a enfermeira enfrenta e nas possibilidades de mudança e de introdução de inovações nas práticas de saúde.

É um tipo de pesquisa que é desenvolvido de modo concomitante com a prática assistencial ou com a prática educativa de enfermagem, já que sua principal característica é a convergência com estas práticas (TRENTINI; PAIM, 2004). No caso da presente pesquisa, ela consubstancia-se por meio de uma prática educativa realizada sob a forma de oficinas temáticas, sendo articulada por mim junto a um grupo de gestantes e seus acompanhantes.

Durante a operacionalização da prática educativa, desenvolvida em duas edições desse grupo, coletei dados com a finalidade de responder às perguntas de pesquisa. “A prática de educar, então, passou a ser o meio para se buscar as informações necessárias que iriam alimentar as indagações processadas pela pesquisa” (GUIMARÃES, 2006, p.92). De acordo com Trentini e Paim (2004, p. 11) “trata-se de uma pesquisa simples e exeqüível que pode ser implementada juntamente com as atividades profissionais cotidianas dos profissionais de saúde, em especial, das enfermeiras e enfermeiros”.

4.1 LOCAL, CONTEXTO E PRELIMINARES DO ESTUDO

O local onde este estudo ocorreu foi junto ao “Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC”. Este grupo se caracteriza como um Projeto de Extensão do Departamento de Enfermagem/UFSC que, desde 1996, atua com a intencionalidade de promover a troca de experiências entre os participantes, a aquisição de novos conhecimentos e o

reconhecimento do espaço físico da maternidade do HU, possibilitando uma observação completa, incluindo o interior do Centro Obstétrico. É coordenado por duas professoras do Departamento de Enfermagem da UFSC e conta com a colaboração de docentes do Departamento de Psicologia da mesma universidade, além de profissionais vinculados à maternidade do HU e de uma bolsista de extensão.

Atualmente, as atividades do grupo são organizadas por duas enfermeiras docentes do Departamento de Enfermagem, por uma assistente social, uma psicóloga e uma bolsista (graduanda do Curso de Enfermagem da UFSC). Os encontros do grupo ocorrem semanalmente, nas quartas ou quintas-feiras (a depender da disponibilidade das profissionais envolvidas e em acordo prévio com os participantes), das 14 às 18 horas, na sala do Grêmio do HU, durante oito semanas consecutivas.

São disponibilizados à comunidade em geral, quatro grupos por ano, sendo dois no primeiro semestre e dois no segundo, considerando-se o calendário acadêmico da UFSC. Nessas oportunidades são oferecidas 20 vagas para cada grupo, preenchidas com gestantes que se encontram entre o 3º e o 7º mês de gestação e seus acompanhantes. Ressalta-se aqui que as 20 vagas são oferecidas às gestantes e que elas podem e são estimuladas a trazerem um acompanhante de sua escolha, podendo haver assim, até 40 participantes em cada Grupo (20 gestantes e 20 acompanhantes). A divulgação do grupo é feita através de cartazes afixados no HU, sempre com 30 dias de antecedência do 1º encontro. Também podem participar do grupo, profissionais de saúde em geral que atuam na rede pública ou privada, bem como acadêmicos vinculados à UFSC que, por algum motivo, manifestem interesse pelas atividades desenvolvidas (SANTOS; ZAMPIERI; CUSTÓDIO, 1996).

Tradicionalmente, cada encontro é dividido em três momentos distintos. O primeiro momento, com aproximadamente uma hora e quinze minutos de duração, é denominado “conscientização corporal” e tem por objetivo a realização de algumas técnicas de respiração e relaxamento para os integrantes participantes do grupo. Esse momento é conduzido por uma docente vinculada ao Departamento de Psicologia. O segundo momento, com aproximadamente 30 minutos de duração, é o momento do “lanche”, onde o grupo compartilha alimentos trazidos pelos próprios integrantes e exercita o diálogo, pois, segundo as coordenadoras, o momento facilita o entrosamento dos participantes. O terceiro momento, com aproximadamente duas horas e trinta minutos de duração é denominado “momento de teorização”, onde são discutidos os assuntos de interesse dos participantes (SANTOS; ZAMPIERI;

CUSTÓDIO, 1996). Essa etapa é conduzida alternadamente pelas docentes do Departamento de Enfermagem, pela psicóloga vinculada ao HU e pela docente vinculada ao Departamento de Psicologia, sendo que esta última acompanha todos os encontros, em tempo integral.

Os assuntos discutidos nos momentos de teorização são definidos pelo próprio grupo, no primeiro encontro, através da elaboração de cartazes que visam a expressão dos sentimentos e necessidades individuais e coletivas dos participantes. Posteriormente, e a partir das definições do grupo, as profissionais coordenadoras⁴ montam um cronograma, onde os conteúdos são desenvolvidos por exposição dialogada, reflexão e discussão dos temas, trocas de experiências, através de vídeos educativos, dinâmicas de grupo, ou mesmo exposição prática das atividades, com caráter educativo. Durante o desenvolvimento dos conteúdos, as profissionais coordenadoras podem contar com a participação de alguns profissionais da equipe interdisciplinar da maternidade do HU, docentes do Departamento de Enfermagem ou ainda acadêmicos dos cursos de Psicologia e Enfermagem da mesma universidade (SANTOS; ZAMPIERI; CUSTÓDIO, 1996). Embora desenvolvida de forma dinâmica, segundo as coordenadoras do grupo, a proposta não se sustenta, de modo sistemático, em um referencial teórico.

De modo geral, a ocorrência dos sete primeiros encontros propostos acontece sob essa mesma forma de organização; porém o último (oitavo encontro) é diferenciado e consta de uma visita às dependências da maternidade do HU/UFSC, que oferece aos participantes a oportunidade de observação completa do cenário onde o parto e o nascimento ocorrerão em nível institucional, seguida de uma confraternização entre os integrantes do grupo. Nessa oportunidade acontece também o agendamento de um encontro para pais, familiares e bebês, que deverá acontecer no puerpério tardio, ou seja, um mês após a última gestante participante do grupo ter dado à luz. Esse encontro é complementar e não há programação prévia de atividades (SANTOS; ZAMPIERI; CUSTÓDIO, 1996). Ao final de cada grupo, os participantes contribuem com uma avaliação escrita em relação à compreensão dos temas abordados, à atuação dos profissionais, às metodologias utilizadas e ao local de realização dos encontros.

⁴ As profissionais responsáveis pelo Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC são referenciadas no texto como profissional(is) coordenadora(s) do grupo ou ainda como profissional(is) coordenadora(s) do Projeto.

Tradicionalmente, os grupos são compostos por pessoas de diferentes extratos sociais e instrucionais. Assim, as gestantes realizam as consultas de pré-natal na rede pública e privada e, portanto, escolhem diferentes instituições de saúde para o parto e o nascimento de seus filhos. Outro fator que caracteriza o grupo, segundo suas organizadoras, é a diversidade cultural que os participantes expressam durante os encontros.

Em minha avaliação este local e cenário se tornou o mais indicado para a realização da PCA porque serviu de meio para a promoção do diálogo entre as gestantes e seus acompanhantes, no sentido de promovê-los como agentes ativos durante o parto e o nascimento, uma vez que essas pessoas encontravam-se unidas por interesses comuns. Também entendo que este Grupo, como Projeto de Extensão da UFSC, consubstancia-se num ambiente favorável para a construção coletiva de conhecimentos, onde se tem o privilégio de contar com a participação e importante contribuição das profissionais envolvidas.

Ao desenvolver a presente proposta, como enfermeira facilitadora da prática educativa e pesquisadora no ambiente relacional do grupo, desde o início, me propus a realizar oficinas temáticas com as gestantes e seus acompanhantes, em regime de colaboração, convidando as demais profissionais a serem “co-partícipes” no processo. O fato de ter me inserido neste contexto a partir de março de 2006 – ainda antes de iniciar a operacionalização da prática educativa esboçada para servir de base à minha dissertação de mestrado – possibilitou, além do acompanhamento de uma edição inteira de um Grupo, o envolvimento interativo e dialógico com a equipe coordenadora (ou seja, as profissionais que compõem o Grupo, tradicionalmente), bem como a negociação das formas de atuação, integração e participação das profissionais na proposta que iria desenvolver posteriormente. Esta minha introdução inicial, com o intuito de conhecer o Grupo e me deixar conhecer, ocorreu de março a abril de 2006. Contudo, a prática educativa efetivamente conduzida por mim, com pretensões investigativas, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da UFSC, ocorreu em duas edições do Grupo, com vigência entre os meses de agosto e setembro e, posteriormente, entre os meses de outubro e dezembro de 2006.

Conforme registrei anteriormente, em negociação com as coordenadoras do Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC, em momento preliminar, planejamos para a implementação dessa proposta, em cada uma das duas edições do Grupo vivenciadas, o desenvolvimento de nove oficinas, ou seja, resolvemos

acrescentar mais um encontro à pauta já realizada rotineiramente pelas coordenadoras. Nestas oficinas adicionais, combinamos que seriam realizadas sínteses finais da proposta desenvolvida, envolvendo todas as gestantes e seus acompanhantes que fizessem parte dessas edições do Grupo. Embora se reconhecesse que diversas “sínteses” seriam efetuadas em cada uma das oficinas, acreditou-se que análises finais seriam recomendadas, uma vez que, nestes momentos, as pessoas que estariam integrando as edições do Grupo já se conheceriam melhor, tendo graus maiores de intimidade e já estariam imbuídas dos objetivos a serem alcançados em direção às possibilidades de participação durante o parto e o nascimento na instituição hospitalar.

Nesta negociação que fizemos, acolhi para a operacionalização das oficinas, nas duas edições do Grupo que serviram de base para a coleta de dados da minha pesquisa, a dinâmica dos três “momentos” já desenvolvida pelas coordenadoras do Grupo (“conscientização corporal”, “lanche” e “teorização”), acrescentando um “quarto momento” para avaliação das atividades. Também propus que em cada uma das oficinas, fizéssemos ainda a introdução das cinco etapas do “Arco da problematização” (BERBEL, 1999; BORDENAVE; PEREIRA, 1991), pois pretendia que as etapas de “observação da realidade”, “levantamento dos pontos-chave”, “teorização do problema”, “formulação de hipóteses” e “modos de intervenção na realidade” fossem distribuídas ao longo das oficinas. Uma vez acertados os passos preliminares mais importantes, os ajustes específicos foram feitos então no decorrer da prática educativa com o grupo.

As profissionais participaram de forma integrada e colaborativa, integrando-se na metodologia como técnicas especialistas na discussão das temáticas propostas pelas gestantes e seus acompanhantes, bem como no papel de promotoras das sessões de relaxamento que antecederiam cada oficina, além de colaborarem comigo, enquanto enfermeira facilitadora, no estímulo e condução de cada uma das etapas da operacionalização da proposta com o grupo, cujo recorte será apresentado a seguir, ainda neste capítulo.

4.2 SUJEITOS PARTICIPANTES

Os sujeitos do estudo foram as gestantes e seus acompanhantes que participaram do “Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC”. Conforme esclareci anteriormente, a Pesquisa Convergente-Assistencial foi conduzida, de modo sistemático, em duas edições do Grupo, por meio da prática educativa.

Ao integrarem as edições de número 41 e 42 do “Grupo” (compreendidas para os efeitos desta dissertação como sendo 1ª e 2ª edição, respectivamente), realizadas entre agosto e setembro e posteriormente, entre outubro e dezembro de 2006, as gestantes e seus acompanhantes acolheram a sugestão feita por mim e manifestaram interesse em refletir, no cenário do Grupo, sobre suas participações no parto e nascimento, durante o processo de internação hospitalar. Não foi estabelecido número mínimo de participantes e a seleção se deu através da concordância explícita em participar da proposta, após conhecerem seus objetivos, intencionalidades e modos de participação.

Assim, participaram desta pesquisa 51 sujeitos, sendo que 21 integraram a 1ª edição do Grupo (15 gestantes e 06 acompanhantes homens) e 30 integraram a 2ª edição do Grupo (20 gestantes, 08 acompanhantes homens e 02 acompanhantes mulheres).

A seguir apresento de forma mais detalhada os sujeitos participantes da pesquisa. Para preservar as suas identidades, adotei nomes fictícios (nomes de flores).

Quadro 1* – Sujeitos participantes da 1ª edição do Grupo de prática educativa. Florianópolis, agosto/setembro 2006.

Gestante	Idade	Estado Marital	Acompanhante nas oficinas	Naturalidade	Grau de Instrução	Gesta	Para
1. Celósia	30	Viúva	Não	Peru	3º grau	I	0
2. Hortência	23	Casada	Não	Florianópolis	3º grau	I	0
3. Copo de Leite	39	Casada	Marido Girassol	Florianópolis	3º grau	II	I
4. Margarida	24	Solteira	Não	São Paulo	2º grau	II	0
5. Tulipa	27	Casada	Marido Gerânio	Interior de SC	3º grau	II	0
6. Rosa	32	Casada	Marido Lírio	Paraguai	Estudante de pós-graduação	I	0
7. Orquídea	33	Casada	Não	Vale do Itajaí	3º grau	I	0
8. Gérbera	30	Casada	Não	Florianópolis	Estudante de pós-graduação	I	0
9. Bromélia	31	União estável	Companheiro Anis	Florianópolis	3º grau	I	0
10. Crisântemo (a partir da 2ª oficina)	32	União estável	Não	Rio Grande do Sul	3º grau	I	0
11. Zênia (a partir da 6ª oficina)	23	Solteira	Não	Florianópolis	3º grau	I	0
12. Prímula (a partir da 6ª oficina)	24	Casada	Marido Sécia	Florianópolis	3º grau	I	0
13. Cravo	25	União estável	Não	Florianópolis	2º grau	I	0
14. Amor-Perfeito	28	casada	Não	Interior de SC	3º grau	I	0
15. Calêndula	26	Casada	Marido Capuchinha	Rio Grande do Sul	3º grau	I	0

* Na primeira coluna à esquerda constam os nomes (fictícios) das gestantes, sendo que abaixo de alguns desses nomes são registradas observações relacionadas às que entraram no grupo durante o decorrer do mesmo. Na quarta coluna identificam-se então os acompanhantes. Para finalizar, anoto nas duas últimas colunas à direita o número de gestações (GESTA) e número de partos anteriores (PARA). A mesma estrutura foi mantida para a descrição apresentada no Quadro 2.

Quadro 2 – Sujeitos participantes da 2ª edição do Grupo de prática educativa. Florianópolis, outubro/dezembro 2006.

Gestante	Id	Estado Marital	Acompanhante nas oficinas	Naturalidade	Grau de Instrução	Gesta	Para
1. Acácia	23 anos	solteira	Companheiro Dendron	Interior de SC	3º grau	I	0
2. Camélia	19 anos	solteira	Não	Alto Vale do Itajaí	3º grau	I	0
3. Dália	28 anos	casada	Não	São Paulo	2º grau	I	0
4. Jasmim	31 anos	solteira	Companheiro Delfim	Argentina	3º grau	I	0
5. Magnólia	25 anos	solteira	Não	Mato Grosso do Sul	3º grau	I	0
6. Sempre-Viva	21 anos	solteira	Não	Florianópolis	2º grau	I	0
7. Angélica	26 anos	casada	Marido Alluim	Florianópolis	3º grau	II	I
8. Gloriosa	22 anos	casada	Marido Eremurus	São Paulo	2º grau	I	0
9. Blue	27 anos	casada	Marido Flox	Florianópolis	2º grau	I	0
10. Chuva de Prata	31 anos	casada	Não	Paraná	3º grau	I	0
11. Estrelícia	35 anos	casada	Não	Florianópolis	3º grau	II	0
12. Papoula	29 anos	divorciada	Companheiro Narciso	Interior de SC	3º grau	II	0
13. Amarilis	25 anos	casada	Não	Florianópolis	2º grau	I	0
14. Genistra	29 anos	casada	Marido Cerejeira	Florianópolis	3º grau	I	0
15. Miosótis	32 anos	casada	Não	Florianópolis	3º grau	I	0
16. Alépnea	25 anos	casada	Amiga Anemona	Rio Grande do Sul	3º grau	II	I
17. Flor da Noite	34 anos	casada	Marido Astromeia	Rio Grande do Sul	3º grau	I	0
18. Frésia	36 anos	casada	Madrinha do bebê Esporinha	Interior de SC	3º grau	I	0
19. Bouvardia	23 anos	solteira	Não	Florianópolis	3º grau	II	0
20. Camomila	25 anos	solteira	Não	Rio Grande do Sul	2º grau	I	0

4.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

Uma vez que este estudo se consubstancia em uma Pesquisa Convergente-Assistencial, que tem como principal característica o fato da coleta de dados acontecer no decorrer da prática educativa mediada pela enfermeira, considero necessário fundamentar esta vinculação entre educação e investigação. Para isto, apoio-me em Guimarães (2006), passando a descrever o que esta autora denomina

como sendo a “trajetória da Pesquisa Convergente-Assistencial”. Assim, neste item, descrevo pormenorizadamente **como se dá o processo investigativo utilizando as etapas da prática educativa** com as gestantes e seus acompanhantes, enquanto estratégia de coleta de dados para responder às perguntas de pesquisa.

Tal como Guimarães (2006, p.103), acredito que esta descrição é imprescindível, “pois contém os ingredientes básicos da coleta de dados e, principalmente, as técnicas destinadas a obter informações para a pesquisa convergente de enfermagem” que, no presente estudo, envolve o “Arco” de Charles Maguerez (BERBEL, 1999; BORDENAVE, 1986). Também apresento a dinâmica adotada para o registro dos dados e descrevo como realizei o processo de organização e análise dos dados da pesquisa. Com esta forma de apresentação, tenho a intenção de demonstrar que “a PCA se revela pelos movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, de forma a criar espaços de superposição com a assistência” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 72).

Assim, como sugere Guimarães (2006), gostaria de ressaltar que esta forma de apresentação do item tem um caráter essencialmente didático, uma vez que, na realidade, as ações de educar e pesquisar acontecem de modo concomitante, ativo, dinâmico e com etapas interligadas, havendo apenas um momento final mais sistemático, denso e rigoroso no que diz respeito à interpretação e análise dos dados da PCA.

4.3.1 A trajetória da Pesquisa Convergente-Assistencial

A coleta de dados da pesquisa foi feita através da prática educativa com as gestantes e seus acompanhantes que participaram de duas edições do Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC, utilizando-se basicamente, para tal, a aplicação do “Arco da problematização” de Charles Maguerez. Esta ferramenta será descrita quando eu apresentar as etapas componentes da prática educativa que envolve: o levantamento da realidade vivida; o levantamento dos pontos-chave; a apropriação de instrumentos teóricos e práticos necessários para resolução dos problemas levantados pelo grupo; a busca por hipóteses de solução; e a perspectiva de aplicação à realidade.

Esta estratégia foi escolhida por mostrar coerência com a PCA, com o objetivo deste estudo e por ser consistente com os princípios gerais da Pedagogia

Libertadora, uma vez que ela instiga a capacidade de seus participantes no sentido da pró-atividade em direção à transformação social. Bordenave e Pereira (1991) destacam que a educação problematizadora, pela sua essência, não tem uma forma pré-concebida de intervenção e nem mesmo técnicas fixas. O que se tem neste tipo de proposta é uma “trajetória pedagógica” que possibilita a operacionalização da Pedagogia Libertadora, concretizada neste estudo, através do marco conceitual anteriormente formulado.

Este “tipo de caminhada” requer criatividade, reflexão sobre a realidade vivenciada pelos participantes do grupo (gestantes, acompanhantes e enfermeira facilitadora) e uma constante retro-alimentação entre os aspectos teóricos e a técnica utilizada. Através das etapas do “Arco” procurei estimular os seres humanos envolvidos para um olhar crítico das suas realidades e para a busca individual e coletiva de possibilidades de transformação, sempre mediadas pelo diálogo. Entendo que o desenvolvimento desta trajetória, em comum acordo com seus participantes, através da prática do diálogo, propiciou um solo fértil para que ali germinassem movimentos de ação-reflexão-ação que, por sua vez, revelou (e, quiçá, possam transformar) as expectativas de participações das gestantes e seus acompanhantes sobre o parto e o nascimento institucionalizados. Esta foi sem dúvida a contribuição mais relevante do presente trabalho.

As **cinco etapas de cada oficina** que compõem a prática educativa vivenciada nas duas edições do Grupo (num total de 18 oficinas, ou seja, 9 oficinas em cada uma das edições), realizadas sob os trilhos do “Arco da problematização”, serão abordadas a seguir, conforme foram operacionalizadas na prática com o Grupo.

Para dar um contorno geral da metodologia que foi colocada em prática com o grupo de gestantes e seus acompanhantes, discorro primeiramente sobre as cinco etapas que compõem o “Arco da problematização” para, em seguida, explicar como elas foram operacionalizadas durante as oficinas propostas.

O ponto de partida, ou seja, a **primeira etapa** consiste no levantamento da realidade vivida. Trata-se daquela parcela da realidade onde o tema que está sendo trabalhado acontece na vida dos participantes do grupo. Em uma primeira leitura dessa realidade, os participantes (as gestantes e seus acompanhantes) foram estimulados para expressar suas idéias e percepções sobre o tema, escolhendo os assuntos que seriam problematizados, discutidos, pensados e repensados. Esta etapa foi aprofundada, especialmente, nas primeiras oficinas de cada uma das

edições do Grupo. Assim, nessas primeiras oficinas (da 1ª e 2ª edição do Grupo), os participantes foram estimulados a construir, divididos em 3 ou 4 subgrupos, cartazes com os assuntos que gostariam de compartilhar durante as próximas oficinas.

Apesar de minha percepção enquanto pesquisadora e de já possuir algumas inquietações (já apontadas na introdução do presente projeto), não defini previamente os temas a serem abordados durante as oficinas, mas sim, assumi um papel de articuladora dos temas levantados a partir da realidade dos participantes.

Na **segunda etapa** são apontados os pontos-chave dos problemas ou temas levantados, destacando o que realmente é significativo para o grupo. Trata-se de um momento de síntese, de definir o que seria estudado sobre cada problema, bem como os aspectos que precisariam ser conhecidos e melhor compreendidos, buscando soluções para os problemas levantados. Esta etapa de levantamento dos pontos-chave também foi obtida, especialmente, nas primeiras oficinas desenvolvidas com o grupo de gestantes e seus acompanhantes, nas duas edições já citadas. Após a construção inicial dos temas de interesse pelos subgrupos, o grande grupo foi então encorajado a eleger seis temas que lhes pareceram mais significativos para as futuras discussões, lembrando que a oitava oficina foi uma visita à maternidade do HU e a nona, uma oficina de complementação, onde foi trabalhado o tema “participação durante o parto e o nascimento institucionalizados”, como fechamento das atividades. Mas também em relação a isso se dialogou com os participantes sobre o desejo em realizarem tal proposta.

Essa etapa é, na prática, um momento de síntese, de negociação do grupo acerca do(s) ponto(s) considerado(s) mais importante(s) dentro de cada “tema” ou “problema” levantado. Porém, entendeu-se que apesar dessa etapa ter sido especialmente estimulada nas primeiras oficinas, ela poderia ser retomada em todas as oficinas, uma vez que a síntese seria fundamental para que acontecesse a reflexão.

A **terceira etapa** constituiu-se da apropriação de instrumentos teóricos e práticos necessários para resolução dos problemas levantados pelo grupo, a partir da realidade de cada participante. Nessa ocasião os participantes trabalharam novos conhecimentos, de forma reflexiva e crítica, ou seja, o grupo foi adquirindo sustentação para definir de que forma pretendia participar durante a realização do parto e nascimento dentro das instituições de saúde (entendido aqui enquanto suas expectativas). As profissionais coordenadoras do Projeto participaram através do

suporte teórico para os temas discutidos. Esta etapa foi colocada em prática da segunda à nona oficina.

Na **quarta etapa** os participantes do grupo buscaram hipóteses de solução para os problemas teorizados. Esta etapa permitiu ainda a análise da viabilidade das ações propostas, bem como a oportunidade do grupo decidir, priorizar e planejar ações. O grupo, após essa análise, percebeu que toda ação sofria interferência de condicionantes externos, que possibilitavam ou não sua execução. Esta etapa do “Arco” aconteceu em todas as oficinas, mas foi especialmente estimulada durante o desenvolvimento da nona.

A **quinta e última etapa** possibilitou, então, que se vislumbrassem possibilidades para a intervenção na realidade. Os participantes, a partir das hipóteses consideradas como viáveis de serem operacionalizadas, tiveram a oportunidade de debater sobre as expectativas de humanização da assistência, relacionada ao momento em que estariam na instituição hospitalar para o nascimento dos filhos. Ressalto que durante a implementação do presente estudo não analisei as intervenções em si, mas as expectativas das gestantes e seus acompanhantes em relação a elas. Esta última etapa também ocorreu em todas as oficinas. Porém, estimulei com maior ênfase, no decorrer da nona oficina.

Cada uma das 18 oficinas vivenciadas foi planejada por meio de um amplo processo educativo/reflexivo, assim estruturado:

- “1º momento” - relaxamento de acolhimento: momento em que se preparou o ambiente, buscando torná-lo acolhedor. Na primeira oficina, esse momento inicial foi organizado através de uma dinâmica de apresentação dos participantes. Da segunda à sétima oficina, foram realizadas técnicas de “conscientização corporal”, em colaboração com as demais profissionais coordenadoras do Projeto. Na nona oficina, em particular, foi realizada como relaxamento de acolhimento, uma dinâmica de grupo relacionada ao tema participação;
- “2º momento” - lanche: momento de confraternização do grupo, onde cada participante trouxe alimentos para compartilhar com os demais colegas, conforme sua disponibilidade. Esse momento aconteceu em todas as oficinas, no horário que o grupo decidiu como sendo o mais apropriado;
- “3º momento” - atividade central: foi neste momento que, ao longo das oficinas, as etapas do “arco da problematização”, descritas acima, foram desenvolvidas

(levantamento dos problemas, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e possibilidades de aplicação à realidade);

- “4º momento” - fechamento: momento em que cada um dos participantes foi convidado a avaliar cada oficina, propondo alternativas para as vindouras, bem como estimulados a expressarem seus sentimentos com relação ao encontro.

Durante o decorrer das oficinas, gravadas em fita cassete para posterior transcrição e, imediatamente após, realizei registros escritos em um diário de campo, contendo dados relacionados aos aspectos teórico-metodológicos envolvidos, bem como anotações de todos os diálogos mantidos e discussões levantadas sobre os temas de interesse dos participantes, além do registro dos movimentos interativos que ocorreram, através da comunicação verbal e não verbal entre os membros do grupo. Também abordei as reflexões teóricas que foram surgindo.

4.3.2 Procedimentos adotados para a organização e análise dos dados da pesquisa

A organização dos dados advindos da prática educativa apresentou-se como uma das etapas desta pesquisa que exigiu maior esforço físico e mental, o que para Trentini e Paim (2004) é esperado para pesquisadores iniciantes, pois como as informações emergem da prática das relações, elas são tão complexas, numerosas e diversificadas quanto a realidade dos sujeitos e as relações grupais.

Para melhor organização, considerando-se as duas edições do “Grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU/UFSC”, os dados foram sendo gravados e registrados em um Diário de Campo, durante todo o trajeto da prática, após cada oficina realizada. Na medida em que os registros iam sendo feitos, os dados já recebiam um primeiro olhar, ainda não aprofundado, mas já com alguma interpretação, sendo paulatinamente organizados de modo cada vez mais sistematizado. Assim, além de manter a vigilância à operacionalização da prática (envolvendo cada uma das etapas do “Arco da Problematização”), também buscava respostas às perguntas de pesquisa. Portanto, a análise preliminar dos dados desta PCA ocorreu longitudinalmente, procurando interpretar, à luz da pedagogia libertadora, os depoimentos e acontecimentos mais significativos com relação aos questionamentos investigativos.

Durante todo o percurso de organização e análise dos dados, sempre mantive o olhar direcionado aos seguintes procedimentos:

na Pesquisa Convergente-Assistencial, os processos de assistência e de coleta e análise de informações deverão ocorrer simultaneamente, o que facilitará a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações, a fim de refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo. A simultaneidade da coleta e análise das informações numa pesquisa prática protege o cliente e a enfermeira de uma posição desconfortável, como acontece numa pesquisa do tipo tradicional, na qual o pesquisador identifica necessidades e não pode agir, pois tem as mãos atadas pelos critérios da pesquisa [...]. Esse tipo de pesquisa sempre envolve ações de assistência, mesmo que o enfoque seja entender ou descrever algum aspecto da experiência do paciente (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 91-92).

Esta tarefa envolveu os quatro processos genéricos de análise de pesquisa qualitativa indicados por Morse e Field (apud TRENTINI; PAIM, 2004), assim como o percurso interpretativo sugerido por Monticelli (2003). A seguir descrevo o esquema geral que serviu de base para a análise:

4.3.2.1 Processo de apreensão

Esta fase teve como base as informações coletadas durante toda a prática educativa. Em extensas anotações, organizadas em um diário de campo, foram registradas as “notas do pesquisador”, que incluíram relatos e diálogos que, gravados em fita cassete, foram transcritos após cada oficina. Também foram adicionados outros registros importantes como as observações feitas no contexto onde ocorreram os encontros, anotadas no próprio ambiente de forma “telegráfica” (anotações das expressões-chave) e, ainda no mesmo dia, em casa, complementadas com os seus detalhes. As “notas do pesquisador” incluíram ainda os sentimentos em relação ao estudo, as “notas teóricas” (relato das interpretações feitas durante a organização dos dados) e as “notas metodológicas” (relato das estratégias utilizadas como auxílio na coleta das informações) do processo, conforme sugerem Trentini e Paim (2004). Um exemplo de como foram estruturados os diários de campo pode ser observado no Apêndice A.

A partir da organização das informações, eu almejava “apreender” os significados que delas emanavam. Assim, li e reli “os diários” inúmeras vezes, até que consegui perceber as falas que respondiam às minhas indagações. Foram necessárias muitas “idas e vindas” aos registros para a incorporação das idéias principais do que foi vivenciado com os participantes do estudo.

Essa forma de registro e organização contribuiu sobremaneira para a análise dos dados, pois além de mantê-los em ordem cronológica e permitir a identificação precisa de cada gestante e acompanhante, várias leituras e anotações acerca das idéias principais já foram feitas ainda nessa fase, aumentando a familiaridade e domínio sobre os registros.

4.3.2.2 Processo de síntese

De acordo com as autoras desta metodologia, o processo de síntese dá-se a partir das interpretações feitas pelo pesquisador, sendo “a parte da análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 95). Nesta etapa então o pesquisador deve, novamente, imergir nos dados trabalhados na fase de apreensão e avançar no sentido de obter completa familiaridade com eles, além de se empenhar em profundo trabalho intelectual. O investigador, neste estágio, deverá exercitar a criatividade como uma ferramenta importante para ilustrar as variações, relações e conjecturas. De acordo com Morse e Field (apud TRENTINI; PAIM, 2004), alcança-se a síntese, quando se domina completamente o tema de investigação, ou seja, quando se rememorou em detalhes e profundidade, as cenas tal qual ocorreram no cenário estudado.

Com base neste referencial, após ter organizado os dados advindos da prática educativa em meus diários de campo, bem como ter realizado leituras e re-leituras das informações obtidas, comecei a perceber que, pela semelhança de significados que apresentavam entre si, eu poderia classificá-los, como sugerem Monticelli (2003) e Guimarães (2006), em uma espécie de “código”. Tais códigos poderiam me ajudar a identificar mais diretamente as expectativas de participação dos sujeitos das gestantes e seus acompanhantes, no parto e no nascimento. Se, para Trentini e Paim (2004), esta fase permite avaliar subjetivamente as associações e variações das informações, colocando em relevo os dados significativos do estudo, eu precisava então criar uma maneira de destacar “esses dados”.

Em virtude da grande quantidade de informações, optei por, primeiramente, criar um “novo espaço de registro”, onde somente os dados que de alguma forma respondessem as minhas indagações seriam “transportados” (a partir dos diários de campo). Assim, abaixo da identificação de cada oficina, procurei recortar e adicionar os dados compatíveis em termos de aproximação e/ou distanciamento. Para evidenciar ainda mais os dados que apresentavam algum grau de similaridade ou

contraste, optei por criar meus “códigos” por “esquemas de cores” e, posteriormente, identificados por uma legenda. O Apêndice B exemplifica essas significações e mostra os primeiros movimentos de síntese que emergiram dos dados brutos. Informo que, por motivos de espaço, selecionei para esta representação apenas alguns recortes de duas oficinas, referentes à primeira edição do curso.

4.3.2.3 Processo de teorização

Nesta etapa, que segundo Trentini e Paim (2004), ocorre o descarte e seleção de dados de acordo com a significância, síntese do conteúdo, temas abordados e analisados com base no referencial teórico e outras bibliografias; a partir da associação dos dados brutos e de novas e inúmeras leituras e re-leituras, consegui definir os pontos-chave de cada “código”, que definiram, por consequência, as categorias e sub-categorias que melhor representam as expectativas dos sujeitos.

A característica mais relevante desta etapa metodológica é a congruência do mapa de dados com o referencial teórico que sustenta o estudo. Em virtude disto, mantive-me atenta às idéias emergentes, colocando mais firmemente o “óculos” freireano, já que nesta etapa os aspectos interpretativos estão em evidência (MONTICELLI, 2003; GUIMARÃES, 2006). Em resumo, esta fase de teorização fez emergir categorias e subcategorias que emanaram do mapa de dados, de modo indutivo, conforme demonstro no Apêndice C.

Por fim, as associações e interpretações resultaram em cinco amplas categorias, contemplando variadas sub-categorias, conforme pode-se observar no Apêndice D.

4.3.2.4 Processo de transferência

Esta etapa final do processo analítico, que consiste, segundo Trentini e Paim (2004), em elaborar considerações finais, associando os resultados e dando significado a determinados achados, contextualizando-os sem, contudo, generalizá-los, me permitiu descrever teoricamente as expectativas de participação dos sujeitos em partos e nascimentos que considerem humanizados, bem como refletir sobre a influência que a atividade educativa teve no fortalecimento dessas gestantes e acompanhantes para tal.

Este mecanismo analítico esteve presente em todo o processo de descrição dos resultados, sempre permeado pelos conceitos teóricos que o sustentaram. Além disso, procurei comparar a discussão com a literatura existente, buscando aproximar

os dados desta pesquisa com resultados de outros estudos similares, seja para apoiar os dados aqui presentes, ou mesmo para refutá-los.

4.4 ASPÉCTOS ÉTICOS

Concordo com Monticelli (2003) que as questões éticas devem permear todo o trabalho e não apenas um particular momento. Sob essa ótica, esse estudo respeitou os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia abordados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e os princípios do Código de Ética Profissional (BRASIL, 1996) para normatizar as atividades de pesquisa e intervenções envolvendo seres humanos.

Os aspectos éticos que foram assumidos durante o desenvolvimento desta proposta foram operacionalizados conforme os procedimentos apontados por Costa (2005), com base nos seguintes itens:

- a PCA foi desenvolvida mediante a autorização dos responsáveis pela instituição, bem como o consentimento para revelar o nome da mesma, assim como o nome do grupo;
- com o intuito de assegurar os preceitos éticos do empreendimento científico, o projeto de pesquisa foi encaminhado à Comissão de Ética da instituição, obtendo autorização formal para a sua realização. Seguindo os rigores de uma pesquisa científica, também foi encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos da UFSC, obtendo aprovação e parecer favorável sob número 235/2006;
- a proposta desenvolvida, incluindo as questões éticas relacionadas (inclusive para gravação e transcrição de fitas), foi apresentada para os profissionais responsáveis pelo grupo e, posteriormente, para as gestantes e seus acompanhantes;
- as oficinas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E) pelos participantes do “grupo”, sem qualquer tipo de coação;
- o respeito ao direito de participar ou não da PCA foi garantido, assim como a desistência, independente da etapa que ela se encontrasse;
- o anonimato foi garantido, preservando os valores éticos e morais dos participantes;
- os nomes utilizados são fictícios, para garantia do anonimato;
- a proposta esteve disponível para todos os participantes da PCA, sempre que solicitada, sendo que eu estive e continuo disponível para o esclarecimento de eventuais dúvidas;

- as informações, análises e sugestões contidas na proposta têm objetivo meramente profissional, baseado no compromisso de responsabilidade, honestidade, respeito e dignidade;
- em todas as situações do desenvolvimento da PCA, procurei reconhecer minhas limitações, aceitando críticas e sugestões, buscando o aprimoramento científico em benefício do grupo e do crescimento profissional.

Outras questões éticas que surgiram ao longo do desenvolvimento dessa pesquisa sempre foram expostas e discutidas com a orientadora, a fim de solucioná-las da melhor forma possível, respeitando o direito dos envolvidos e o rigor necessário ao desenvolvimento do estudo.

CAPÍTULO 5 - O EXERCÍCIO DA PROBLEMATIZAÇÃO EM TORNO DO PARTO E DO NASCIMENTO

5.1 OS MOVIMENTOS PRELIMINARES DE APROXIMAÇÃO DO CENÁRIO E DA PRÁTICA

Conforme já descrito no capítulo anterior, entre os meses de março e abril de 2006, acompanhei uma edição inteira do Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC (antes ainda de começar a PCA propriamente dita), almejando o envolvimento interativo e dialógico com a equipe coordenadora, além da negociação das formas de atuação, integração e participação das profissionais coordenadoras do Grupo na proposta que iria desenvolver posteriormente. Esta introdução inicial facilitou a minha atuação na prática educativa que consubstancia o presente estudo, como facilitadora e em regime de co-participação com as demais profissionais envolvidas.

Após negociação formal com as coordenadoras do Grupo, conseguimos entrar em consenso sobre as atividades planejadas para as edições do Grupo que serviram de base a esta dissertação. As edições negociadas aconteceram entre agosto e setembro e, posteriormente, entre outubro e dezembro de 2006. Porém, para compartilhar essa vivência, optei por apresentar, aqui neste capítulo, apenas o relatório da prática realizada entre os meses de agosto e setembro de 2006, na 1ª edição do Grupo, cujos sujeitos foram 15 gestantes e 06 acompanhantes.

Mesmo tendo negociado a proposta previamente com as coordenadoras do Grupo, todas as oficinas foram planejadas individualmente por mim e renegociadas com elas, a fim de definir papéis e assegurar uma condução metodológica coerente com o referencial escolhido, operacionalizando as “5 Etapas do Arco” dentro dos “4 momentos” já descritos.

Como já citado anteriormente, as etapas do “Arco” foram distribuídas ao longo das oficinas, mas foi durante a atividade central e a avaliação de cada uma (descritos como 3º momento ou momento de teorização e 4º momento ou momento de fechamento), que elas apareceram de maneira efetiva. Assim, o terceiro e quarto momentos foram considerados os principais da prática educativa, onde o diálogo

efetivo foi instalado, provocando leituras e re-leituras de mundo e, conseqüentemente, possibilidades de ação-reflexão-ação. É por este motivo que, para compartilhar essa vivência, apresento apenas o recorte dos relatos referentes ao “terceiro e quarto momentos” que ocorreram nas nove oficinas da 1ª edição do Grupo. No entanto, quando relato a primeira e a nona oficina, optei por manter a descrição do “1º momento”, uma vez que eles trazem a expressão de expectativas de participação dos sujeitos envolvidos nessa pesquisa, no que se refere aos partos e nascimentos de seus filhos.

Ressalto, outrossim, que ao final da descrição de cada uma das oficinas, apresento uma síntese informativa, utilizando para tal a representação gráfica do próprio “Arco da Problematização”, identificadas no texto como sendo “Figura 1”, “Figura 2” e assim por diante.

5.2 A PROPOSTA EM CURSO

1ª Oficina – Conhecendo-nos e selecionando temas para dialogar

Participaram dessa oficina 9 gestantes e 2 acompanhantes (companheiros). Nesta primeira oficina, que aconteceu no Grêmio do Hospital Universitário, entre as 14 e as 17:30h., as atividades tiveram início com as profissionais coordenadoras se apresentando e desejando boas-vindas ao Grupo. Em seguida, as gestantes e seus acompanhantes conheceram um pouco da história desse grupo temático, sua estrutura, o número de encontros que se costuma realizar, bem como os dias e horários de realização. Após este primeiro contato uma das profissionais procedeu à minha apresentação para o Grupo, introduzindo um espaço para que eu negociasse com os sujeitos participantes a proposta de estudo, bem como dialogasse com eles sobre seus modos de participação durante o tempo que deveria durar a prática educativa com essa edição do Grupo e a investigação propriamente dita.

Nessa oportunidade falei então sobre a importância da pesquisa (justificativa e objetivos), da forma como a prática educativa seria realizada (caminho metodológico) e de como eu compreendia que esta vivência poderia contribuir com o Grupo. Logo após a exposição, o Grupo começou a manifestar posições favoráveis à realização da pesquisa. Mesmo assim, fiz questão de ressaltar os aspectos éticos que eu preservaria durante o desenvolvimento de todo o trabalho e, inclusive,

posteriormente, nas publicações que dele decorreriam, destacando que as oficinas aconteceriam, independentemente da realização da pesquisa, já que esta era uma responsabilidade que eu havia assumido com as coordenadoras do Grupo, além de ser uma preocupação ética que deve nortear as pesquisas práticas desta natureza.

Após a confirmação verbal das gestantes e seus acompanhantes de que participariam de forma voluntária, entreguei o termo de consentimento livre e esclarecido, ressaltando a possibilidade de levarem para casa e lerem com suas famílias, trazendo uma resposta no próximo encontro do Grupo. Assim, passamos às demais atividades planejadas para esta primeira oficina.

As gestantes e seus acompanhantes foram estimulados por mim a se apresentarem uns aos outros, sendo que para tal, o Grupo foi subdividido em três subgrupos (2 deles com 3 gestantes e 1 acompanhante e 1 com 3 gestantes) que conversaram por aproximadamente 10 minutos entre si. Após esse primeiro exercício, convidei cada pessoa a apresentar um dos integrantes do subgrupo ao grande grupo, através de informações pertinentes à gestação, ao parto e ao nascimento, e que julgassem importante compartilhar.

Com esta estratégia foi possível explicitar as primeiras expectativas do Grupo acerca do parto e nascimento institucionalizados, além de identificar os integrantes no que se refere aos dados informativos relatados sobre a gravidez e o pré-natal. Nos relatos ficou evidente a preocupação acentuada com a via de parto em si e, em virtude disso, as diferentes experiências vivenciadas com os profissionais durante o pré-natal:

- *“é, eu penso em ter parto natural. To me preparando pra isso. Natural e ativo, sem anestesia, sem nenhum procedimento cirúrgico [...] e pra isso eu faço yoga pra gestante e caminho” (gestante Orquídea).*

- *“ela ta fazendo o pré-natal com Dr^a Cristal. Ela mudou de médico. O anterior ficava falando que queria fazer cesárea porque eram gêmeos e ela quer parto [...]” (gestante Bromélia).*

- *“a minha vontade e a do meu marido, agora da médica também, é a de que seja parto normal. Que bom né?” (gestante Crisântemo).*

- *“se der tudo certo vai ser parto normal, se não, vai ser cesárea, mas é uma decisão que o médico pode tomar, eu confio nele. Tem que ter confiança em quem ta acompanhando a gente” (gestante Copo de Leite).*

- *“a maioria dos médicos indica cesárea porque é mais rápido, mais prático. A gente pode fazer parto normal, nosso corpo é preparado para isso. Precisamos decidir junto com os profissionais” (gestante Crisântemo).*

Nessa altura dos acontecimentos percebi que as oficinas seriam fóruns de complexas discussões e reflexões, pois mesmo que de forma assistemática, os participantes já expressaram nessa primeira oportunidade, alguns de seus problemas, algumas soluções e algumas expectativas individuais e familiares, demonstrando que o fortalecimento no espaço em questão, resultaria em condições mais seguras para “ajudar a decidir” sobre os procedimentos obstétricos que lhes forem propostos quando estiverem na maternidade para terem a criança.

Do ponto de vista metodológico, a estratégia da provocação da conversa descompromissada entre os participantes caracterizou-se então como sendo o “1º momento” da oficina. Este momento propiciou também a apresentação dos membros do Grupo e a explanação sobre a proposta da Pesquisa Convergente-Assistencial propriamente dita.

A partir daí passamos então ao desenvolvimento da atividade central da oficina (“3º momento”), onde a principal intenção era provocar o levantamento da realidade vivida e, conforme o desenho metodológico projetado, estimular o Grupo a apontar os pontos-chave, destacando o que era, para ele, significativo de ser trabalhado. Em suma, este momento da oficina consistiria na 1ª e 2ª etapas do “arco da problematização”, requerendo, portanto, que os participantes expressassem suas percepções sobre a questão em foco, escolhendo os assuntos a serem problematizados e, ainda, que iniciassem a realização de algumas sínteses ou extração dos pontos que considerassem mais relevantes de serem discutidos nas oficinas seguintes. Entretanto, como facilitadora do Grupo, eu tinha claro que se a síntese dos temas (2ª etapa do “arco”) não fosse alcançada nessa oportunidade, devido à complexidade dos assuntos que emergissem, deveria então facilitar a vivência de novas oportunidades de sínteses nas oficinas vindouras, pois entendia, para que a reflexão acontecesse, esta etapa era vital. Isto estava balizado, principalmente, no fator tempo, uma vez que a vivência do Grupo tinha um cronograma para iniciar, para ser desenvolvido e para ser finalizado.

Assim, novamente divididos em quatro subgrupos, os participantes, utilizando-se de papéis, canetas, lápis-de-cor e pincéis coloridos, em um tempo aproximado de 20 minutos, expressaram os temas que gostariam de discutir nas oficinas vindouras.

A apresentação dos temas escolhidos foi seguida de uma tentativa de síntese desses conteúdos, uma vez que para que acontecesse a oportunidade de reflexão, o Grupo precisaria escolher o que lhe parecia realmente significativo para cada oficina.

Porém, durante o desenvolvimento desta atividade eu já tinha em mente, guiada pelos pressupostos freireanos, que alguns temas precisariam de novas sínteses e que seriam estimuladas por mim, no decorrer das demais oficinas. Deste modo, os temas escolhidos para serem debatidos dali para a frente, nas oficinas seguintes, ficaram inicialmente assim distribuídos: 2ª oficina - mudanças físicas e emocionais da gestação; 3ª oficina - aleitamento materno (cuidados com o seio, principais intercorrências e referências de apoio); 4ª oficina - tipos de parto e suas particularidades (a cesariana); 5ª oficina - tipos de parto e suas particularidades (o parto normal); 6ª oficina - o puerpério e seus cuidados (cuidados de higiene, métodos anticoncepcionais); 7ª oficina - cuidados com o bebê (banho, cuidados com o umbigo, chupeta, massagens e musicoterapia); 8ª oficina - visita à maternidade do HU; 9ª oficina - encontro de reflexão e avaliação final.

Os participantes demonstraram entusiasmo em “decidir” os temas a serem trabalhados nas próximas oficinas, exercitando assim, através do diálogo, o protagonismo, mesmo que de forma ainda um pouco assistemática, em direção ao parto e nascimento humanizados, o que para Freire (2005) implica no reconhecimento dos seres humanos como sujeitos de suas próprias histórias, com inteira capacidade para refletir, criar, recriar e transformar a si próprios e a seus mundos.

Durante essa primeira oficina percebi que iria acompanhar seres humanos que aparentavam grande necessidade de expor suas idéias e refletir sobre elas. De acordo com as primeiras expressões, manifestadas através de gestos e depoimentos verbais, eu já observava que o diálogo ao redor de suas participações nas questões acerca do parto e do nascimento seria franco e permeado por contradições e constantes desejos de mudança. Um ponto que considerei bastante significativo para as gestantes e seus acompanhantes, que emergiu nessa primeira oportunidade de diálogo, foi a possibilidade de escolha pela “via de parto” e a estreita relação disso com os profissionais de saúde, durante o pré-natal. T tamanha foi a significância, que mesmo que o estímulo metodológico tenha sido focalizado inicialmente nas 1ª e 2ª etapas do “arco da problematização” (escolha dos temas ou problemas e síntese) para as oficinas vindouras, o Grupo, através do diálogo efetivo, provocou já nesse primeiro momento, a operacionalização das 5 etapas do “arco”.

Ao refletirem coletivamente sobre suas vivências no pré-natal (durante suas apresentações), identificaram a escolha pela via de parto como um problema e iniciaram discussão sobre ele. Enquanto facilitadora, percebendo as necessidades do Grupo, estimulei-os então, para a construção de uma síntese sobre o tema, para uma teorização a partir das suas próprias vivências pessoais e familiares, para o levantamento de hipóteses de solução embasadas nessa teorização e conseqüentemente, para a reflexão de como aplicariam isso às suas realidades. Assim, vivenciamos, por necessidade do Grupo, as 5 etapas da metodologia da problematização nessa primeira oficina. Ao mesmo tempo em que esta constatação deixou-me com expectativas bastante positivas para as próximas oficinas em relação às respostas das gestantes e seus acompanhantes aos estímulos metodológicos, me fez considerar a possibilidade de construção de um “arco completo” (com as 5 etapas), em cada uma das 9 oficinas.

Para mim, esta experiência foi um estímulo para a continuidade do estudo, pois reafirmou o propósito freireano de que entre os seres humanos, o diálogo se faz fundamental; não um diálogo alienado, sem compromisso, mas real, transformador. Para o Grupo, essa oportunidade também foi importante, pois ao avaliarem a oficina (“4º momento”), verbalizaram acreditar que a oportunidade de refletir coletivamente sobre suas realidades iria lhes proporcionar momentos ímpares.

- *“acho que vai fazer a gente pensar bastante” (Gestante Bromélia).*

- *“essa questão das nossas responsabilidades e das responsabilidades dos profissionais de saúde, eu já fiquei pensando [...]” (Gestante Orquídea).*

- *“acho que vai ser um repensar a cada encontro. Se for assim como hoje, vamos descobrir muitas coisas boas e ruins” (Gestante Tulipa).*



Figura 1 - Arco da problematização referente à 1ª oficina realizada com o Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC – Florianópolis - SC, 2007.

2ª Oficina – Vivenciando as mudanças físicas e emocionais da gestação

Nessa oficina, realizada no Grêmio do Hospital Universitário, das 14 às 17:30h., estavam presentes 6 gestantes.

Como "atividade central" dessa oficina, eu propus que trabalhássemos as questões que partiram da realidade do Grupo sobre o tema "Mudanças físicas e emocionais da gestação"

(escolhido durante a 1ª oficina), já que ele continuava como um assunto de interesse geral. Optei então por iniciar a discussão com uma breve contextualização das mudanças culturais nas práticas relacionadas à gestação. Assim, as participantes refletiram e expuseram as mudanças físicas e emocionais que estão vivenciando, bem como se essas mudanças são vistas como fisiológicas ou patológicas, por elas, por seus acompanhantes e pelos profissionais de saúde que as acompanham.

Como facilitadora, julguei importante partir das mudanças físicas e emocionais vivenciadas pelo próprio Grupo durante o processo gravídico, pois propiciaria assim a construção da síntese do tema escolhido (2ª etapa do "arco"), uma vez que pela sua complexidade, se discutido de forma geral, eu encontraria dificuldades na condução metodológica da Proposta. Assim, o Grupo expôs as mudanças que vivencia:

- *"os primeiros meses foram horríveis! Pensava: nossa, nunca mais vou engravidar! [...] Então era uma doença pra mim isso, esse negócio de ficar grávida, mas agora*

está tudo bom, consigo conversar bastante com os profissionais que me atendem. Só estou um pouquinho ansiosa porque vai nascer na próxima semana” (gestante Celósia).

- “eu tenho ficado bem chorona; bastante, nossa! Novela das 8 nem vejo que já começo a chorar” (gestante Tulipa).

- “agora estou bem, mas tive que trocar de médica porque ela não queria saber se eu tinha alguma dúvida e eu tinha milhares de dúvidas, isso me deixava super ansiosa” (gestante Margarida).

- “bom, eu não senti nada de enjôo, não sinto [...] a minha mãe fala: será que você tá grávida mesmo” (gestante Orquídea)?

- “no começo eu senti bastante enjôo, tinha que sair correndo da mesa. Na questão da sexualidade, normal, até aumentou um pouco. A minha médica que eu comecei o pré-natal também não foi legal. Ela usa um óculos, aí eu perguntava as coisas pra ela e ela puxava o óculos e me olhava por cima. Tipo: como você não sabe isso? Aí eu mudei de médico pra poder conversar e tirar minhas dúvidas do que tava acontecendo” (gestante Hortência).

Nesta oficina ficou claro que refletir sobre a realidade, de forma crítica, por si só contempla um grande potencial para transformá-la. As decisões tomadas por algumas participantes trouxeram à tona a questão dos direitos dos usuários dos serviços de saúde e a construção do conhecimento foi compartilhada, pois todos contribuíram com suas próprias vivências. As profissionais coordenadoras presentes na oficina também contribuíram, trabalhando como suporte teórico sobre as alterações físicas e emocionais vivenciadas durante a gestação.

Como pontos marcantes da oficina, apareceram a “escolha” dos profissionais e o diálogo mulher/acompanhante/equipe de saúde durante o parto e o nascimento.

- “a gente não sabe como vai ser na hora, mas eu vou tentar continuar escolhendo tudo que eu quero, porque pra mim, o pré-natal deve nos preparar em todos os sentidos. Se esse profissional que me acompanha se negar a fazer isso, sei que existem muitos por aí que já têm outra visão” (gestante Bromélia).

- “agora que sei que temos direito à informação, vou perguntar mais sobre as minhas dúvidas, acho que conversando a gente vai se entender e eu vou me sentir mais segura” (gestante Margarida).

Assim, durante essa oportunidade de troca (que caracterizou o “3º momento” da oficina), o diálogo apareceu como ferramenta para a construção do conhecimento do Grupo sobre as mudanças físicas e emocionais na gestação. Também permitiu a exposição das suas expectativas para o momento que vivenciam, como preparação para o parto e o nascimento institucionalizados, onde o conhecimento lhes permitirá fazer “escolhas conscientes”.

Quando convidado por mim a avaliar a oficina (4º momento), o Grupo demonstrou uma re-leitura sobre suas realidades, corroborando com a premissa freireana de que quanto mais se reflete sobre algo, mais se analisa, mais se compreende e mais se pode contribuir para a transformação:

- *“acho que foi ótimo porque fez a gente olhar para como estamos nos preparando pro parto” (Gestante Celósia).*
- *“essa coisa da gente discutir as coisas que estão acontecendo com a gente deixa muito mais fácil né? A gente sempre vai saber sobre o assunto, porque ta vivenciando. Aí o grupo vai colocando mais e mais situações e todo mundo vai aprendendo. Eu gostei bastante” (Gestante Tulipa).*
- *“também faz pensar como as pessoas têm medo do parto e aí ficam passando essa coisa de doença. Eu refleti bastante” (Gestante Crisântemo).*

Nessa oficina ficou evidente para mim que o diálogo horizontal possibilita aos seres humanos envolvidos momentos de intensa reflexão, com vistas à transformação das suas realidades.

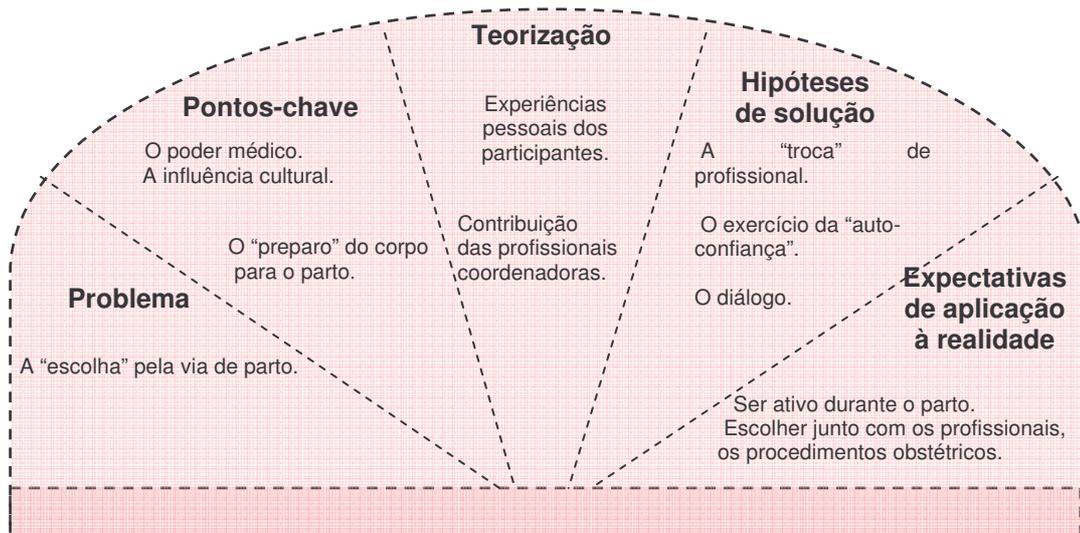


Figura 2 - Arco da Problematização referente à 2ª oficina realizada com o Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC - Florianópolis-SC, 2007.

3ª Oficina – Dialogando sobre o aleitamento materno

Participaram dessa oficina, que aconteceu entre 14 e 17:30h., no Grêmio do Hospital Universitário, 6 gestantes e 1 acompanhante (companheiro de uma delas). Todos pareciam bastante animados.

Formando um círculo, os participantes iniciaram o "3º Momento" dessa oficina. A partir do tema "Aleitamento materno", estimei o grupo para compartilhar conhecimentos sobre as vantagens da "prática", tanto para a mãe, quanto para o bebê – e para quem mais os participantes julgassem indispensável relatar. Assim, acredito ter proporcionado a eles uma nova oportunidade de selecionar assuntos que gostariam de aprofundar, uma vez que, como facilitadora, eu havia concluído que uma nova oportunidade de síntese (2ª etapa do "arco") seria necessária, tendo em vista a complexidade e a enorme abrangência do tema escolhido para a oficina. Durante essa vivência foi fundamental perceber que, apesar da numerosa busca por "informações" manifestada pelas gestantes e pelo acompanhante, dificultando parcialmente a condução metodológica das atividades, importantes momentos de reflexão conseguiram ser articulados:

- *"acho que precisamos ter conhecimento das coisas, aí não vamos aceitar o problema, nem as soluções que vão contra o que apreendemos, o que sabemos. Por isso venho no grupo, leio bastante"* (gestante Orquídea).
- *"é bastante coisa (referindo-se à prática da "Amamentação"), mas eu acho que podemos conseguir"* (gestante Bromélia).

Além de manifestarem a expectativa de participarem durante a amamentação, como sujeitos ativos, os participantes reconheceram o diálogo como uma ferramenta para tal:

- *“conversando é que a gente vai chegar no que é bom pra eles (profissionais) e pra nós” (gestante Orquídea).*

O reconhecimento da possibilidade de negociação das práticas relacionadas à amamentação surgiu da reflexão do grupo, exposta através do diálogo horizontal. “O diálogo é uma exigência existencial, é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos, endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado” (FREIRE, 2005, p. 91).

Assim, percebi um Grupo crítico, reflexivo e “disposto” a ler e re-ler suas realidades, com vistas à sua transformação. Esse momento de conversa coletiva (que marcou o “3º momento” da oficina) pareceu chamar a atenção dos participantes de forma bastante significativa, uma vez que eles empenharam-se com afinco nas atividades propostas.

Nessa oficina estavam presentes, além das profissionais coordenadoras do Projeto, uma profissional do Hospital Universitário que comumente colabora com o Grupo, através de seus conhecimentos relacionados à prática da amamentação. Todas colaboraram enquanto suporte teórico durante a reflexão dos participantes.

De forma não menos participativa, quando convidei o Grupo para avaliar a oficina (“4º momento”), ele não deixou de refletir sobre a relação das atividades compartilhadas com suas próprias realidades:

- *“eu adorei, porque vi que já sabíamos bastante, só faltava complementar as informações. Isso dá segurança” (gestante Bromélia).*

- *“às vezes também são levantados alguns questionamentos aqui que me fazem pensar que as pessoas quase nunca têm conhecimento sobre o que vai ser feito com elas. Aí nunca vão pensar se podia ser diferente ou não” (gestante Orquídea).*

A avaliação dessa oficina demonstrou que o Grupo já parecia conseguir compartilhar uma re-leitura de seus mundos, estimulado pela metodologia problematizadora. Assim, percebi com maior clareza que o desvelamento da “consciência crítica” poderia contribuir para o fortalecimento das gestantes e seus acompanhantes. Uma vez fortalecidos, as gestantes e seus acompanhantes

poderiam participar durante todo o processo de parto e nascimento institucionalizados, sob suas próprias perspectivas.

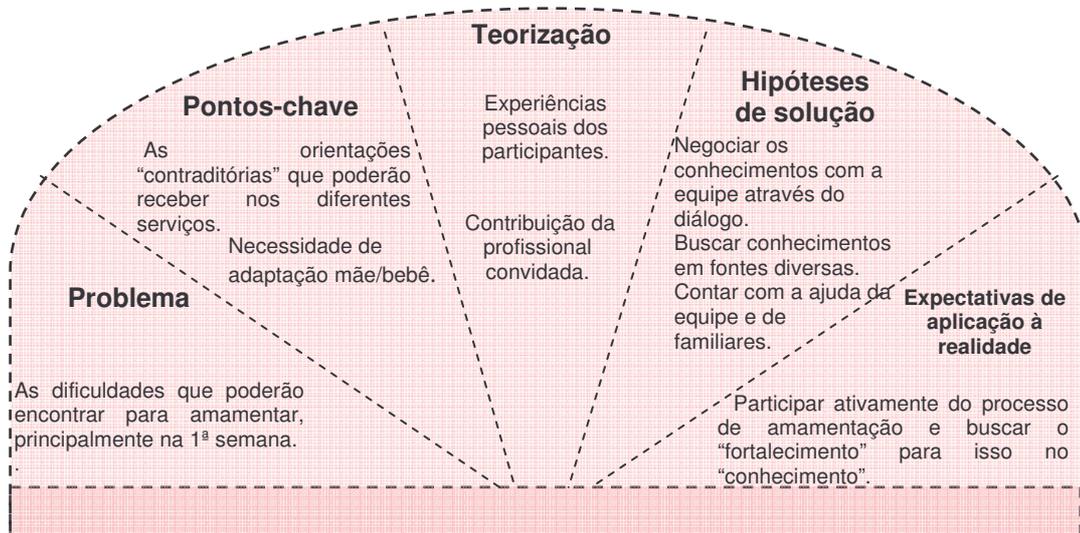


Figura 3 - Arco da Problematização referente à 3ª oficina realizada com o Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC - Florianópolis-SC, 2007.

4ª Oficina – Refletindo sobre as possibilidades na escolha pela via de parto: o parto cirúrgico

Participaram deste encontro 4 gestantes. Não tivemos nenhum acompanhante nesse dia. As atividades planejadas foram realizadas das 14 às 17:30h., no Grêmio do Hospital Universitário.

A partir do que foi negociado com o grupo, no "3º Momento" dessa oficina, discutimos as vantagens e desvantagens do parto cirúrgico. Após uma leitura individual (por opção do grupo) de um artigo atual sobre a realidade do nascimento no Brasil (ZORZETTO, 2006), no que se refere à medicalização dos partos e nascimentos, suas causas e conseqüências, as participantes do Grupo iniciaram reflexões bastante interessantes sobre o tema:

- "eu nunca tive expectativa de cesárea, então pra mim, não surpreendeu [...]. Eu penso que é bem por essa questão do convênio médico mesmo, do valor, da praticidade da cesárea. Você agenda o horário, aí o médico chega na hora que ele quer. Então, não tem aquela coisa de preparo da mulher" (gestante Bromélia).

-“eu tive uma amiga que teve agora há pouco tempo, de cesárea, porque na visão dela, o corpo da mulher muda e não volta depois de um parto normal. Aí ela tentava passar bastante isso pra mim, assim, que cesárea é bem melhor, que é mais segura, que é menos dolorida” (gestante Tulipa).

As mudanças culturais e os interesses econômicos envolvidos com o parto e nascimento são percebidos pelo Grupo através de um olhar crítico sobre suas realidades. Para Diniz (2001), essas mudanças são resultado de um século de transformações sociais, de inovações científicas e de conquistas políticas, onde a preocupação com a “segurança” vai ao encontro dos interesses médicos e masculinos sobre o parto e o nascimento. Sob essa ótica, o grupo resgata a “naturalidade” do processo, trocando opiniões e vivências:

- “eu acho que no parto natural a mulher entra em contato com o ápice da feminilidade! Nesses últimos meses, já me sinto bem centrada pra isso” (gestante Bromélia).

- “os partos da minha mãe foram super tranquilos; ela não sentiu muita dor, foi sempre super rápido e ela sempre passou isso pra gente [...]. As outras pessoas que eu convivo também, a maioria foi parto normal, ou as que fizeram cesárea, foi por alguma complicação” (gestante Hortência).

Assim, conversando e trocando idéias, conceitos e valores, o Grupo problematizou o alto índice de intervenções durante o parto e o nascimento, principalmente na rede privada, e entrou em consenso sobre a importância do parto cirúrgico enquanto recurso médico, para eventuais complicações. Nessa oficina, apenas uma das profissionais coordenadoras participou desse momento de reflexão do Grupo e seu papel foi de suporte teórico. Como hipóteses de solução para o problema, as participantes acreditam no conhecimento e na “escolha pelo profissional certo”:

-“se eu não gostar, eu acho que as pessoas precisam entender mesmo como uma prestação de serviço, e também que existem vários” (gestante Tulipa).

- “[...] o poder médico é histórico, né! Mas também acho que a Internet hoje ajuda bastante, porque as pessoas têm como buscar informações e contra-argumentar um conhecimento que antes era só deles. Também acho que hoje as pessoas podem ter a opinião de outros profissionais” (gestante Bromélia).

Acredito que essa oficina proporcionou um momento importante para o Grupo, pois as participantes conseguiram analisar suas realidades com criticidade e, quando as estimulei a expressarem suas expectativas sobre como pretendiam participar durante o parto e o nascimento, compartilharam opiniões, parecendo estarem fortalecidos para tal:

- *“acho que tudo que a gente conversou vai me ajudar muito, porque agora eu vejo que tem várias coisas que eu preciso saber e posso buscar e posso conversar, enfim, posso ajudar a escolher” (gestante Tulipa).*

Com essa mesma criticidade, quando as convidei para avaliarem a oficina (marcando o “4º momento”), as gestantes expressaram uma mudança de perspectiva, pois ao perceberem-se como sujeitos ativos, vislumbraram a possibilidade de transformar as realidades em que estão envolvidas.

- *“eu adorei, estou indo para casa cheia de coisas para conversar com meu marido. Acho que precisamos tomar muitas decisões” (Gestante Rosa).*

- *“é, faz mudar de perspectiva né! Você passa a ver que pode ser, na maioria das vezes, do jeito que você gosta. Isso traz calma e segurança, porque também vai ter um profissional ali, se você precisar. Eu adorei a forma como refletimos hoje” (Gestante Hortência).*

Essa oficina foi bastante especial para mim, pois vivenciei a premissa freireana de que o homem pode pensar o mundo de forma “estática” ou “dinâmica”, a depender da concepção de educação que vivência.

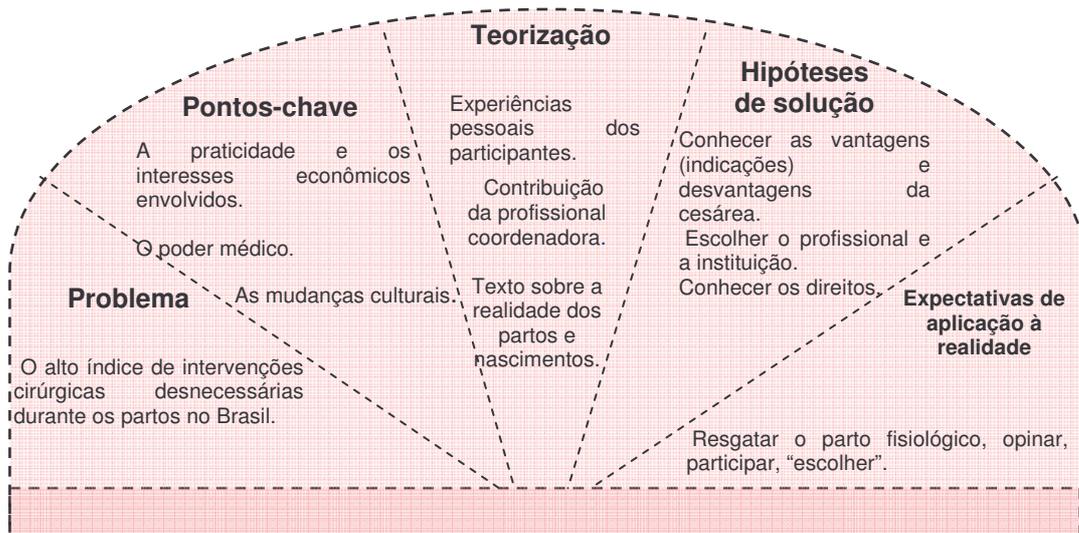


Figura 4 - Arco da Problematização referente à 4ª oficina realizada com o Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC - Florianópolis-SC, 2007.

5ª Oficina - Refletindo sobre as possibilidades na escolha pela via de parto: o parto vaginal

Continuar refletindo sobre as possibilidades das vias de parto e em especial, o parto vaginal, pareceu agradar significativamente o Grupo, pois nesse dia, compareceram 5 gestantes e 3 acompanhantes (homens). A oficina foi novamente realizada das 14 às 17:30h., no Grêmio do Hospital Universitário.

Como “atividade central” dessa oficina, dialogamos sobre o parto vaginal e suas particularidades (tema escolhido durante a 1ª oficina, para ser debatido nessa oportunidade), onde tivemos novamente a presença de uma das profissionais coordenadoras, atuando como suporte teórico. Inicialmente, assistimos a um vídeo didático (escolhido por mim) mostrando mulheres em pré-parto e parto. Rapidamente, o Grupo levantou a questão do medo da dor durante o parto normal, mas, em seguida, decidiu-se por traçar um paralelo entre os pontos positivos e negativos, no intuito de auxiliar na decisão pelo tipo de parto. Foi importante perceber como a metodologia problematizadora já estava sendo incorporada pelo Grupo. Assim, levantaram as vantagens e desvantagens do parto vaginal, baseados em seus conhecimentos e vivências:

- “acho que a recuperação é bem mais rápida” (gestante *Crisântemo*).

- *“tem menos infecção [...] mas eu vejo como desvantagem o fato de depender da posição do bebê, então é uma coisa que não pode ser planejada, tem que esperar pra ver” (gestante Bromélia).*

- *“eu não sei se tem desvantagem, acho que não” (gestante Hortência).*

- *“eu acho que a dor e o cansaço (referindo-se aos mesmos como desvantagens)” (gestante Margarida).*

Durante a exposição dos participantes, o Grupo teorizou e buscou hipóteses de solução, tanto para os problemas individuais, quanto coletivos:

- *“eu também vou ver se consigo um material pra você (dirigindo-se à Margarida, que dizia estar preocupada porque queria parto de cócoras, mas não estava fazendo nenhum exercício físico), mas vai fazendo exercícios básicos assim, tipo caminhada [...] eu acho que quando você está consciente do processo, preparada; acho que ajuda bastante” (gestante Tulipa).*

Nesse momento, que marcou a atividade central do encontro, o pensamento crítico exercitado no Grupo permitiu o reconhecimento dos participantes enquanto sujeitos do processo. Considero importante argumentar que, para que se conquiste o pensamento crítico sobre algo ou sobre determinada realidade, é necessário questionar, dialogar, buscar novos conhecimentos e refletir sobre as ações desempenhadas frente a essa realidade.

A transformação da realidade, durante essa prática, foi entendida por mim pelas expectativas de participação das gestantes e seus acompanhantes durante o parto e o nascimento:

- *“eu sei que a tendência é que o médico interfira (referindo-se a decisão pelos procedimentos obstétricos a serem realizados) e eu vou ter que me posicionar” (gestante Bromélia).*

- *“eu vou conversando né, não só a gente, mas o acompanhante também, assim nós vamos negociando” (gestante Tulipa).*

Finalizando essa ocasião ímpar de reflexão, o Grupo verbalizou que a oportunidade do encontro e do diálogo resultou na construção de um conhecimento libertador, pois ampliou seus horizontes, redefinindo seus “papéis”, sob suas próprias perspectivas:

- *“acho que agora tou entendendo o que eu queria por instinto, que é o parto normal” (Gestante Tulipa).*
- *“eu to percebendo que tem um monte de coisas que preciso saber, senão, não vou conseguir que a minha vontade seja respeitada” (Gestante Margarida).*
- *“eu achei bem legal, percebo nas reflexões que já estamos tendo uma visão diferente do parto. Acho que estamos percebendo que as coisas são mais complexas que parecem” (Gestante Bromélia).*
- *“eu e a Rosa estamos descobrindo nosso real papel durante o parto. Não pensava encontrar isso em grupo de gestantes. Pensei que aprenderíamos como banhar o bebê, por exemplo. Não que isso não seja importante, mas como disse a Bromélia, a realidade é mais complexa” (Acompanhante Lírio).*
- *“hoje foi a primeira vez que participei do grupo e agora estou entendendo porque a Bromélia tem lido tanto e conversado tanto comigo sobre as decisões que tomaremos durante o parto” (Acompanhante Anis).*

Essa oficina mostrou um Grupo bastante fortalecido e consciente, não só da realidade que os cerca, mas das possibilidades de transformação, enquanto co-responsáveis pelo processo. Como facilitadora dessa proposta, considerei esses resultados vivenciados à própria ação-reflexão-ação do Grupo, o que torna evidente a importância de espaços coletivos e temáticos, onde os seres humanos envolvidos sejam entendidos enquanto sujeitos inconclusos e com franca capacidade de criar e recriar seus mundos, suas realidades.

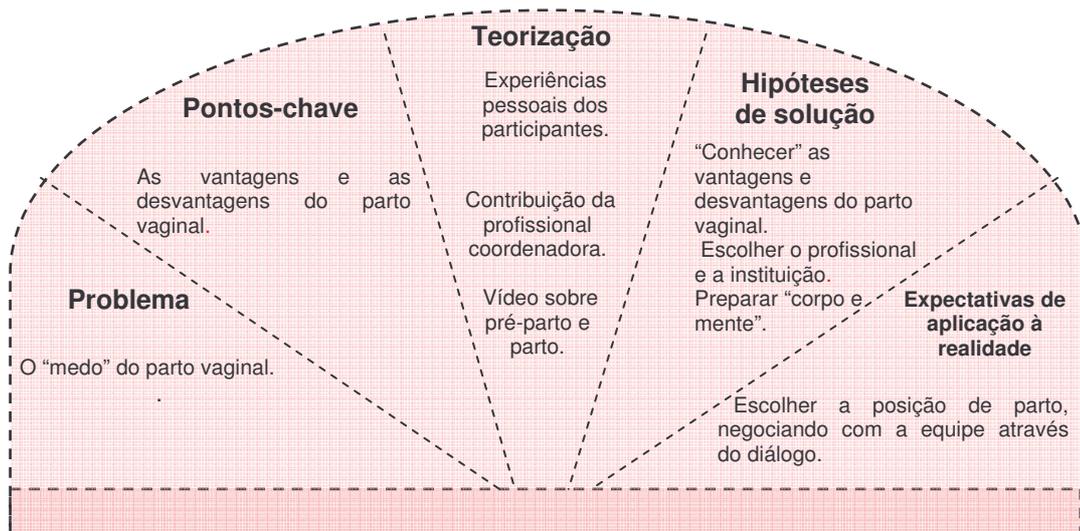


Figura 5 - Arco da Problematização referente à 5ª oficina realizada com o Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC - Florianópolis-SC, 2007.

6ª Oficina – Refletindo sobre o puerpério como parte integrante do processo do nascimento

Como é possível observar, a seqüência dos temas abordados nas oficinas, por escolha do Grupo, segue as etapas cronológicas do processo de parto e nascimento. Nesta oficina, para discussão sobre a fase de puerpério, estiveram presentes 6 gestantes e 3 acompanhantes (homens), com a particularidade que 2 gestantes e 1 acompanhante eram novos integrantes no Grupo. Eles haviam procurado, no início da semana, a coordenação; pedindo para participar dos encontros restantes, pois só ficaram sabendo das atividades nesta data e não poderiam (devido à idade gestacional) acompanhar o Grupo seguinte por completo. Como os participantes atuais não se opuseram e os novos participantes aceitaram a metodologia proposta, decidiu-se por incluí-los e recebê-los com genuína simpatia. A oficina aconteceu novamente das 14 às 17:30h., no Grêmio do Hospital Universitário.

Como "atividade central", propus que os participantes formassem um grande círculo, onde discutiríamos o tema escolhido pelo Grupo para reflexão, ou seja, o puerpério e seus cuidados. Deste momento colaboraram duas das profissionais coordenadoras do Projeto, com a finalidade de atuarem como "suporte teórico" na área obstétrica, facilitando, ampliando e aprofundando a discussão. Assim, como o tema escolhido, em si, foi bastante amplo, estimei as gestantes e seus acompanhantes a apontarem alguns assuntos envolvidos no puerpério e que

gostariam de ver refletidos ali. Após um intervalo de falas variadas e quase ao mesmo tempo, numa calorosa discussão, as sugestões foram negociadas e se chegou a um acordo coletivo. Propus então ao Grupo, com base na relação de assuntos sugeridos, a distribuição simulada de quatro situações corriqueiras durante o puerpério, envolvendo ingurgitamento mamário e adaptação do bebê aos horários de mamada; direitos da mulher em relação à licença gestação e intervalos para amamentação quando do retorno ao trabalho; necessidade de sono e repouso; e visitas de amigos e familiares.

Uma vez que a sugestão foi prontamente aceita, os participantes distribuíram-se em quatro pequenos subgrupos (3 duplas e 1 trio) que, após conversarem entre si por aproximadamente 15 minutos, expuseram ao grande Grupo como agiriam frente às quatro situações. Após esse exercício, o Grupo deveria escolher a situação mais significativa para que pudéssemos aprofundar a reflexão. Após alguns minutos de negociação, entre cochichos e trocas de idéias, decidiram que as quatro situações expostas eram igualmente importantes, a julgar que todas provavelmente aconteceriam na prática, mas que a questão de como lidar com o cansaço (necessidade de sono e repouso da mulher) era a mais polêmica. Então decidiram que deveríamos explorar em grupo esta questão, tanto no que diz respeito ao ambiente familiar propriamente dito, quanto com relação às visitas.

Percebi, durante o diálogo coletivo, que as “decisões” tomadas frente à situação simulada sofreram alterações, permitindo a constatação da aplicabilidade da premissa ação-reflexão-ação.

- *“nossa, mas isso vai ser tão complicado! Porque vai vir um primo, um tio, sei lá, aí você dando mamá, o bebê vai estar irritado, e aquela pessoa vai estar ali, com o maior carinho, com um presente na mão, querendo conhecer o bebê. Como é que eu vou dizer: volta outra hora!” (gestante Tulipa).*

- *“mas aí, pra não deixar desconfortável pras pessoas, nós é que vamos ficar desconfortáveis o tempo todo. Eu prefiro falar (referindo-se a necessidade de pedir às visitas que voltem em outros horários, quando a mulher estiver cansada)” (gestante Zênia).*

- *“pra mim é a mesma coisa que as decisões que a gente toma no hospital com a equipe que vai nos atender, ou seja, vai agradar algumas pessoas ou a nós mesmos e desagradar a outras. Mas precisamos analisar essas questões e ver o que se*

sobressai, o que é mais importante: nosso bem estar ou a satisfação de um amigo ou parente? Para mim é isso que exercitamos aqui (referindo-se ao Grupo), decidimos coisas após ter trocado experiências e ponderado essas decisões” (acompanhante Lírio).

Foi consenso do Grupo a necessidade da tomada de decisões. Foram apontadas como hipóteses de solução a exposição prévia da vontade da mulher ou do casal em relação às visitas após o nascimento e a intervenção da mãe ou pessoa escolhida pela mulher ou casal para explicar às pessoas (visitas) a necessidade de repouso da mulher e do bebê. Também foram sugeridas possibilidades alternativas, como o envio de informações sobre o bebê “*via internet*”:

- *“por isso que eu acho que, no caso das visitas, vamos ter que colocar limites. Mesmo que seja difícil. Porque como o período já é “conturbado”, se ainda tiver um monte de gente em volta não vai dar pra segurar” (gestante Hortência).*

- *“eu já falei o que vou fazer se acontecer comigo, até já conversei com a minha mãe sobre isso” (gestante Zênia).*

- *“uma vez eu ouvi falar que algumas pessoas fazem um site na internet com fotos e informações sobre o bebê, aí já coloca a data que está aceitando visitas. Pode ficar mais sutil, mas eu acho que se falar com jeito não vai ter problema, as pessoas vão acabar entendendo” (gestante Hortência).*

Como expectativa de participação, o Grupo expôs a vontade de realizar todas as atividades possíveis na maternidade, no que se refere aos cuidados com o próprio corpo e com o bebê, julgando que assim serão respeitados e sentir-se-ão seguros ao voltar para casa. Para tal, ressaltaram a necessidade de estarem “fortalecidos” através do “conhecimento” e reconhecem a negociação e o diálogo enquanto ferramentas para a participação:

- *“[...] decidindo frente às situações. Agora, depois dessa conversa, ficou muito claro que é mais uma decisão que precisamos tomar (referindo-se a participação nos cuidados relacionados ao puerpério)” (gestante Tulipa).*

- *“[...] conversando e negociando, acho que como em todo o processo (referindo-se ao processo de parto e de nascimento). Não discutimos aqui, mas também vai ter as questões relacionadas à amamentação, ao bebê, enfim, muitas coisas nos esperam” (Gestante Rosa).*

- *“mas que bom que percebemos as possibilidades de escolher. Eu acho que devo isso ao grupo. Sempre busquei informação, mas acho que os encontros foram um estímulo para ver como essa realidade que vivenciamos (referindo-se ao parto e ao nascimento) é complexa” (acompanhante Lírio).*

Quando convidados por mim a avaliarem a oficina (“4º momento” ou momento de encerramento), os participantes entenderam a oportunidade de leitura e re-leitura da realidade simulada e escolhida coletivamente como importante, pois pareceram compreender que a reflexão precede a transformação:

- *“eu confesso que no começo achei que deveríamos conversar sobre todas as situações, mas logo entendi que para aprofundar essa conversa, tínhamos que escolher uma mesmo. Também acho que essas conversas fazem com que a gente se sinta responsável pelas coisas que vão acontecer com a gente durante o parto, né?” (gestante Rosa).*

- *“bom, eu achei muito bom. Acho que trocando informações, a gente não esquece. Eu quero dizer, porque a gente ajudou a construir e percebe como pode participar” (Gestante Zenia).*

São momentos como este, onde os seres humanos envolvidos, através de estímulos provocados por uma prática educativa, passam a se perceber como sujeitos de suas histórias, que reforçam a necessidade de se criar espaços dialógicos durante o pré-natal, devolvendo às pessoas a possibilidade de vivenciarem seus partos e nascimentos como momentos singulares, sob suas próprias perspectivas, em todas as suas etapas.

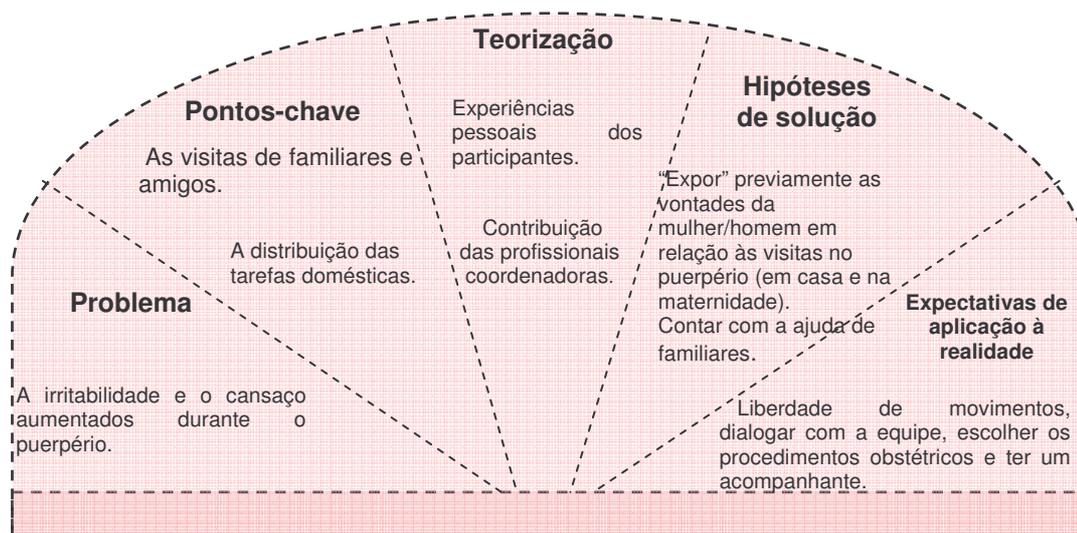


Figura 6 - Arco da Problematização referente à 6ª oficina realizada com o Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC - Florianópolis-SC, 2007.

7ª Oficina - Pensando e repensando como cuidar de um bebê

Participaram dessa oficina, que aconteceu no Grêmio do Hospital Universitário, no mesmo horário das anteriores, 4 gestantes (sendo que 1 dessas gestantes, também é "doula" e estudante de psicologia, que viera para conhecer o Grupo e convidar seus participantes para um estudo futuro) e 1 acompanhante (homem).

Marcando a "atividade central" da oficina, estimei as gestantes e o acompanhante para o desenvolvimento do tema "Cuidados com o bebê", através da formação de um "círculo de diálogo" ("3º momento" da oficina). Nesse momento, estavam presentes três das profissionais coordenadoras do Projeto, que eu havia convidado para atuarem como suporte teórico para a discussão. Quando provoquei os participantes do Grupo para decidirem que pontos desse tema gostariam de aprofundar, eles apontaram rapidamente o assunto "Cuidados de higiene com o bebê". Para iniciar tal reflexão, coloquei à disposição dos participantes alguns bonecos e banheiras, buscando encorajá-los a expor suas experiências em relação ao tema. Porém, antes mesmo de se aproximarem do material de apoio, o grupo pareceu um pouco inibido, expondo rapidamente seus medos e angústias:

- "eu tenho muitas dúvidas, acho que tenho medo de machucar" (gestante Prímula).
- "eu quero aprender a cuidar direitinho do umbigo, dos genitais [...]" (gestante Zênia).

Diante dos depoimentos, solicitei que, num primeiro momento, apenas "brincassem" com os modelos didáticos, procurando aconchegá-los e, simplesmente, levá-los ao colo. Após esse momento inicial, percebi que, um a um, começaram a

pegar os bonecos e a posicioná-los nos braços, imitando a ação como se fossem realmente recém-nascidos, pois a movimentação era delicada e o apoio vinha de ambos os braços. Quase todos “ninavam” os bebês. A partir daí os incentivei a explorarem os conhecimentos prévios sobre o assunto. As profissionais coordenadoras auxiliaram o grupo a refletir sobre os cuidados necessários. Enquanto compartilhavam informações, os participantes continuaram a manusear os bonecos carinhosamente, simulando uma espécie de “ensaio” para a realidade próxima. As informações trocadas referiram-se ao preparo para o banho e ao banho propriamente dito, aos cuidados com o umbigo e ao uso de vestimentas.

Assim, através do manuseio dos bonecos e dessa troca descontraída de informações, os participantes foram adquirindo gradativamente “confiança”, à medida que realizavam movimentos firmes durante a simulação didática dos cuidados de higiene do bebê. Apesar do empenho e afincos com que realizavam tais atividades, o fizeram em meio a risos e expressões faciais de tranquilidade.

Nesse momento, o grupo iniciou espontaneamente uma reflexão sobre os vários produtos disponíveis no mercado para o cuidado ao recém-nascido e então estimulei as gestantes e o acompanhante a pensarem na real necessidade de sua utilização. As respostas começaram a surgir, inicialmente tímidas:

- *“eu acho que eu comprava pela praticidade (referindo-se aos produtos à venda no comércio)” (gestante Calêndula).*

A reflexão evoluiu para o uso desses produtos nas instituições públicas e privadas e os participantes foram então dialogando com mais fluidez e debatendo o tema, desde a perspectiva se os produtos como lenços umedecidos, pomadas para “prevenir” assaduras, sabonetes líquidos, dentre outros, realmente são favoráveis do ponto de vista da saúde do recém-nascido, até a perspectiva se tais “dispositivos” não provocariam danos à “pele extremamente delicada do bebê”.

- *“acho que até pode usar lenço umedecido, mas ele têm substâncias químicas, pra manter ele umedecido dentro daquele suporte, tem conservantes. Então eu acho que pode ser disso que algumas crianças têm alergia” (gestante Zenia).*

- *“vai dar mais trabalho usar um pedaço de pano umedecido com água, mas se é pela segurança do bebê (referindo-se a prevenção de assaduras), tudo bem” (gestante Prímula).*

- *“e no hospital, será que eles (referindo-se aos profissionais) usam lenços umedecidos ou fraldinhas” (acompanhante Lírio).*

- *“ah, pois é. Acho que vai depender do hospital né! Do que as pessoas acreditam em relação ao cuidado com bebês” (gestante Rosa).*

O Grupo concluiu que a tendência à “praticidade”, e não ao seu efetivo benefício, deverá ser reavaliada em cada contexto, mas explicitaram que “o que não pode” é serem “vítimas” das indústrias do mercado. Diante disso perceberam-se como sujeitos de decisão, com capacidade para interferir nessa realidade:

- *“sem dúvida, a gente que vai ter que pensar em que vai querer para o nosso filho [...] e vai ser assim em tudo que estiver relacionado a nós e aos bebês. Mas, na verdade, quando temos conhecimento das coisas, podemos escolher” (gestante Tulipa).*

Um dos pontos mais importantes dessa oficina foi a manifestação verbal da tomada da “consciência crítica” pelos participantes:

- *“agora eu já penso que trocar esses conhecimentos aqui é bem importante (referindo-se ao Grupo), mas o mais importante, e penso também que esse deve ser um dos objetivos dos encontros, é que a gente perceba que precisa formar uma opinião. Eu tenho saído desses encontros bastante reflexivo” (acompanhante Lírio).*

- *“eu estava aqui pensando que eu só fiz escolhas pela praticidade até agora. Acho que eu tenho produtos da “Johnson” que lavam a cabeça e o corpo inteiro do bebê. E o pior é que eu comprei sem consciência que estava optando por um cuidado, como posso dizer: acho que capitalista, ou com reflexos diretos dessa realidade (risos)” (gestante Prímula).*

Como hipóteses de solução para que os cuidados do bebê sejam feitos a partir do que a mulher, o homem e os familiares (enquanto sujeitos) acreditam, explicitaram a importância de “buscar conhecimento”, conhecer a instituição de escolha para o parto e o nascimento, o diálogo prévio com os profissionais e a permanência de um acompanhante para auxiliar no respeito a essas escolhas:

- *“eu acho que o conhecimento que a gente vem compartilhando aqui, trocando, mudou um pouco a visão que eu tinha do nascimento. Eu vou procurar primeiro saber como é que o profissional que está me atendendo pensa, porque vamos*

precisar conversar e se pensarmos diferente, vamos ter que negociar muitas coisas” (gestante Tulipa).

Em relação às expectativas de participação, as gestantes e o acompanhante revelaram que esperam ser consultados sobre os cuidados realizados com os filhos, exercendo o direito que possuem de participar dos mesmos:

- *“acho que todas as coisas colocadas até aqui são direitos nossos, então, vou tentar fazer com que meus direitos sejam respeitados. Não vou brigar, não vou xingar, não vou ofender. O que eu quero é conversar sobre as coisas, mostrar os vários ângulos que aquele assunto tem” (acompanhante Lírio).*

Quando convidei os participantes para participarem da avaliação da oficina, encerrando as atividades do dia, eles reforçaram a tomada da “consciência crítica” sobre suas realidades:

- *“mais uma vez, instigante (referindo-se à oficina). Agora já estou entendendo o nascimento de um bebê de uma forma bem ‘maior’ (referindo-se à complexidade do processo) que pensava anteriormente” (acompanhante Lírio).*

- *“eu acho que, como falamos anteriormente, se mais pessoas tivessem acesso a grupos como esse, talvez a realidade brasileira do nascimento como um todo, que compartilhamos naquele outro dia (referindo-se a 5ª oficina), seria muito diferente” (gestante Tulipa).*

- *“eu também achei muito bom. Pena que a gente não tem oportunidades como essa durante todo o pré-natal. Sim, porque hoje percebo que já deixei de decidir muitas coisas” (gestante Zenia).*

Esta oficina foi mais um exemplo da necessidade que o Grupo tem de adotar uma postura menos ingênua perante a realidade, pois faz demonstrações claras de que a problematização estimula a capacidade do ser humano para tornar-se um participante ativo da transformação social.

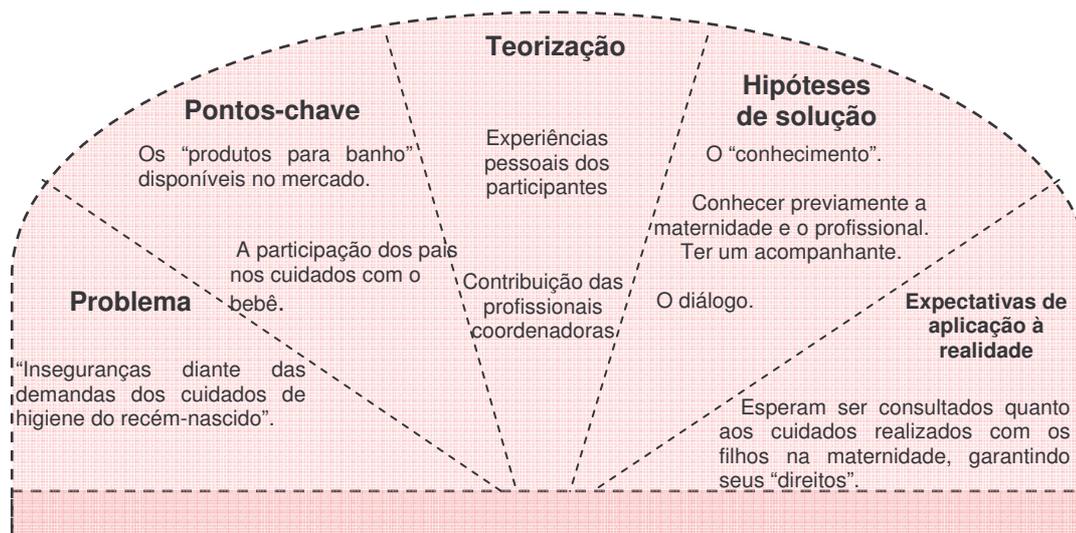


Figura 7 - Arco da Problematização referente à 7ª oficina realizada com o Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC - Florianópolis-SC, 2007.

8ª Oficina - Interagindo com a realidade institucional

Essa oficina foi realizada na Maternidade do Hospital Universitário (inicialmente na sala de aula da Maternidade, passando pela Triagem Obstétrica, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto e retornando para a referida sala de aula), das 14:30 às 17:30h. Participaram 7 gestantes e 3 acompanhantes (homens), além de duas das profissionais coordenadoras do Projeto.

Nessa oficina, a "atividade central" foi a própria visita à maternidade e as reflexões que dela emergiram. Assim, trocando olhares curiosos e atentos entre si, conduzi o Grupo na visita à Triagem Obstétrica, ao Centro Obstétrico (com o pré-parto, as salas de parto, a sala dos cuidados com o recém-nascido e a sala de pós-parto imediato) e ao Alojamento Conjunto. Nessa ocasião havia apenas uma mulher em trabalho de parto, que acabou parindo ainda durante a visita (acontecimento não presenciado pelo grupo em respeito à privacidade da parturiente).

Como facilitadora, estimei o Grupo em todos os "locais" da visita, sendo que esse estímulo resultou em importantes reflexões.

Durante a visita à Triagem Obstétrica, as gestantes e seus acompanhantes perceberam semelhanças da estrutura física com a realidade encontrada no pré-natal que vivenciam em outras instituições, evoluindo para uma reflexão sobre a importância da familiarização com o ambiente para que se sintam à vontade para acompanhar as ações dos profissionais de saúde que os assistirem quando de suas entradas e permanências na instituição-maternidade:

- “[...] se eu estou familiarizada com um lugar, eu vou me sentir mais segura para questionar as coisas ou para expressar minha opinião” (gestante Zenia).

- “pensando assim fica muito fácil perceber como os profissionais pensam né? Sim, porque eles nos dão vários indícios durante o pré-natal (referindo-se às posições autoritárias dos profissionais de saúde), mesmo que não falemos abertamente com eles sobre o assunto” (acompanhante Sécia).

A visita à sala de pré-parto foi um momento de reflexão para o Grupo sobre a “imagem de parto” que compartilham com seus pares, bem como suas “inserções” nesse processo, enquanto sujeitos:

- “então é pra cá que a gente vem quando está em trabalho de parto! Que engraçado, eu imaginava um ambiente diferente [...] não sei, acho que com mais aparelhos (referindo-se a equipamentos médico-cirúrgicos)” (gestante Rosa).

- “claro, vocês já viram os partos que passam na televisão? São todos cirúrgicos! Aí a gente fica com essa idéia” (gestante Prímula).

- “na verdade eu acho que a gente já está aprendendo a analisar as coisas. A diferenciar o que nós achamos certo e o que achamos errado. Acho que vamos dar um pouco mais de trabalho para a equipe de saúde no dia do parto (risos)” (acompanhante Lírio).

Dentre os locais visitados, os que mais parecem ter chamado a atenção dos participantes foram a sala de cesariana e a sala de parto vaginal, mostrando que a via de parto é bastante significativa para eles. Os participantes olhavam atentos para o ambiente, bem como simularam posições variadas de partejar nas “cadeiras de parto” (espécie de cadeira criada para que a mulher possa adotar variadas posições durante o parto, além de ficar em uma altura suficiente para que o obstetra fique com um bom campo visual). Nesse momento, suas expressões perderam a suavidade que vinham apresentando. Assim, iniciaram-se espontaneamente reflexões em torno do tema:

- “vou experimentar a posição de cócoras para ver se eu vou querer mesmo. Assim, na hora, vou poder escolher com mais certeza” (gestante Prímula).

- “eu vou fazer cesárea mesmo, não tenho mais nenhuma dúvida. Essa história de parto normal me deixa ansiosa, eu tenho medo. Já decidi com minha médica, considerando os prós e os contras” (gestante Margarida).

- *“estávamos aqui conversando (Rosa e seu acompanhante) que esse é o ‘nascimento’ que a televisão considera e dissemina como ‘normal’ (referindo-se à sala cirúrgica). Como a televisão é o meio de comunicação mais popular atualmente, é esse o estímulo que recebemos” (gestante Rosa).*
- *“eu acho que poucas pessoas pensam na cesárea como uma opção para as intercorrências do parto. As pessoas pensam que ela foi uma descoberta que veio para ajudar a mulher, para modernizar o parto, e só!” (gestante Zenia).*
- *“a gente mesmo é um exemplo. Todo mundo aqui é instruído e não pensávamos assim? Na verdade o que as pessoas precisam é de um estímulo (referindo-se à oportunidade de refletir)” (gestante Prímula).*

Acredito que o Grupo, a partir dos estímulos metodológicos vivenciados, realizou com criticidade e reflexão, inúmeras re-leituras de suas realidades, que provavelmente resultarão em novas expectativas de participações durante os partos e nascimentos institucionalizados, pautadas nos seus reconhecimentos enquanto sujeitos de suas histórias e corroborando com um pressuposto inicial dessa proposta de que, quanto mais reflete sobre sua realidade, mais o ser humano consegue analisá-la, mais consegue compreendê-la e transformá-la.

Durante a visita à sala de pós-parto e alojamento conjunto, o grupo já demonstrava sinais de cansaço, dificultando possíveis reflexões. Porém, como optaram por continuar a visita, assim o fizemos. Exercitando meu papel de facilitadora, decidi que disponibilizaria ao Grupo uma nova oportunidade de reflexão, agora com um olhar geral sobre a estrutura física da maternidade.

De maneira geral, o reconhecimento do ambiente obstétrico pareceu aproximar o grupo à realidade do parto e do nascimento, estimulando a reflexão. Para a abordagem problematizadora, a construção do conhecimento pelos próprios sujeitos, através da ação-reflexão-ação, é eficaz quando parte das suas realidades (podendo ser expressadas pelos sujeitos ou relacionadas à situação em que se encontram).

A partir das “escolhas” relatadas pelos participantes em suas falas anteriores, convidei-os para refletirem sobre como poderão fazê-las com maior facilidade e segurança. Foi consenso que o conhecimento poderá proporcionar facilidade na tomada de decisão compartilhada com os profissionais, com segurança e responsabilidade, aparecendo assim como hipótese de solução para conseguirem

realizar “escolhas” dentro das instituições. Também decidiram fazer em casa e compartilhar na próxima oficina um “plano de parto”, como um exercício para expressar essas “escolhas”.

O plano de parto, que consiste em uma lista de itens relacionados ao parto, sobre os quais os sujeitos envolvidos refletiriam, inclui “escolhas” sobre como e onde terão o bebê, quem vai estar presente, quais são os procedimentos médicos que aceitarão e quais preferem evitar, havia sido brevemente comentado pelo Grupo durante a 5ª Oficina, bem como seu uso não institucionalizado nas maternidades brasileiras. Mesmo assim, o exercício foi considerado importante pelo Grupo:

- *“eu acho que o ideal é a junção do conhecimento do profissional com o nosso” (acompanhante Lírio).*
- *“agora você tocou no ponto que eu queria chegar: o conhecimento. Eu acho que é ele que a gente tem que buscar pra conseguir analisar as coisas e depois escolher o que queremos” (gestante Zenia).*
- *“porque a gente não combina então de fazer um plano de parto para o próximo encontro?” (gestante Prímula).*

Como expectativas, declaram a esperança de terem liberdade de movimentos, de escolherem em conjunto com a equipe e através do diálogo, os procedimentos obstétricos, de conversarem aberta e constantemente com os profissionais e contarem com o acompanhante para negociar com a equipe no momento em que as “contrações aumentarem”. Tais expectativas também foram expressas como estratégias a serem adotadas quando estiverem em trabalho de parto nas Maternidades:

- *“eu gostaria de ter liberdade de movimento (referindo-se às posições adotadas durante o parto). Vou negociar com a equipe a colocação de soros. Só mesmo se for necessário” (gestante Tulipa).*
- *“acho que precisaremos negociar várias coisas, né? (referindo-se aos procedimentos obstétricos). Nós pretendemos conversar bastante com a equipe (referindo-se a ele e sua esposa). Negociar, né, hoje eu percebo isso como possível. Antes eu pensava que estaria à mercê da instituição” (acompanhante Lírio).*

Quando os convidei a avaliar esta oficina (“4º momento”), o Grupo manifestou prontamente sua opinião:

- “eu achei mais uma oportunidade de analisar o que vai acontecer com a gente em breve. Só acho que causou mais ansiedade pelo ambiente. Sim, porque se pôr exemplo, o encontro de amamentação fosse num banco de leite, o de banho do bebê em um berçário, seria a mesma coisa. São partes de um mesmo processo. Então, acho que gostei bastante por ser, como posso dizer: mais real” (gestante Tulipa).

Esta oficina mostrou que o conhecimento construído no decorrer das vivências, bem como a possibilidade de novas leituras de mundo, foram reconhecidas pelo Grupo como agentes transformadores das suas realidades, pois pretendem, a partir dele, vivenciar o parto e o nascimento enquanto sujeitos, com opiniões e preferências próprias, advindas do debate ampliado e crítico em torno do tema.

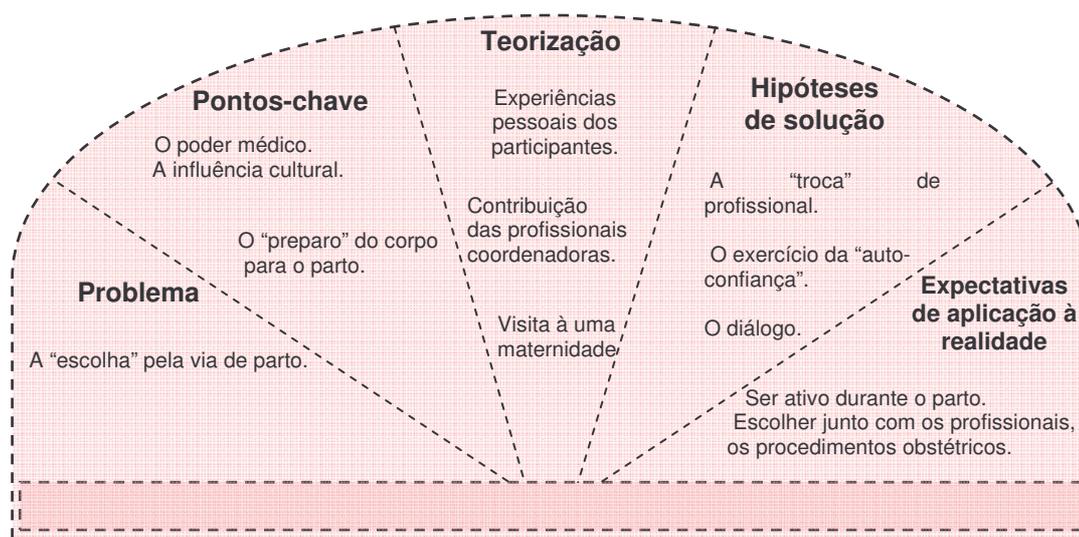


Figura 8 - Arco da problematização referente à 8ª oficina realizada com o Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC - Florianópolis-SC, 2007.

9ª Oficina - Lendo e re-lendo as realidades individuais e coletivas

Conforme combinado previamente com o Grupo, realizamos uma avaliação da proposta trabalhada ao longo das oficinas. Nesta oficina adicional, busquei articular uma síntese final da prática desenvolvida. Embora se reconheça que diversas “sínteses” foram efetuadas em cada uma das oficinas, considerei que uma análise final seria recomendada, uma vez que, neste momento, as pessoas que

integraram o Grupo estariam se conhecendo melhor, tendo graus maiores de intimidade e, provavelmente, já estariam imbuídas dos objetivos a serem alcançados em direção às possibilidades de participação durante o parto e o nascimento na instituição hospitalar. Participaram dessa oficina, realizada no Grêmio do Hospital Universitário, no mesmo horário das anteriores, por opção coletiva, 4 gestantes, além de 2 das profissionais coordenadoras.

Como início das atividades do dia (“1º momento”), compartilhamos um intervalo disponível para exposição dos “planos de parto”, já que o grupo havia decidido por realizar um esboço, na oficina anterior, como “exercício de casa”. Como facilitadora, entendi que esse seria um momento de diálogo efetivo, de igual oportunidade para cada participante exercer a palavra enquanto ferramenta para expor suas “escolhas”. Escolhas essas que foram construídas ou transformadas através da reflexão crítica da realidade mediada pelo diálogo, ao longo das oito oficinas anteriores, e que, provavelmente, foram baseadas nas suas necessidades, preferências e direitos enquanto cidadãos.

Para tal, julguei importante proporcionar aos participantes a oportunidade de refletirem e exporem, se assim o quisessem, sobre o que pensam acerca de participar durante o parto e o nascimento institucionalizados, como se sentem em relação a isso e o que pretendem fazer para tal, pois entendi que assim, a reflexão ganharia maior complexidade e contribuiria para a “construção do conhecimento” que manifestaram interesse em realizar durante o desenvolvimento de todas as oficinas. O exercício, prontamente aceito pelo Grupo, revelou movimentos de ação-reflexão-ação que o pensamento crítico acerca da realidade vivenciada pode proporcionar, fortalecendo os seres humanos envolvidos e promovendo-os enquanto sujeitos ativos e transformadores da própria realidade:

- *“antes dos encontros eu não sabia que a gestante poderia opinar. Achei muito bom saber de tudo isso, pois isso me ajudou a saber exatamente o que eu quero em relação ao dia do parto” (gestante Prímula).*

Como facilitadora, pude agora aprofundar a premissa freireana de que, quanto mais se reflete sobre algo, mais se analisa, mais se compreende e mais se pode contribuir para a transformação:

- *“acredito que saberei o que fazer na hora (parto); isso me traz confiança e muita segurança” (gestante Prímula).*

- “eu acho que a gente vai esbarrar em muitas situações assim, que às vezes você pensa assim, ‘puxa, sabe, e aí, o que eu faço agora’? Mas o que a gente não pode é deixar de acreditar, e deixar de lutar, e deixar de tentar conquistar as coisas que a gente acredita serem boas para a gente. E quanto mais fortalecida a gente estiver, nesse sentido, do parto, do nascimento, melhor a gente vai conseguir argumentar, trocar experiências com esse profissional e tentar alcançar o nosso objetivo, seja ele o parto normal, seja ele a cesariana. Então, que a situação não vai ser a ideal para a maioria de nós, como deveria ser, isso infelizmente é uma coisa que a gente conhece, que a gente sabe que acontece, porque o parto acabou se tornando algo que é dos profissionais e não nosso! Agora, que a partir das discussões, das conversas com esse profissional, ela (referindo-se à ‘situação’ do encontro e das interações dentro da Maternidade) pode se transformar em uma situação ideal, também é um fato!” (gestante Calêndula).

Foi consenso do Grupo que a reflexão, a busca e a construção do conhecimento, bem como o diálogo, apresentam-se como hipóteses de solução para garantir a possibilidade de participação durante o parto e o nascimento institucionalizados:

- “[...] por isso que tem que ter informação, tem que tentar saber o máximo possível, para o que vai estar acontecendo na hora, e na hora poder argumentar, né! Não só escutar e achar que tem que ser assim, saber alguma coisa. Eu quero dizer negociar com a equipe, que está ali para nos ajudar” (gestante Hortência).

- “[...] eu acho que o diálogo é uma possibilidade pacífica de reivindicar os nossos direitos” (gestante Calêndula).

Como expectativas de participação, relatadas através do exercício “o que pretendo fazer”, o Grupo revela o desejo de poder opinar, expor suas preferências, compartilhar um “plano de parto” e ter liberdade para respeitar os instintos do corpo, em consonância com os aspectos obstétricos e neonatais relacionados ao parto e ao nascimento.

- “[...] eu espero que eu possa ter o acompanhante, que ele esteja presente, que cuide de mim, que ele vá acompanhar ou fazer toda a limpeza do bebê. Pra que isso aconteça, pretendo conversar e negociar com a equipe” (gestante Calêndula).

- *“eu pretendo opinar sempre que possível, pois espero que tudo aconteça dentro das minhas expectativas. Quero ter a equipe do meu lado e não contra mim” (gestante Prímula).*

- *“eu espero que a equipe de saúde respeite o meu ritmo no momento do parto. Mas pra isso, sei que vou precisar conversar bastante” (gestante Hortência).*

Assim, após momentos ímpares de reflexão, convidei o Grupo para avaliar a oficina. Vivenciar esse momento foi para mim um misto de tristeza e de felicidade. Ao mesmo tempo em que fiquei feliz por observar a nítida ação-reflexão-ação do grupo, percebi uma “ponta” de tristeza por nossa prática educativa ter chegado ao fim. Porém, a satisfação de reconhecer o despertar da “consciência crítica” do Grupo foi maior:

- *“o que contribui para mim hoje, assim, é que ‘caiu a ficha’ de que vai que tenha que ser uma cesárea, né! Porque até então, parto normal, normal, normal, né! Me fez refletir assim. Eu sei que se for preciso, mas eu não tinha pensado mesmo, o que fazer, o que não fazer, o que eu quero, isso foi muito legal. Preciso preparar-me para o parto normal, mas não posso desesperar-me se necessitar de uma cesárea. Vou conversar com a equipe e encontraremos juntos o melhor caminho. Ninguém vai se negar a conversar comigo!” (gestante Calêndula).*

- *“eu aconselho até vocês divulgarem mais, porque eu não sei o que seria de mim, porque essas informações que eu tive aqui foram muito, muito, muito importantes. Nossa, eu não tinha noção nenhuma da minha realidade! Acho que refletimos muito juntos e aprendemos a confiar em nós [...] foi muito, muito bom mesmo” (gestante Prímula).*

- *“eu consegui identificar minhas preferências e achei isso fantástico. Sim, porque aí o meu parto vai ser do meu jeito. As mulheres às vezes não têm essa informação, aí vão acatar, porque elas confiam, porque o médico ainda tem esse poder, que ele sabe, ele é dono do saber e, quer dizer, ele não leva em consideração as vontades das mulheres, a menos que elas conheçam os seus direitos. Isso foi o que mais gostei no grupo: essa nova forma de ver o meu parto. Me faz refletir, de estar vindo aqui, de estar buscando mais informações” (gestante Hortência).*

Essa oficina proporcionou um momento muito intenso, uma vez que levou o Grupo à reflexão individual e coletiva, de forma complexa, acerca das possibilidades de transformação da realidade vivenciada. Isto, entendido aqui como uma construção

humana que pode ser, por direito, constantemente melhorada pelos cidadãos que a compõem (as gestantes e seus acompanhantes em co-responsabilidade com os profissionais de saúde).



Figura 9 - Arco da problematização referente à 9ª oficina realizada com o Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC- Florianópolis-SC, 2007.

CAPÍTULO 6 - EXPECTATIVAS DE PARTICIPAÇÃO ATIVA DAS GESTANTES E ACOMPANHANTES NO PARTO E NASCIMENTO HUMANIZADOS

Neste capítulo, buscando responder ao primeiro objetivo dessa dissertação, apresento, em 5 categorias, a análise global das expectativas das gestantes e seus acompanhantes sobre suas participações para que o parto e o nascimento institucionalizados sejam humanizados. Assim, passo a apontar o foco discutido em cada uma das categorias.

A **primeira categoria**, que considera a escolha dos sujeitos pela via de parto, a partir da reflexão sobre suas particularidades, é composta por duas subcategorias: na primeira, discutem a necessidade de preparar o corpo, resgatando poderes e saberes femininos; e na segunda, a necessidade de buscar saberes profissionais que permitam pesar “prós e contras” para a tomada de decisões sobre as vias de parto.

Na **segunda categoria**, o foco da análise é a assistência profissional e institucional que os sujeitos julgam adequadas no decorrer da gestação e do parto. Para isso, traz à tona, em duas subcategorias, que a realização do pré-natal deve ser com profissional competente tecnicamente, mas que comungue dos mesmos princípios e valores que eles; e que a escolha da maternidade deve estar ancorada na filosofia que a mesma adota para assistir as mulheres, seus acompanhantes e os recém-nascidos.

Como **terceira categoria**, analiso a reflexão, a formação de opinião e a participação dos sujeitos no parto e nascimento. Sob essa ótica e em quatro subcategorias, os dados apontam para a necessidade de perceber que há diferentes interesses presentes no processo de parturição; para a necessidade de entender que há interesses ocultos nos produtos e serviços oferecidos aos que vivenciam o processo; para a necessidade de resgatar a idéia de que o evento do nascimento é um evento da família, com apoio dos profissionais; e, por fim, apontam os direitos civis dos sujeitos, bem como as possibilidades e dificuldades para alcance dos mesmos.

A **quarta categoria** traz considerações e reflexões que apontam o diálogo como forma de negociação dos sujeitos com os profissionais.

Na **quinta** e última **categoria**, os dados mostram os sujeitos em direção a um novo modo de pensar o nascimento e o parto. Essa categoria ainda traz, em quatro subcategorias, a importância e os significados do saber profissional e possibilidades de negociação do mesmo; a diversidade de informações como estratégia para o fortalecimento das decisões; as possibilidades de troca vivenciadas nos grupos de gestantes; e a relevância de ouvir quem já passou pela vivência concreta do parto.

6.1 ESCOLHENDO O PARTO VAGINAL COMO PRIMEIRA OPÇÃO PARA DAR À LUZ

Os diálogos coletivos vivenciados durante as oficinas que serviram de instrumento para a coleta de dados dessa pesquisa demonstraram a preferência quase que absoluta dos sujeitos envolvidos pelo parto vaginal como primeira opção para dar à luz. O depoimento de uma das participantes evidencia tais expectativas:

“[...] é, eu penso em ter parto natural, to me preparando pra isso. Natural e ativo, sem anestesia, sem nenhum procedimento cirúrgico” (Orquídea).

Tal posicionamento chama a atenção por contrariar a realidade nacional no que se refere aos elevados índices de partos cirúrgicos. Mesmo que essa experiência tenha sido vivenciada com um número reduzido de pessoas, 35 gestantes e 16 acompanhantes, ela corrobora com os achados de outros autores.

Faúndes et al. (2004), ao pesquisarem a opinião de mulheres brasileiras, sobre suas preferências pela via de parto, encontraram realidade semelhante. A absoluta maioria das mulheres entrevistadas pelos pesquisadores (mais de 70%) apontou a via vaginal como melhor opção. Dados semelhantes foram encontrados nos estudos de Oliveira et al. (2002), Hotimsky et al. (2002) e Barbosa et al. (2003).

Segundo Hotimsky et al. (2002), os motivos apontados pela maioria das mulheres que escolhem o parto vaginal como primeira opção para parir são: a recuperação pós-parto mais rápida, o medo de um parto cirúrgico e suas possíveis seqüelas (hemorragia pós-parto, infecção dos pontos, dentre outras) e, no caso das multigestas, também foram consideradas as experiências anteriores de partos normais que lhes foram, em alguma medida, satisfatórias.

Das 35 gestantes com as quais convivi durante a realização deste trabalho, 27 eram primigestas e 08 eram multigestas. Dentre as primigestas, os principais motivos que as levavam a “desejar” ter um parto vaginal eram: recuperação mais rápida do processo do parto, menor tempo de repouso no leito, menor risco de infecção, menor sujeição às demais complicações potencializadas pelos procedimentos cirúrgicos e, ainda, a probabilidade de ocorrer maior segurança para o bebê, caso o nascimento ocorra à termo.

“Eu acho que vou me recuperar mais rápido e tal. Também penso muito na segurança do meu bebê. Sei que vai ser melhor ele nascer por parto normal [...]” (Margarida).

“Na verdade, inicialmente eu tinha pensado em cesárea, porque eu não tinha pensado nas conseqüências de uma cesárea eletiva pro bebê. Quando eu comecei a analisar as conseqüências desta escolha, mudei de opinião [...]” (Frésia).

“Realmente eu sei que existem muito mais complicações no pós-parto em cesariana do que no parto normal” (Acácia).

“Como qualquer outra cirurgia, ela [a cesárea] exige muita coisa, como repouso, não pegar peso, aumenta o risco de infecção. Parto normal, não, tudo isso é ao contrário [...]” (Camomila).

Dentre as multigestas, além desses motivos, também foram citadas as experiências anteriores que foram consideradas positivas. Nesse sentido, alguns homens e mulheres já pensavam, anteriormente às oficinas, em optar pela via vaginal como primeira opção para dar à luz.

“Eu pretendo fazer parto normal, à princípio [...]” (Margarida).

“[...] eu não penso em fazer cesariana, eu sempre quis ter parto normal [...]” (Angélica).

Outros, que representam a grande maioria, construíram essa opinião no decorrer das oficinas:

“[...] agora que eu participo (referindo-se à participação no Grupo) eu to lendo mais sobre os tipos de parto e estou conseguindo decidir [...]. Pesando as vantagens e desvantagens, escolhi ter parto vaginal” (Angélica).

“acho que agora (referindo-se às oficinas) estou entendendo o que já queria (referindo-se ao parto vaginal), mas por puro instinto” (Bromélia).

Assim, os participantes consideraram a via vaginal como preferencial, seja anteriormente à inserção no grupo de gestantes, seja como opção resultante da discussão no interior das oficinas, após a análise das particularidades envolvidas. Tais particularidades englobavam debates sobre os riscos e os benefícios de cada

tipo de parto. Seus depoimentos são reveladores de que se apropriaram de informações que fizeram sentido no contexto social e institucional em que vivem. Estas considerações vão ao encontro do pensamento de Vella e Stotz (1994), pois os mesmos acreditam que se os seres humanos têm um melhor dimensionamento da realidade que vivenciam, adquirem autonomia para decidir e agir sobre ela.

Ao escolherem pela via vaginal como primeira opção para dar à luz, os sujeitos desta pesquisa resgatam o parto e o nascimento como fenômenos fisiológicos, sem deixar de considerar o processo de medicalização sofrido no decorrer dos tempos, bem como as suas conseqüências práticas. Nos últimos anos, em concordância com o movimento de humanização do parto e do nascimento, são inúmeros os autores que têm publicado suas percepções, idéias e estudos acerca desse assunto, à exemplo de Rattner e Trench (2005), que argumentam que o processo de medicalização se deu em decorrência da transição do parto domiciliar para o institucional e contribuiu sobremaneira para essa visão patológica que a sociedade construiu acerca de um processo, até então, considerado e assistido como sendo fisiológico.

Porém, os sujeitos envolvidos na pesquisa, ao contraporem suas escolhas com a realidade nacional, concluíram que os altos índices de partos cirúrgicos estão mais relacionados às escolhas feitas pelos profissionais ou sobre influência direta dos mesmos, do que à vontade das mulheres e homens que vivenciam o processo. Barbosa et al. (2003) também acreditam que os altos índices de cesárea refletem muito mais uma cultura médica do que uma real preferência das parturientes e acompanhantes.

Assim, tanto as gestantes quanto seus acompanhantes, ao abordarem idéias, valores e percepções com os companheiros de grupo, tiveram ricas oportunidades de debaterem sobre as modalidades distintas de parto, bem como sobre os distintos atores e interesses envolvidos em cada uma delas. Contudo, entendem que, para garantir o preparo adequado para essa vivência, é fundamental preparem-se fisicamente para o mesmo, bem como criarem um corpo de conhecimentos que lhes propiciem maior fortalecimento na compreensão e aceitação (se for o caso) das mudanças de trajeto, frente a mudanças que poderão advir do progresso do trabalho de parto ou mesmo diante de ocorrências inesperadas.

6.1.1 Preparando-se fisicamente para vivenciar o parto

O preparo físico por meio de exercícios de respiração, alongamento, fortalecimento e relaxamento é entendido pelas gestantes e seus acompanhantes como sendo indispensável para vivenciarem partos que correspondam às suas expectativas.

“Se você não pode fazer exercícios específicos, vai fazendo exercícios básicos [dirigindo-se a outra gestante do Grupo], assim, tipo caminhada. Já ajuda a preparar pro parto” (Tulipa).

“Preciso preparar mais o meu corpo pro parto; eu estou precisando de exercício mesmo [...]” (Margarida).

Embora sinalizem suas preferências pelo parto vaginal como primeira opção para dar à luz e entendam que o preparo físico do corpo seja ainda mais benéfico para quem almeja a realização desse tipo de parto, trazem à tona interessantes reflexões quando reconhecem a importância do preparo físico também para a modalidade de parto cirúrgico.

“[...] por enquanto eu posso dizer que quero tentar primeiro um parto normal, mas quero saber tudo sobre o progresso ou não do parto para entender o motivo de ter que fazer ou escolher uma cesárea [...], porque se fizer uma cesárea, quero participar ao máximo, decidindo tudo que puder. Acho que o preparo do corpo deve ser o mesmo pros dois tipos de parto, porque aí a gente se fortalece física e emocionalmente [...]” (Frésia).

O depoimento da gestante, ao enfatizar a importância do preparo para a participação efetiva durante o parto, seja ele vaginal ou cirúrgico, demonstra divergência da realidade nacional. Segundo Diniz (2001), a transformação das práticas obstétricas e sua conseqüente medicalização resultaram em partos e nascimentos “conduzidos ou controlados” profissionalmente, principalmente os realizados cirurgicamente (que representam a grande maioria na realidade atual). Nesse sentido, as gestantes e acompanhantes concluíram que muitas pessoas, ao sofrerem influência desse processo, optam ou são induzidas a optar (sendo que acreditam mais nessa última possibilidade) pela modalidade cirúrgica, por considerá-la mais segura e prática. Além disso, consideram que essas pessoas erroneamente associam tal escolha com a isenção de decisões e posicionamentos futuros. Para os participantes desta pesquisa, uma vez que tomaram consciência da realidade que os cerca, o preparo do corpo pode qualificá-los para vivenciarem partos que

correspondam às suas expectativas, ou seja, vaginais, ou mesmo para partos cirúrgicos, se for necessário.

Essa concepção “moderna” de se reapropriar do parto, vivenciando-o ativamente, é vista por muitos pesquisadores como privilégio de pequenas parcelas da população que, pertencentes a uma classe social mais favorecida, têm acesso a fontes variadas de informações. Para Tornquist (2002), essas fontes de informação são fundamentadas em duas vertentes distintas de pensamento: a biomédica e a alternativa ou naturalista. A biomédica, para esta autora, é tipicamente ocidental, e considera o parto do ponto de vista biológico, defendendo o controle profissional (especializado) e o uso da tecnologia de ponta na assistência obstétrica como um todo. O depoimento de uma das gestantes mostra a consciência do Grupo em relação a isso:

“[...] a cesárea sem indicação representa essa coisa ocidental de parto moderno [...]. Preparando nosso corpo poderemos resgatar o poder feminino [...]” (Tulipa).

Além de reconhecer a influência da vertente biomédica na assistência ao parto e ao nascimento, esse depoimento chama atenção para a consciência da vertente alternativa ou naturalista. Para Diniz (2005), essa vertente surgiu com o ideário do Movimento de Humanização do Parto e Nascimento, a partir da década de 80, e sob forte influência do movimento feminista. Essa forma de assistir em obstetrícia, ainda, para essa autora, é centrada na condição natural da mesma, valorizando o biológico e o instintivo da mulher, sua sexualidade e sua capacidade reprodutiva. Tal percepção é explícita no depoimento de uma das gestantes:

“eu vejo o momento do parto como o ápice da feminilidade de uma mulher [...]. Ela tem o poder de parir [...] é fantástico [...]” (Bromélia).

Diniz (2002) acredita que o Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento estimulou a criação de uma “antropologia do parto”, resgatando poderes e saberes femininos que o processo civilizatório teria eliminado. Tornquist (2002) afirma que esse resgate construiu uma espécie de “pedagogia do parto”, onde as mulheres são estimuladas, através de cursos preparatórios, fundamentados principalmente em exercícios físicos, a aprender a parir (ou resgatar esses conhecimentos) dentro desta visão naturalista. Porém, para esta mesma autora, a busca por este conhecimento ou resgate, quando feita de forma individualizada, é típica de segmentos urbanos intelectualizados, que buscam alternativas às formas

convencionais de parir. Podemos considerar que os participantes dessa pesquisa representam este segmento, uma vez que a grande maioria (77,1%) possui 3º grau ou é estudante de pós-graduação.

Vale lembrar que tal resgate também pode ser estimulado coletivamente, sem que os indivíduos o reconheçam como ideário de assistência ao parto e ao nascimento ou busquem conscientemente pelo mesmo, à exemplo das experiências institucionais, como no caso de algumas maternidades públicas do país, que contam com a ação de profissionais identificados com o Movimento ou ainda são ativistas do mesmo (TORNQUIST, 2002). Tal observação é aplicável ao Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos onde esta pesquisa foi realizada, conforme demonstra o depoimento de uma das gestantes:

“eu acho que os próprios exercícios físicos que a gente realizou [referindo-se aos momentos de dinâmica corporal que foram propostos no início de cada uma das oficinas] fizeram com que a gente sentisse que o nosso corpo, quando exercitado, é preparado para o parto [...]” (Tulipa).

Outra característica importante da vertente naturalista e fortemente valorizada pelas pessoas identificadas com o Movimento em questão é o resgate ao “parto de cócoras”. Para Collaço (2002), apesar de ter perdido espaço nos últimos anos, o parto vertical aparece nos registros mais antigos como via utilizada pelas mulheres para parir, uma vez que facilita a “passagem do bebê” pelo canal de parto, bem como permite maior liberdade à parturiente. Assim, pode-se afirmar que a diminuição do seu uso se deu em consequência da disseminação da obstetrícia moderna e da apropriação da sexualidade feminina pelo universo masculino. Em contrapartida, Tornquist (2002) acredita que o empoderamento das mulheres, na perspectiva do resgate dos poderes e saberes femininos, justifica a escolha desta via por parcelas da população, sejam elas pertencentes a elites intelectualizadas ou tenham elas sofrido estímulos externos de ativistas do Movimento. Tal afirmação pode ser confirmada com os depoimentos de algumas das gestantes:

“como eu sempre quis ter parto de cócoras, fiz um monte de exercícios físicos durante a minha gestação. Hoje, olhando para essa sala [referindo-se à sala de parto que estava sendo observada durante a visitada realizada ao Centro Obstétrico], tive a certeza de que isso será fundamental no momento do parto” (Magnólia).

“[...] mas se ela [referindo-se a outra gestante do Grupo] quer ter um parto de cócoras eu acho que se preocupar com a flexibilidade é bem importante.

Também fortalecer o músculo da coxa, mesmo que não vá ficar muito tempo na posição eu acho que é bem importante” (Tulipa).

“[...] é, acho que eu tenho que fazer bastante exercício pra começar a me preparar se quiser ter parto de cócoras” (Margarida).

Assim, a partir dos depoimentos das gestantes e seus acompanhantes, podemos considerar que o preparo físico para o parto, para a maioria deles, é visto como uma forma de resgatar o poder feminino diante do processo de parir.

Corroborando com tal achado, Artal, Wiswel e Drinkawater (1999) afirmam que os programas multidisciplinares de preparação para o parto, caracterizados pelo desenvolvimento de métodos educativos, atenção psicológica e preparo físico específico durante o pré-natal, estão se tornando comuns e cada vez mais procurados pela maioria das gestantes, com o objetivo de assegurar o controle sobre seu corpo e sua gestação, introduzindo-as na prática de exercícios que resultam em equilíbrio físico e psíquico, com conseqüente sensação de bem-estar.

Além de proporcionar o referido bem-estar e segurança no período gestacional, estes sujeitos acreditam que o preparo do corpo, através de exercícios físicos de relaxamento e respiração, é imprescindível para viverem a experiência do parto com maior tranqüilidade.

“Os exercícios físicos ajudam porque a maioria das pessoas tem medo de não agüentar a dor do parto, de não conseguir parir, essas coisas todas [...] então, eles nos deixam mais calmas e confiantes na nossa capacidade de parir [...]” (Tulipa).

Com relação a esta expectativa apontada pelas gestantes e acompanhantes, que também demonstra a tentativa de vivenciarem partos e nascimentos “naturalistas”, podemos trazer à tona um estudo realizado por Almeida et al. (2005), em que as autoras, ao observarem 35 gestantes (18 como grupo de estudo e 17 como grupo controle), concluíram que exercícios de respiração e relaxamento não diminuíram a dor no momento do parto, mas reduziram significativamente a ansiedade, o que proporcionou maior sensação de bem-estar e segurança para as mulheres. Moreira et al. (2006), igualmente, acreditam que a atenção destinada à mulher, incluindo orientações de exercícios de respiração e de relaxamento (massagens) ajudam a diminuir a ansiedade, contribuindo, inclusive, para tornar o parto um evento mais prazeroso. Tornquist (2002), quando discorre sobre o ideário do Movimento de Humanização do Parto e do nascimento, enfatiza a busca dos ativistas não apenas pela diminuição da dor através da diminuição da ansiedade no

momento do parto, mas da possibilidade do prazer para mulheres que consigam total domínio sobre sua sexualidade, através do controle da musculatura pélvica.

Mamede, Almeida e Clapis (2004) também defendem que o preparo do corpo e da mente, associado à liberdade de movimentos no momento do parto, pode oferecer sensações tão agradáveis que chegam a tornar o momento prazeroso para a mulher.

Corroborando com esses estudos, as gestantes participantes desta pesquisa, ao realizarem as técnicas de respiração e relaxamento, referiram tranqüilidade e maior confiança no preparo físico de seus corpos para o momento do parto.

“Me preparo para o parto com exercícios físicos de relaxamento e respirações abdominais. Acho que assim ficarei mais tranqüila no momento do parto” (Acácia).

Assim, pretendem realizar exercícios até o momento do parto e entendem que a mulher continua (referindo-se aos dias atuais) fisicamente apta para “dar à luz” e que podem sim, se preparadas para tal, vivenciarem partos que gerem prazer. Nesse sentido, pode-se concluir que quase todos os participantes acreditam na sintonia corpo-mente e na redução da dor no momento do parto através do “preparo do corpo”.

As gestantes e seus acompanhantes, ao perceberem os exercícios físicos como fundamentais para a reapropriação de seus partos, dedicaram-se com grande empenho em todos os momentos preliminares das oficinas e ainda conversaram sobre a melhor maneira de continuar a desenvolvê-los em casa. Tal atitude e consciência reforçam e fundamentam as suas escolhas pelo parto vaginal como primeira opção para dar à luz.

6.1.2 Buscando conhecimento sobre os diferentes tipos de parto para compreender as mudanças de rumo, caso sejam necessárias

Embora se sintam estimulados a encararem o nascimento como um evento fisiológico, antes que medicalizado, vislumbrando, inclusive, a via vaginal como modalidade preferencial para o parto, gestantes e acompanhantes reconhecem o parto cirúrgico como uma alternativa segura para as situações que envolverem risco, tanto para as parturientes, quanto para as crianças que estão por nascer. Contudo, a convivência e os diálogos promovidos durante a prática educativa, levaram à interpretação de que tal “mudança de planos” precisa ser muito bem reconhecida por

todos; não somente pelos profissionais da “sala de parto” mas, principalmente, pelas mulheres parturientes e pelas pessoas significativas que as estiverem acompanhando no momento do parto. Para que não sejam “ingênuos” ou “enganados”, conforme manifestação de várias gestantes e acompanhantes, referem que precisam de informações mais profundas, de leituras mais contextualizadas e de “capacitação” que os tornem aptos para a compreensão da realidade, ou seja, indicam que precisam conhecer as particularidades e as indicações para os diferentes tipos de parto. Trata-se de “buscar conhecimentos” que lhes permitam “pesar prós e contras”:

“[...] quando a decisão é tomada com conhecimento de causa e pesando os prós e os contras de cada tipo de parto, eu acho que realmente pode ser a melhor opção [referindo-se ao tipo de parto escolhido]” (Zenía).

“[...] eu não penso em fazer cesariana; eu sempre quis ter parto normal, mas eu penso assim: quero me informar bastante e ter a possibilidade de escolher uma primeira opção, que é o parto normal, mas também quero poder mudar de idéia se assim decidir ou for necessário” (Angélica).

“[...] mas olha só: eu estou lendo que tanto a cesárea quanto o parto normal têm o seu lado positivo! Às vezes acontece do bebê não estar na posição certa para nascer ou de estar faltando oxigênio e aí a cesárea é a melhor opção. Eu vou ver de acordo com a minha situação no dia do parto. Pelo menos vou entender a mudança de rumo” (Acácia).

Os depoimentos indicam que eles consideram a criação de um corpo de conhecimentos específico sobre os diferentes tipos de parto como uma ferramenta efetiva, capaz de assegurar-lhes a participação durante os partos e os nascimentos de seus filhos, uma vez que lhes dará maior clareza e segurança frente à situação, mesmo que essa possa se tornar inusitada e exija mudanças de rumo. Para as mulheres e homens envolvidos, o conhecimento construído lhes permitirá a negociação da assistência obstétrica, o que representa para eles uma nova perspectiva de vivenciar esse processo. Logo, a humanização da assistência obstétrica institucionalizada parece representar a incorporação dos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, altamente difundidos pelas políticas ministeriais a partir da década de 90, também sob forte influência do movimento feminista e trazendo em seu bojo a tentativa de resgate do poder feminino no processo de parir. Ilustrando tal fato, a atenção destinada à mulher no período pré-natal, a partir das recomendações da OMS e da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal instituída pelo MS, além de preconizar o acesso aos serviços de saúde e o acolhimento da mulher, explicita que se deva assegurar a autonomia e

o protagonismo das mesmas (BRASIL, 2003a). Então, os participantes dessa pesquisa entendem que para que essa premissa ministerial seja operacionalizada, torna-se fundamental que as mulheres e homens que vivenciam o processo do parto e do nascimento construam um corpo de conhecimento específico que lhes permita tomar decisões conscientes em relação à “via de parto”, mas consideram que as tomarão em conjunto com a equipe de saúde, dividindo responsabilidades.

Além deste aprendizado mais coletivo, Santo e Moretto (2005) reforçam ainda que os profissionais de saúde, através das consultas individuais de pré-natal, devem informar a população atendida sobre as particularidades das “modalidades para dar à luz”, as demandas de uma ou outra, suas indicações, riscos e repercussões, seja em nível individual, vale dizer, obstétrico, seja em nível epidemiológico, do ponto de vista dos riscos que envolvem, especialmente, as cesáreas desnecessárias. Sob esta mesma ótica, Moura e Rodrigues (2003) afirmam que a maioria dos profissionais de saúde acredita que a construção do conhecimento sobre os diferentes tipos de parto se dá durante o pré-natal e através das consultas individuais e atividades grupais.

Ademais, ressalte-se que durante a atenção pré-natal o conhecimento precisa ser construído com auxílio profissional, numa abordagem que focalize a gestantes e suas famílias como seres ativos, críticos e com capacidade de refletir sobre os diferentes “interesses” que envolvem a escolha desta ou daquela modalidade de parto. Muitas vezes, durante o decorrer do estudo, tive realmente a comprovação que o mais importante era “provocar” a realidade quase acomodada dos sujeitos, introduzindo elementos novos às informações já existentes. Era esta perspectiva provocativa que lhes permitia contrastar informações, muitas vezes divergentes, para então terem a “oportunidade” de criticarem algumas posturas anteriormente vistas como imutáveis ou verdades quase absolutas. São espaços desta natureza que podem ser traduzidos como espaços de socialização do conhecimento e, por isso, possibilitam às famílias uma participação ativa no processo do parto e do nascimento (ZAMPIERI, 2005).

Considerando-se a importância e significância de espaços coletivos de socialização e busca por novos conhecimentos, a partir da premissa freireana de educação, a construção de um corpo de conhecimentos sobre os diferentes tipos de parto necessitará do auxílio dos profissionais de saúde, mas não poderão partir das suas necessidades, nem poderão acontecer através da transmissão do

conhecimento, como pensa e age a maioria dos profissionais, mas sim, deverão partir das necessidades e da reflexão das mulheres e homens que vivenciam o processo, enquanto sujeitos reflexivos, críticos e criativos que são.

Freire (1992) destaca que as necessidades dos seres humanos podem ser conhecidas através de abordagens educativas que apresentem correlação direta com a realidade que os cerca, proporcionando a estes indivíduos a superação também coletiva da compreensão ingênua de seus mundos, despertando por conseqüência, o reconhecimento de seus papéis enquanto sujeitos de ação-reflexão-ação.

Ao vivenciarem um método educativo ativo e dialogal, os participantes deste estudo concluíram primeiramente que precisavam construir um corpo de conhecimentos sobre os diferentes tipos de parto e, ao refletirem sobre isso, ao longo das oficinas, a forma com que agiram para realizar tal construção mudou consideravelmente, como mostram alguns dos extratos do diário de campo:

“[...] eu faço perguntas sobre isso e ele [referindo-se ao obstetra, durante a consulta pré-natal] sempre responde e me explica tudo” (Hortênciã).

“o problema é que ela [a médica pré-natalista] não queria saber se eu tinha alguma dúvida sobre parto normal e cesárea e eu tinha milhares de dúvidas. Eu precisava tirar minhas dúvidas com ela [...]” (Tulipa).

“agora eu to lendo mais sobre os tipos de parto e agora ta sendo abordado esse assunto aqui [referindo-se ao Grupo]. Acho que é por isso que eu to me preocupando assim, em escolher o que acho melhor, considerando os pontos positivos e negativos de ambos [referindo-se ao parto normal e à cesareana]” (Margarida).

“vou continuar treinando a posição de cócoras hoje e em casa vou ler mais sobre ela para saber melhor dos seus objetivos. É muito bom saber que eu posso decidir, não só pelo parto vaginal, mas, inclusive, se eu quero ter uma posição assim ou assada. Assim, na hora, vou poder escolher e me decidir com mais clareza e consciência” (Prímula).

“eu comecei a ler bastante coisa assim, no início da gravidez, os prós e contras da cesárea, bastante coisa da anestesia, o risco que tem para o neném [...], mas ainda não tinha pensado em ler sobre as indicações. Na verdade não sei como pretendia escolher meu parto sem essas informações [risos]” (Genistra).

“Eu fui perdendo o medo e conseguindo decidir à medida que fui lendo depoimentos positivos sobre o parto normal. Porque tem muita revista que ainda traz o parto normal como uma coisa meio monstruosa. Acho que selecionar as fontes de informação ajuda bastante. Aliás, a gente até já falou sobre isso e hoje é bastante claro pra mim” (Prímula).

A criticidade exercitada pelos participantes, durante a socialização e conseqüente construção coletiva do conhecimento, trouxe à tona reflexões acerca das mais variadas tentativas de controle profissional da assistência obstétrica, vivenciada pelas mulheres e homens nos serviços públicos e privados brasileiros. A partir de seus depoimentos, os participantes reconhecem que esse controle vai desde a seleção dos conhecimentos que alguns profissionais socializam com os usuários de seus serviços, até a tentativa perversa de alguns deles ou ainda de algumas fontes de informações de desencorajar as mulheres a vivenciarem um processo fisiológico por interesses econômicos e políticos.

Nesse sentido, a ação-reflexão-ação coletiva despertou nas gestantes e acompanhantes a consciência do real significado de serem protagonistas do processo do parto e do nascimento, fazendo com que os mesmos construíssem um corpo de conhecimentos baseado na busca ativa por informações, na troca com seus pares e no compartilhar sincero de conhecimentos entre profissionais e usuários, respondendo às suas dúvidas no processo de escolha pela “modalidade” que melhor atendesse as suas expectativas.

Essas expectativas, explicitadas aqui pela escolha da via vaginal como primeira opção para dar à luz e, para que ela seja alcançada, do preparo físico e da construção do conhecimento, demonstram a tentativa dos sujeitos envolvidos nesta pesquisa de resgate ao parto e nascimento fisiológicos, onde consideram que os saberes que socializaram ou construíram poderão lhes proporcionar liberdade de escolha, rumo à vivências institucionais participativas e prazerosas, a partir da valorização da sexualidade feminina e da sua capacidade reprodutiva.

6.2 SELECIONANDO O TIPO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA PARA A CONDUÇÃO DO PRÉ-NATAL E REALIZAÇÃO DO PARTO

Os participantes desta pesquisa entendem que selecionar uma atenção obstétrica que atenda às suas expectativas, tanto durante o pré-natal, quanto durante o parto propriamente dito, implica em escolher profissionais e instituições que respeitem suas decisões.

“O profissional e instituição que você escolher durante o pré-natal vai influenciar em tudo durante o parto” (Tulipa).

Mesmo percebendo que a relação entre profissionais e clientes é uma relação complexa e que envolve questões de poder, eles entendem que os profissionais de saúde, bem como as instituições que esses representam, são (ou deveriam ser) “prestadores de serviços”, numa clara alusão à postura adotada pelos técnicos e especialistas na área da saúde, com relação aos usuários do sistema.

“Eu acho que as pessoas precisam entender mesmo a assistência pré-natal como uma prestação de serviço, e também que existem vários profissionais e instituições no mercado. Eu não gostaria de um profissional ou de um serviço se ele não me explicasse a conduta que tomasse e se não respeitasse minha vontade, se é confuso [...] então procuro meus direitos [...]” (Tulipa).

Neste sentido, explicitam que usuários como eles “deveriam exigir” que as instituições e os profissionais que prestam atenção obstétrica convergissem suas práticas no sentido de entrar em consonância com suas expectativas, no que se refere à condução do pré-natal e a realização do parto. Tais depoimentos se coadunam com a lembrança evocada por Silva, Cecatti e Serruya (2005), quando manifestam que o MS lançou, no ano 2000, a estratégia de ação chamada Programa de Humanização do Pré-Natal (PHPN) que pretendia, justamente, normatizar as atividades profissionais dentro das instituições de saúde, para atender as expectativas das mulheres e seus familiares, oferecendo assistência obstétrica segura e prazerosa para ambos, olhando para a integralidade da assistência obstétrica e incorporando os **direitos** da mulher como diretrizes institucionais.

Ao evocarem a questão dos direitos dos usuários, considerada por Cladem (1998) como fruto das reflexões e articulações do movimento feminista, os participantes dessa pesquisa parecem concordar com Diniz (2005), quando afirma que a humanização das práticas institucionais voltadas à saúde da mulher deve incorporar práticas que consideram os direitos humanos em seus aspectos mais amplos, despertando inclusive questionamentos sobre os aspectos políticos, sociais e econômicos envolvidos na disseminação do intervencionismo vivenciado até os dias atuais.

Sabe-se que a assistência obstétrica, a partir das recomendações da OMS e da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal instituída pelo MS preconiza, além do acesso aos serviços de saúde, o acolhimento da mulher e a humanização durante a assistência prestada a ela (referindo-se à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, ou seja, de respeito aos direitos das mulheres e

famílias usuárias dos serviços), que englobe as necessidades específicas das mulheres envolvidas e suas famílias, considerando suas diferenças sociais, econômicas e culturais (BRASIL, 2003a). Contudo, estas recomendações ainda não são totalmente concretizadas na “ponta” do sistema. Para Scavone (2001), a maternidade ainda é um fenômeno marcado por desigualdades sociais, raciais e étnicas. Hotimsky et al. (2002) reforçam tais argumentos quando mostram através de discursos de sujeitos envolvidos em sua pesquisa que o protagonismo é vivenciado com maior facilidade na rede privada de saúde, bem como por pessoas de cor branca.

Frente a essa realidade, apesar de reconhecerem as premissas ministeriais e de julgarem o diálogo como ferramenta de negociação a ser utilizada durante o pré-natal e o parto para usufruírem delas, as gestantes e seus acompanhantes entendem que a forma de pensar a assistência obstétrica de alguns profissionais, assim como as diferentes filosofias institucionais, podem dificultar ainda mais a evolução benéfica da negociação dos cuidados obstétricos, resultando em frustração das expectativas de uma das partes (profissionais e usuários dos serviços).

“[...] eu acho que é difícil dizer que a situação dos serviços de saúde é um problema unânime. Eu acho que são certos profissionais [...]. Feudos do conhecimento ainda interferem nas instituições de saúde, seja na forma individualizada de tratar as pessoas, ou na construção de filosofias institucionais autoritárias. Aí a gente é que escolhe [...]. Assim, entendo que devemos tentar negociar sempre, mas precisamos analisar com quem e onde estamos negociando” (Flox).

Assim, acreditam que a “escolha consciente” (a partir dos seus conhecimentos e expectativas) do tipo de assistência obstétrica apresenta-se como uma das formas de participar durante o período da internação hospitalar. Esta tarefa começa pela decisão da família sobre o tipo de profissionais que desejam que acompanhe o parto, pela escolha das instituições para o desenvolvimento do pré-natal e do parto e pela busca de informações sobre os procedimentos obstétricos que lhes parecerem seguros e necessários, ou seja, não simplesmente reduzidos a tarefas prescritivas e incrustadas nas páginas padronizadas das rotinas das organizações de saúde. Entretanto, para isso, referem que precisam conhecer as diferentes práticas adotadas nas instituições disponíveis, pois acreditam que elas refletirão os valores que as instituições sustentam acerca do parto e do nascimento e, assim, determinarão a forma de assistência.

Para Bellato, Pasti e Takeda (1997), a padronização das atividades profissionais (conhecidas amplamente como “rotinas”) dentro dos serviços de saúde pode ser considerada recente e surgiu com as teorias científicas da administração, remodelando completamente a assistência prestada. Ainda, para essas autoras, a hierarquização, a disciplina e a produção são valores fortemente difundidos na normatização da assistência, desde o surgimento dessa prática, até os dias atuais. Nesse sentido, ao olharem para a assistência obstétrica oferecida nas instituições hospitalares, as gestantes e acompanhantes conseguem perceber tal realidade, considerando que os profissionais que consultaram até então afirmaram que os manuais técnicos costumam conduzir a assistência obstétrica e neonatal na maioria das maternidades do país.

Assim, uma vez que os participantes desta pesquisa reconhecem a influência das rotinas institucionais na assistência obstétrica e seus índices, bem como consideram que as recomendações ministeriais podem garantir partos e nascimentos que correspondam às suas expectativas, à medida que pretendem justamente implantar uma assistência obstétrica pautada em procedimentos minimamente intervencionistas do processo fisiológico de parir e nascer, acreditam que também podem escolher a assistência obstétrica que receberão analisando se a assistência proposta pelas instituições e executadas pelos profissionais de saúde disponíveis no mercado seguem rotinas puramente intervencionistas ou reconhecem as recomendações ministeriais como adequadas.

Referem também que a rede pública costuma seguir as recomendações ministeriais (para partos e nascimentos minimamente invasivos) em proporção muito maior que a rede privada, fato que, acreditam, está relacionado à lucratividade e praticidade vinculados ao “parto moderno”, comprovado pelos índices nacionais de partos cirúrgicos, conseqüência maior da visão patológica do processo do nascimento como um todo.

“Na verdade as coisas acontecem sempre em um nível macro. Aquelas ações daquele profissional que está nos atendendo fazem parte de uma rotina institucional que é reflexo de uma sociedade e de suas políticas [...] e se a gente avaliar, então, como o parto e o nascimento vêm acontecendo na nossa realidade, perceberemos o que precisamos buscar de informação para que nossos direitos sejam respeitados porque, como já comentamos, eles nos são legalmente assegurados. Se é uma realidade pública ou privada, quais são os interesses dominantes daquele local? Os índices de partos cirúrgicos na rede privada estão aí para refletirmos [...] eu acho que podemos escolher a

assistência que queremos ter [...] é só olhar para a realidade, refletir sobre ela e mostrar consciência dos nossos direitos [...]" (Bromélia).

"[...] o pessoal da classe mais baixa, que só tem acesso ao SUS [Sistema Único de Saúde], tem um índice de parto normal bem maior. Aí eu penso que é bem por essa questão do convênio médico mesmo, do valor, da praticidade da cesárea. Você agenda o horário, aí o médico chega na hora que ele quer [...] mas as pessoas ainda não se deram conta de que não precisam aceitar essa situação, elas podem escolher uma assistência que corresponda às suas vontades, nós podemos [...]" (Bromélia).

Assim, percebemos a convicção dos participantes de que o conhecimento e o diálogo lhes proporcionarão a escolha pela assistência obstétrica que desejam, à medida que também escolherem com consciência os locais (públicos ou privados) onde terão seus filhos e os profissionais que os atenderão.

6.2.1 Sentindo-se livres para escolher o profissional pré-natalista

O pré-natal é entendido pelas gestantes e seus acompanhantes como um período de preparação física e emocional para o parto e para o nascimento. Do ponto de vista físico, ressaltam a importância dos exames e consultas preconizadas pelo MS e, do ponto de vista emocional, consideram que a interação com o profissional de saúde pode proporcionar segurança e bem estar às gestantes e seus pares, à medida que passam a entender a gestação e suas conseqüentes transformações. Assim, como peça fundamental na escolha de uma assistência obstétrica que corresponda às suas expectativas, principalmente de participação durante todo o processo, reconhecem a importância da escolha do profissional pré-natalista.

"Se quisermos participar do parto, é melhor que a gente escolha um profissional que pense mais ou menos de acordo com o que a gente acredita" (Flox).

"Também tem vários tipos de profissional. Você pode encontrar um profissional bacana, que entenda você e que te trate como gente, ou um profissional que nem olha na tua cara. Mas aí a informação permite que a gente escolha que profissional queremos para acompanhar nossos partos" (Chuva de Prata).

Porém, apesar da importância atribuída pelos participantes dessa pesquisa a um relacionamento interativo e respeitoso com os profissionais de saúde, para Hotimsky et al. (2002), a maioria dos usuários dos serviços obstétricos públicos reconhecem como difícil essa interação.

Alguns depoimentos mostram que tal realidade também foi vivenciada e compartilhada pelo Grupo:

“[...] o problema é que ela (referindo-se à médica) não queria saber se eu tinha alguma dúvida e eu tinha milhares de dúvidas. Uma vez eu perguntei quando eu ia conseguir ver o sexo. Ela falou: mas isso não é uma coisa importante de você ver. É importante! Claro que podem existir prioridades, mas pra mim era importante [...] era o que eu queria saber naquele momento. Acho que inclusive era o momento de saber [...]” (Tulipa).

“A minha médica que eu comecei o pré-natal também não foi legal. Ela usa um óculos [...] aí eu perguntava as coisas pra ela e ela puxava o óculos e me olhava por cima. Tipo: como você não sabe isso?” (Hortência).

“[...] no retorno da consulta que eu fui, ela foi meio grossa quando eu tentei conversar sobre o tipo de parto que eu pretendia fazer” (Crisântemo).

O caráter educativo e a possibilidade do exercício do protagonismo atribuídos ao pré-natal pelas gestantes e acompanhantes contrasta aqui com a resistência dos profissionais envolvidos. Para Diniz (2005), o controle profissional sobre o parto e a conseqüente resistência ao protagonismo das mulheres e homens que vivenciam o processo do nascimento são frutos da reorganização da assistência obstétrica moderna. Nesse sentido Hotimsky et al. (2002) afirmam que a dificuldade de reconhecer os usuários dos serviços de saúde como sujeitos resulta em encontros clínicos autoritários e desrespeitosos.

Porém, uma vez que os participantes desta PCA se reconheceram como sujeitos, passam a questionar a realidade. Hotimsky et al. (2002) afirmam que os usuários dos serviços de saúde passaram a considerar o pré-natal como uma prestação de serviços e os profissionais que o operacionalizam como prestadores desses serviços, e que, não existindo a possibilidade de diálogo e negociação, podem procurar outras alternativas.

“Se não conseguir conversar e decidir junto (referindo-se aos procedimentos obstétricos), a gente pode trocar de profissional” (Hortência).

“Eu acho que as pessoas precisam entender mesmo a assistência médica como uma prestação de serviço, e também que existem vários. Eu não gostaria de um serviço se ele não me explicasse a conduta que tomasse e se não respeitasse minha vontade, se é confuso [...]” (Tulipa).

“[...] mas a gente sabe, por exemplo, que o médico é um detetive e que os exames são pistas. E que se o detetive e as pistas não nos forem convincentes ou agradáveis, existem muitos outros profissionais no mercado” (Flox).

Para Tornquist (2002) os profissionais e ativistas envolvidos com o ideário do Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento, à medida que estimularam o resgate dos saberes e poderes femininos diante do parto e do nascimento, promoveram as mulheres e os homens envolvidos para protagonistas, despertando a consciência da liberdade de escolha durante o processo. Porém, essa autora teme que nem sempre eles tenham essa real liberdade, principalmente quando se trata da escolha do profissional para os usuários dos serviços públicos de saúde. Os participantes dessa pesquisa também acreditam que podem esbarrar em dificuldades desse gênero, mas consideram que posicionamentos participativos são determinantes, se não para o presente, para o futuro dos partos e nascimentos brasileiros, como mostra o depoimento a seguir:

“[...] eu acho que na gravidez dela (referido-se ao momento atual vivenciado por uma das gestantes do Grupo que faz observações acerca do atendimento pelo SUS), ela pode não ter o atendimento que ela gostaria, porque pode não conseguir escolher o profissional que gostaria. Hoje nós estamos usufruindo o que algumas pessoas reivindicaram há dez anos atrás. Mas temos que pensar no coletivo e nunca deixar de lutar por condições melhores de saúde. Pra mim é a única possibilidade” (Acacia).

Dentre os fatores que levaram alguns participantes a escolher outros profissionais para acompanharem seus pré-natais, a busca pela liberdade de escolha pela via de parto apareceu de forma significativa, fato que consideram determinante para um atendimento humanizado:

“a Gérbera mudou de médica porque a anterior ficava falando que queria fazer cesárea, porque é gêmeos e ela quer parto normal” (Bromélia).

“eu até troquei de médico agora com 7 meses, justamente pra poder escolher o parto que eu quero, poder ter acesso a um atendimento humanizado” (Orquídea).

Nessa perspectiva, julgam que para escolher profissionais que possam proporcionar partos e nascimentos que correspondam às suas expectativas, devem primeiramente identificar suas próprias percepções à respeito, classificando suas visões como fisiológicas ou patológicas. A partir dessa consciência, pretendem levar em conta a visão dos profissionais sobre o processo como um todo (se fisiológica ou patológica); característica que acreditam estar relacionada com as suas formações acadêmicas/profissionais.

“Também acho que hoje as pessoas podem ter a opinião de outros profissionais, podem escolher, sabe? Também pode ser importante conhecer

o perfil desse profissional, sua formação, o que ele acredita sobre parto e nascimento, porque provavelmente a conduta dele vai ser baseada nisso” (Bromélia).

“Mas a escolha dos profissionais vai ser baseada em quê? Sim porque o que estou entendendo com esse encontro (referindo-se à oficina) é que para que possamos escolher que profissional queremos pra nos atender, teremos que primeiramente ter claro qual é a visão que nós temos do parto e do nascimento. Assim, como uma coisa natural ou patológica. Do contrário, não será uma escolha consciente” (Flox).

Corroborando com tais achados, Oliveira et al. (2002) afirmam que o período moderno da obstetrícia já iniciou sob tutela de uma medicina intervencionista e autoritária, cuja formação segue esses moldes, em sua absoluta maioria, até os dias atuais. Nesse sentido, a “apropriação dos corpos femininos”, para Giorgio (1990), é fruto da visão patológica que a maioria dos profissionais aprendeu a ter acerca de um evento até então fisiológico e social. Porém, a reflexão sobre a realidade que, para Tornquist (2002), representa uma alusão a essa apropriação feminina, influenciada pelo ideário do Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento, despertou nas gestantes em questão, a necessidade de resgate de seus corpos, através da escolha de profissionais que permitam o exercício do protagonismo, bem como de instituições que favoreçam tais premissas.

6.2.2 Sentindo-se livres para buscar a instituição que desejarem

A liberdade de participação que algumas instituições de saúde passaram a proporcionar aos seus usuários com a incorporação do discurso da “autonomia dos sujeitos”, fortemente difundido pelas premissas ministeriais a partir da década de 90, sob influência direta do Movimento Feminista (CASATE; CORREA, 2005), é entendida pelos participantes dessa pesquisa como fator determinante para que suas expectativas relacionadas aos partos e nascimentos sejam alcançadas. Tais iniciativas também são entendidas por eles como parte do que consideram um cuidado humanizado.

“É, acho que vai depender mesmo do lugar onde você vai ter o parto. Tipo aqui no HU eu acho que eu ia poder escolher um monte de coisa [...] assim a gente consegue ter o parto que imaginou [...]” (Tulipa).

“Eu penso cada vez mais em ter aqui (referindo-se ao HU/UFSC), eu tenho uma amiga que falou comigo da parte humanitária também, acho que eu ia ficar mais tranqüila e satisfeita [...]” (Tulipa).

“Eu queria ter liberdade de decidir a maternidade que tivesse uma assistência que fosse de acordo com o que a gente pensa e deseja. Uma maternidade

que deixasse a gente participar e não impusesse o que fazer, mas conversasse com a gente e tivesse flexibilidade para atender cada mulher e cada criança” (Flox).

Essa compreensão, para Tornquist (2002), também é resultado da influência do ideário do Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento sobre as parcelas mais instruídas da população, claramente pautado em práticas obstétricas que, além de seguras, garantam as suas participações. Nesse sentido, Enkin et al. (2005) também nos lembram que essa liberdade vivenciada em algumas instituições de saúde foi atingida através da consolidação da Medicina Baseada em Evidências Científicas e do conseqüente resgate dos direitos das mulheres enquanto cidadãs, fato que julga estar implícito na categorização feita pela OMS, referente às medidas consideradas úteis e inúteis ou prejudiciais durante o parto e o nascimento (BRASIL, 2003a).

Uma vez que as gestantes e acompanhantes não só conhecem a ideologia que sustenta o Movimento, como parecem concordar com ela, acreditam que escolhendo instituições de saúde que permitam que o parto e o nascimento sejam vivenciados com naturalidade, poderão colocar em prática seus “planos”. Ao refletirem sobre tal realidade, concluíram que as instituições organizam seus serviços através de “rotinas” e que essas demonstram claramente o que se encoraja ali (partos cirúrgicos ou vaginais). Como suas primeiras opções para dar à luz são os partos vaginais, buscam instituições que os encorajem, promovam e facilitem.

“É, por isso que é legal mesmo conhecer o local onde vais fazer teu parto, senão você vai chegar lá na hora, não vai querer aceitar essas coisas que são rotina (referindo-se aos procedimentos obstétricos) [...]” (Tulipa).

“[...] por exemplo, eu queria parto de cócoras, mas no hospital que eu vou ter não tem aquela cama. Então já estou pensando onde eles fazem os partos. É, na verdade é aquela coisa da gente estar investigando qual é a melhor posição e o melhor lugar para ter o bebê” (Bromélia).

“Mas se você conhecer a maternidade, já vai dar pra ver as rotinas todas, porque os profissionais em si normalmente seguem condutas parecidas com essas rotinas” (Tulipa).

Seguindo esta mesma lógica associativa, também acreditam que, por interesses econômicos, instituições particulares tenderão a incentivar partos cirúrgicos e então precisam estar preparados para isso.

“Eu tenho uma amiga que falou que na clínica que ela ia ter o bebê, eles queriam de qualquer forma que fosse cesárea. Aí ela repensou [...]” (Tulipa).

Ao compararmos a reflexão do Grupo com a realidade nacional, podemos observar que a absoluta maioria das iniciativas de instalação de ambientes propícios para a realização de partos vaginais realmente se dão em instituições públicas (TORNQUIST, 2003; DESLANDES, 2005; DIAS, DOMINGUES, 2005). Ainda nesse sentido, os maiores índices de partos cirúrgicos representam os nascimentos ocorridos em instituições privadas (BRASIL, 2003a). Porém, apesar da via de parto parecer significativa para os sujeitos da pesquisa, eles acreditam que a escolha pela instituição, considerando suas tendências naturalistas ou intervencionistas, vai interferir em todo o processo do nascimento e não apenas na via de parto em si, e que isso é especialmente válido quando não se conhece o profissional que os acompanhará, fato comum para hospitais públicos ou clientes de convênios médicos atendidos por plantonistas.

“Eu acho que conhecer o lugar já da pra ter uma idéia do que as pessoas que trabalham ali pensam e de como será o nosso parto. Aí podemos escolher se queremos ou não ter o bebê nesse lugar” (Hortência).

O reconhecimento pelos sujeitos desta pesquisa do direito à liberdade de escolha da instituição de saúde onde terão seus filhos, pautado na qualidade da assistência prestada, de acordo com suas expectativas, contrastam com uma realidade de exclusão que não poderíamos desconsiderar. Se por um lado os usuários do setor privado, apesar de terem a possibilidade de escolher a instituição que desejam ter seus filhos, encontrarão dificuldades relacionadas a tendência à uma assistência intervencionista; segundo Menezes et al. (2006), no município do Rio de Janeiro (sede do seu estudo), as gestantes usuárias do sistema público de saúde (conhecido por ter uma visão naturalista do parto) chegam a percorrer, já em trabalho de parto, 3 maternidades para conseguirem ser atendidas. Serruya, Lago e Cecatti (2004b) também reconhecem que a assistência materno-infantil, apesar de ter evoluído consideravelmente nos últimos anos, principalmente em seus aspectos quantitativos, ainda não supre as necessidades da população, sendo que o problema ganha maior proporção em algumas regiões do país.

Sob essa ótica, Tornquist (2002) bem refere que a possibilidade de escolha pode não ser real para a maioria das mulheres. Quando convidado à reflexão sobre esse verdadeiro “impasse”, o Grupo concluiu que a escolha pela instituição de saúde

continua sendo para eles uma forma de participar do parto institucionalizado e que essa escolha poderá sim torná-lo humanizado, mas que não poderão ser ingênuos, acreditando que não encontrarão dificuldades.

Assim, enfatizam que a escolha por uma assistência obstétrica durante o pré-natal, por um profissional e por uma instituição de saúde que correspondam às suas expectativas, é algo possível em suas realidades, porém complexo e envolto por interesses dos mais diversos.

6.3 RECONHECENDO-SE COMO SUJEITOS REFLEXIVOS E CRÍTICOS PERANTE A REALIDADE

Os sujeitos desta pesquisa identificaram a necessidade de pensarem criticamente sobre o assunto, uma vez que há diferentes ângulos envolvidos na realidade social e profissional que diz respeito ao processo do parto e do nascimento.

“Na verdade, as coisas acontecem sempre em um nível macro. Aquelas ações daquele profissional que está nos atendendo são reflexo de uma sociedade com interesses dos mais diversos [...]” (Bromélia).

O exercício do pensamento crítico, proporcionado pela própria metodologia empregada na condução das oficinas, que pretendeu ultrapassar a percepção ingênua destes sujeitos, colaborou para que as gestantes e seus acompanhantes percebessem o parto e o nascimento como acontecimentos sociais que, por interesses múltiplos, e não apenas assistenciais, passaram a ser vislumbrados e controlados dentro das instituições de saúde, por profissionais. Por isso, consideraram que a forma empregada no desenvolvimento das oficinas consubstanciou-se num meio sistemático para a transformação da consciência ingênua, uma vez que se preocupou com a construção progressiva do conhecimento através da ação-reflexão-ação e da prática-teoria-prática, tendo como ponto de partida e de chegada, a realidade que eles vivenciam, no seu cotidiano (FREIRE, 2005).

“Só o fato de conseguir perceber essa realidade (referindo-se ao pré-natal) aqui no Grupo (referindo-se às oficinas) e que ela está pautada em uma política ministerial, já nos faz acordar [...]. Eu acho que não analisava criticamente a minha realidade” (Acácia).

“Quando temos a oportunidade de discutir coletivamente nossas realidades, conseguimos compreender muitas coisas e podemos pensar na possibilidade de transformá-las” (Tulipa).

A oportunidade de discutir diferentes perspectivas e confrontá-las e analisá-las, segundo seus próprios depoimentos, resulta em criticidade e, portanto, em mudanças de perspectivas. Em virtude deste entendimento, as gestantes e seus acompanhantes referem que têm a sensação de inclusão, de pertencimento e de fortalecimento, pois têm menores chances de serem “enganados” ou “ludibriados” nas instituições hospitalares.

Percebe-se que, a partir do exercício de múltiplas “lógicas”, eles começam a observar possibilidades de transformação da realidade, identificando-se com maior propriedade para participações mais ativas e influenciadoras.

Tal compreensão corrobora com o pensamento de Freire (2005), para quem o fato do ser humano julgar-se como sujeito de sua própria história, faz com que tome decisões à medida que vai construindo o conhecimento que julga importante, participando através da ação-reflexão-ação e interferindo na realidade.

Uma das expressões utilizadas no Grupo, que eu considerei mais representativa da necessidade de serem pessoas com características de criticidade, foi a de “formar opinião”. Tal expressão era valorizada pelos participantes como sendo a consequência do intenso processo reflexivo que faziam sobre suas realidades e da construção coletiva do conhecimento, no ambiente grupal. É através dela que as gestantes e seus acompanhantes crêem que terão condições de agir de forma consciente e segura durante o período de internação hospitalar.

“É, buscar informação faz mudar de perspectiva, né! Faz você formar uma opinião! Você passa a ver que pode ser, na maioria das vezes, do jeito que você gosta. Isso traz calma e segurança [...]” (Hortência).

“Pra mim, quando nos questionamos sobre algum problema da nossa realidade, refletimos sobre ele e formamos uma opinião a respeito [...] para depois tentar muda-lo [...]” (Flox).

Os depoimentos aí impressos levam a interpretar que se estes sujeitos “formarem uma opinião”, ou seja, conseguirem realizar sínteses reflexivas com relação aos vários ângulos referentes ao tema em pauta, terão maior clareza no momento de negociar os cuidados obstétricos oferecidos pela equipe de saúde.

A partir de reflexões teóricas sobre as transformações longitudinais sofridas pelo parto e nascimento e das suas inserções enquanto sujeitos em suas histórias,

acreditam que despertarão para uma realidade mais complexa e pluridimensional e, ainda, que poderão sim participar do resgate daquilo que reconhecem como um nascimento fisiológico, mesmo que tenham que ser submetidos a procedimentos mais invasivos, se for necessário – uma vez que a tecnologia deve ser um benefício para os casos onde ela realmente for usada para beneficiar a mãe ou o bebê, e não a equipe.

“Eu percebo, nas reflexões que já estamos tendo, uma visão diferente do parto. Acho que estamos percebendo que as coisas (referindo-se a realidade nacional) são mais complexas que parecem à primeira vista” (Bromélia).

“Se for necessária para nós ou para nossos bebês, a tecnologia ajuda um montão (referindo-se ao intervencionismo) [...] só não podemos deixar de ser ativos [...]” (Bromélia).

A dinâmica de ampliar o olhar sobre o “já visto e ouvido”, de buscar outros elementos para compor a análise, de pensar outros caminhos para os padrões anteriormente vistos e de colocar em debate alguns princípios aparentemente incontestáveis, leva o Grupo a vislumbrar os vários ângulos que envolvem o parto e o nascimento, permitindo a elaboração de um “plano” que permita transformações rumo a um processo mais prazeroso e seguro. Segundo o pressuposto de Freire (2005), a consciência crítica permite aos seres humanos a compreensão de que a realidade foi construída e, como toda construção humana, pode ser transformada.

6.3.1 Refletindo sobre o parto em si

Considerando que o pensamento crítico permite aos seres humanos a compreensão da realidade, seus vários ângulos e a possibilidade de mudança, os participantes julgaram imprescindível colocar na pauta de discussão as modificações que o parto e o nascimento sofreram no decorrer dos tempos, bem como as conseqüências dessas modificações no seu entorno social. Ao contraporem expectativas (que consideram semelhantes às da maioria das mulheres brasileiras), alertaram para algumas descobertas.

“[...] se a gente avaliar, então, como o parto vem acontecendo na nossa realidade, perceberemos o que precisamos buscar de informação para que nossas vontades sejam respeitadas. Antes era realizado em casa e a gente tinha força e sabedoria para parir, depois, o parto foi pro hospital e daí a mulher perdeu tudo? Não é contraditório? [...]” (Bromélia).

“O Brasil é um dos campeões de cesárea. E com ele vários países daqui da América Latina também. E isto acontece justamente nas classes médias e altas, como aqui fala (referindo-se ao texto que foi utilizado como estratégia

para provocar a discussão) [...] *áí eu penso que é bem por essa questão do convênio médico mesmo, do valor, da praticidade da cesárea. Você agenda o horário, áí o médico chega na hora que ele quer. Então não tem aquela coisa de preparo e de considerar a vontade da mulher*” (Bromélia).

As gestantes e seus acompanhantes, ao se darem conta dos interesses econômicos e biomédicos que difundem a tecnologia e o controle profissional sobre um evento que é de natureza fisiológica e social, referem que precisam estar preparados para garantir o respeito aos seus “desejos”. Segundo este entendimento é possível afirmar que, como diz Diniz (2001), o fortalecimento das mulheres e homens que vivenciam o processo do nascimento pode resgatar o controle feminino e familiar sob o parto, que foi perdido com a sua medicalização.

Percebendo a diversidade de atores envolvidos no fenômeno da parturição e colocando-se no epicentro de sua abordagem, os sujeitos dialogaram sobre a necessidade de superar a realidade intervencionista que está impregnada nas ações dos profissionais da área e nas rotinas institucionais:

“uma coisa que eu acho interessante e legal pensar é que tem que ter confiança no profissional sim, mas pro médico é muito melhor uma cesariana, porque ele já sabe a data e o horário, vai ser aquele horário. O parto normal pode demorar 8, 12 horas, então, não tem hora, né?” (Crisântemo).

“[...] as pessoas acreditam que a palavra do médico é a palavra final e, na verdade, não é [...]. É claro que ele tem o conhecimento técnico, mas pode ser que não tenha o mesmo interesse do que a mulher que está ali na sua frente. Se não existe diálogo entre eles, então, a questão fica ainda mais séria” (Bromélia).

“Sabe, eu me pergunto se todas as indicações de parto cirúrgico justificadas pelos profissionais, realmente são procedentes [...] não sei até que ponto eles realmente estão preocupados em humanizar a assistência, mesmo nos hospitais públicos [...]” (Tulipa).

Sendo a atuação profissional questionada pelo Grupo, no que se refere ao poder construído e ao intervencionismo nele pautado, podemos refletir sobre quais as expectativas de atuação desses indivíduos para essas mulheres e homens. Ao analisar o discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar, incluindo a assistência ao parto e ao nascimento, Deslandes (2004) se refere aos significados da atuação dos profissionais para os usuários dos serviços de saúde. Os anseios da população demonstram clara alusão à violência institucional vivenciada em suas formas física, psicológica ou simbólica. Para essa autora, a oposição a essa violência e a inclusão dos usuários nos processos decisórios que cada situação em

particular estabelece são premissas das políticas públicas, mas ainda estão longe de serem vivenciadas pela população em geral e, principalmente, pelas parcelas menos favorecidas.

Tal problemática também é considerada por Riesco e Fonseca (2002) ao constatarem no polêmico discurso dos próprios profissionais que deve existir uma diferença de tratamento para as parturientes de um poder aquisitivo maior, no que se refere à disponibilidade de profissionais capacitados e recursos tecnológicos, ressaltando, dentre os vários ângulos para se analisar essa realidade, o intervencionismo desenfreado do setor privado de saúde. Mas para Tornquist (2003), mesmo os profissionais que prestam serviços em instituições públicas e comprometidas com o Ideário, podem não aderir as suas premissas por completo, exercendo um controle “camuflado” sobre o processo de parturição e aproximando técnicas e premissas ministeriais que se denominam “humanizadas”, ao mero modelo tecnocrático que tanto se deseja combater. Diniz (2001) também acredita que tal problemática se resume ao fato dos profissionais historicamente não exercitarem uma cultura de reconhecimento tanto das evidências científicas quanto dos direitos das mulheres.

Para Domingues, Santos e Leal (2004) isso é extremamente preocupante, pois a atitude dos profissionais durante o parto define praticamente todo o processo, tornando-o mais ou menos intervencionista na mesma proporção que mais ou menos prazeroso para quem o vivencia.

O diálogo crítico vivenciado pelo Grupo sobre a realidade do parto em si e a influência do poder profissional sobre ela, levou os participantes a acreditarem que precisam tomar consciência que essa transformação histórica resultou, para a maioria dos profissionais, em uma forma patológica e autoritária de “enxergar” todo o processo.

“Essa visão assim mais complicada da gestação pode ter uma certa tendência relacionada ao que se acredita que o nascimento é de um tempo para cá. Eu não me refiro aí às complicações e às necessidades específicas de certas intervenções, eu me refiro assim a um processo natural quando ele estaria acontecendo de forma fisiológica, mas que o profissional que tiver assistindo não permite que isso tenha continuidade, que ele vai lá e faz intervenções sobre isso. Precisamos ter consciência disso!” (Acácia).

O depoimento mostra a alusão do Grupo à forma intervencionista difundida na sociedade atual como “normal” para se vivenciar partos e nascimentos. Para

Casate e Correa (2005), a forma medicalizada de parir e nascer impregnou de soluções biomédicas situações antes consideradas como partes inerentes e integradas à vida cotidiana. Essa nova forma de vislumbrar esse evento implicou em profundas modificações, não apenas na maneira como ele é conduzido, mas na maneira como é entendido e vivenciado pelas mulheres e pelos homens “modernos”.

Corroborando com esses autores, os integrantes do Grupo também entendem que o fato de conseguirem perceber tal realidade os faz pertencer a uma minoria da população, pois acreditam que as estatísticas nacionais mostram que a maioria dos indivíduos acaba aderindo ou sendo forçados, de alguma forma, a aderir à essa nova e “tecnológica” maneira de “início da vida”. A consciência de suas realidades privilegiadas, nesse sentido, provoca no Grupo a preocupação de como as pessoas, de modo geral, poderiam ser estimuladas a enxergar estas mesmas preocupações.

“Eu acho que a falta de conhecimento faz com que muitas pessoas, a maioria delas, sejam influenciadas a aceitar os procedimentos propostos pelos profissionais de saúde sem ao menos se perguntar se isso será bom ou não [...] eu não sei como isso poderia mudar, mas deve ter um jeito de estimular essas pessoas a refletirem sobre a realidade, sem, no entanto, decidir por elas [...] aí elas mesmas vão encontrar formas de participar” (Bromélia).

Para Andrade e Vaitsman (2002), a participação dos usuários dos serviços de saúde pode se dar através dos seguintes elementos: maior democratização da informação, reconhecimento dos usuários como sujeitos do processo, por parte dos profissionais e conscientização dos sujeitos quanto aos seus direitos e papéis na defesa pelos próprios interesses. Nesse sentido, as gestantes e acompanhantes, utilizando-se de suas próprias histórias, entendem que a democratização da informação, através de atividades educativas dialógicas, pode abrir precedente para a “conquista” dos demais elementos supracitados.

Oliveira (1998) também defende que encontros dialógicos podem resultar em capacitação mútua e simultânea dos profissionais de saúde e população, à medida que englobam não só informações pertinentes às alterações físicas sofridas por segmentos específicos da população, ou conhecimentos técnicos relacionados a elas, mas as relacionam com as condições de vida e saúde desses sujeitos, os qualificando por conseqüência, para que reivindiquem mudanças sociais que lhes são de direito.

Uma vez que entendem que o conhecimento, o pensamento crítico e o planejamento de formas efetivas de participação podem transformar as suas

realidades, preocupam-se com as intencionalidades que podem se fazer presentes nas atividades que busquem para essa preparação. Não se referem aí apenas a cursos preparatórios para o parto (atividade que afirmam estarem realizando nesse momento), mas às variadas fontes de informação, além das propagandas e produtos ofertados às famílias durante o processo do nascimento.

6.3.2 Reconhecendo as diferentes intencionalidades presentes nas propagandas, informações e produtos que são ofertados às famílias que vivenciam o processo do nascimento

Ao refletirem coletivamente, as mulheres e homens envolvidos nessa pesquisa concluíram que não basta buscar conhecimento e informação para vivenciarem partos e nascimentos que correspondam as suas expectativas, mas sim, que é preciso conseguir reconhecer as diferentes intencionalidades, na maioria das vezes ocultas, que os perpassam. Acreditam que, nesse sentido, os meios de comunicação podem “disfarçar” os interesses econômicos vinculados ao processo do nascimento como um todo, vendendo praticidade aos menos atentos.

“Nos hospitais privados, onde o lucro é o grande objetivo, acho que você é mais influenciada a escolher as coisas (referindo-se aos procedimentos obstétricos) pela praticidade dos profissionais. É só ver nas propagandas de maternidades [...] é uma intervenção em cima da outra” (Tulipa).

“Sabe, eu tenho analisado que alguns programas de TV e jornais parece que te orientam assim: vou programar o dia para o meu filho nascer, para que não me atrapalhe. Bom, tal dia eu tenho cabeleireiro, não posso ganhar porque tenho cabeleireiro ou tal dia tenho aquilo outro que não posso adiar. Então a situação do nascimento no país e no mundo está desse jeito intervencionista que estamos vivenciando. Precisamos nos perguntar com que intenção essa informação nos é passada” (Miosótis).

Durante a reflexão sobre a realidade que os cerca, os depoimentos mostraram que o “rótulo da praticidade” difundido pelos meios de comunicação ao longo da história de medicalização dos partos e nascimentos foi adquirido por muitos dos participantes do Grupo:

“[...] eu estava aqui pensando que eu só fiz escolhas pela praticidade (referindo-se aos produtos comprados para cuidar do bebê). Acho que eu tenho produtos da Johnson que lavam a cabeça e o corpo inteiro. E o pior é que eu comprei sem consciência que estava optando por um cuidado, como posso dizer: acho que capitalista [...]” (Prímula).

“[...] acho que a maioria de nós (referindo-se à praticidade relacionada aos produtos comprados para cuidar do bebê) fez isso, pois a gente é levada pela propaganda e nem sempre reflete quais são os interesses que estão por trás disto. Mas o bom é que ainda estamos no pré-natal e também que usar os produtos que compramos com consciência pode ser útil no nosso dia a dia” (Rosa).

“[...] eu acho que a gente tem que refletir com consciência porque na maioria das vezes a gente liga o piloto automático e sai consumindo. Consumir por consumir” (Calêndula).

Os depoimentos do Grupo também mostram que o diálogo crítico os fez perceber que a visão patológica e intervencionista do parto estava sendo “aceita” pela maioria deles, de maneira inconsciente.

“Eu não tinha pensado que estava comprando produtos que vão contra o que acredito ser um parto humanizado [...] só percebi isso aqui [...] (referindo-se ao Grupo)” (Zenía).

“Conversar sobre o que a gente considera um parto humanizado faz a gente começar a escolher os cuidados que deseja ter [...] escolher os produtos que vamos usar em nossos filhos é um exemplo disso [...] mas mesmo reconhecendo isso temos que tomar cuidado, porque as propagandas são tão bem feitas, que as vezes nos enganam” (Bromélia).

Concluíram que apesar de fazerem parte de um Grupo de pessoas que se reconhecem como sujeitos de suas histórias, a subjetividade com que as propagandas e produtos se utilizam do discurso da cientificidade para vender a idéia de praticidade e segurança, associadas à tecnologia de parir e nascer como melhor opção, pode os induzir a agirem de maneira ingênua e submissa.

O “saber científico”, estritamente vinculado ao modelo biomédico, que fundamenta as propagandas e produtos em questão, impõem suas premissas à população através de valores de certeza, precisão e verdades incontestáveis, fazendo com que as pessoas passem a acreditar piamente que esse é o único conhecimento correto (MONTICELLI, 2003).

Nesse sentido, as premissas freireanas surgem como alternativa de libertação e, parecendo ter incorporado isso, os integrantes desse Grupo deixam claro que, uma vez que as intencionalidades (muitas vezes ocultas) das propagandas, serviços e produtos sejam reconhecidas, conseguirão negociar com os profissionais de saúde, a partir do que acreditam e desejam para si e para seus filhos.

“Eu estava pensando nisso. O melhor é sempre relativo, né? (referindo-se aos produtos comercializados para os cuidados com o bebê). Porque depende da teoria que o profissional está usando. Aí se ele acredita naquilo,

automaticamente acredita que é o melhor. É só pensar que se um médico que só faz cesáreas for escrever um artigo sobre a melhor forma de nascer, por exemplo, essa forma vai ser a cesárea. Agora se você buscar informação em um site pró-partos naturais, o conteúdo que encontrará vai ser bem diferente. Aí tem que ter consciência do que quer procurar. Ou pelo menos reconhecer os interesses ocultos no texto se ele por ventura cair na sua mão [...] só aí poderemos negociar com a equipe os cuidados e produtos que nós achamos melhor, de acordo com a visão que temos do parto” (Lírio).

“Agora que entendemos que as propagandas e produtos carregam os interesses de quem as produziu, teremos maiores condições de negociar o que queremos, a partir dos nossos interesses [...]” (Flox).

Essa escolha, para Tornquist (2002), está diretamente relacionada ao nível de instrução e politização dos sujeitos. Ainda, para essa autora, recuperar o real protagonismo feminino e familiar durante o processo do nascimento é uma questão política fundamental, uma vez que mesmo que a mulher e seus familiares pertencentes às classes sociais mais instruídas se percebam como sujeitos de suas escolhas (como é o caso desse Grupo), eles podem se ver diante de prescrições ditadas, explícita ou implicitamente, por saberes científicos que os farão escolher “o melhor” para si e para seus bebês, a partir dos ideais medicalizados de parir e nascer difundidos na sociedade atual, como bem exemplificam as propagandas e produtos disponíveis no mercado.

6.3.3 Descobrimo a possibilidade de exercer o papel de protagonistas do processo do nascimento e agir em co-responsabilidade com a equipe

Espelhados em suas realidades, os participantes dessa pesquisa descobriram que se passarem a atuar como sujeitos em suas vidas e assumirem um comportamento condizente com essa “descoberta”, terão melhores potenciais para influenciarem positivamente no evento do nascimento em cenário hospitalar, já que se reconhecerão como personagens vivos de suas histórias de vida. Esse reconhecimento, para eles, implica em fazer escolhas, trocar conhecimentos, dialogar, decidir junto com a equipe os procedimentos a serem realizados.

“Mas vamos ter que fazer escolhas nas duas instituições (referindo-se a hospitais públicos e privados). Nas duas vão existir coisas boas e ruins. O que estou pensando depois dessa conversa é que a forma como vamos conduzindo as coisas é que vai fazer a diferença” (Hortência).

“Ah é, eu vou querer sempre saber o que ta acontecendo e decidir junto com o médico as coisas (referindo-se às condutas tomadas durante o pré-natal e o

parto). *Eu sempre pensei assim. Eu acho que devo decidir as coisas que farão comigo! Através da conversa é que vamos conduzindo as coisas e é isso que vai fazer a diferença, pois vamos expor nossas vontades*” (Bromélia).

Dentre essas crenças, destacam que a consciência de que o diálogo precisará estar presente enquanto ferramenta de negociação é fundamental, pois reconhecem que os profissionais de saúde têm, hegemonicamente, o “*poder de decisão*” no momento do parto e, provavelmente, estão pouco acostumados a encontrarem gestantes e acompanhantes atuando como sujeitos desse processo.

“Se não a gente não conversar, se entrega pro médico (referindo-se a importância de refletir sobre seu papel e negociar com os profissionais durante o parto). Porque assim a gente vai aprendendo a ser mais ativa. O médico não é o dono do parto... ele é o condutor, o ajudante, o que confere se está tudo de acordo. Mas o único que decide? É claro que não! Não é uma doença. Mesmo que fosse, há mais vidas envolvidas ali. Os seres humanos devem ser respeitados e incentivados a cooperar, mas não a dizerem sim, como se fossem cego” (Bromélia).

A forma como a gestante entende e justifica a necessidade de definir previamente os papéis dos profissionais e usuários dos serviços de saúde durante o processo de parturição, bem como sugere a negociação como forma de sobrepor as relações de poder existentes entre ambos, pode representar uma nova maneira de se vivenciar partos e nascimentos dentro das instituições hospitalares. Isso é aplicável tanto para essas mulheres e homens que começam a “experimental” o protagonismo do processo, como será para os profissionais, que muito provavelmente precisarão refletir sobre suas práticas, conforme mostra a fala a seguir (extraída de um estudo publicado em periódico nacional):

“[...] essa atitude de que sabemos o que é melhor para nossos pacientes é reforçada pela conduta passiva adotada pela maioria das pessoas que aceitam as decisões médicas, já que partem do princípio de que possuímos o saber e o paciente não tem condições de avaliar o que poderia ser melhor para si mesmo. Isto pode ser verdadeiro e justificável muitas vezes, particularmente em situações de emergência [...]” (FAÚNDES; HARDY, 1996 p. 14).

Para Nunes e Moura (2004), a relação entre profissionais de saúde e usuários carece de urgentes reflexões, pois é na assistência que se perpetuam ou se transformam as desigualdades oriundas das relações de gênero e de poder.

Analisando a realidade das relações sob essa ótica, os participantes entendem que encontrarão, através do diálogo, seus espaços de protagonistas do

processo. Ser ativo e protagonista, para eles, envolve “ter direito a agir e não apenas ficar quieto num canto”, “ter direito de participar dos procedimentos que executam com as mães e com os bebês”, “poder falar quando se tem vontade”, “ser considerado competente para entender a linguagem dos médicos e das enfermeiras”, “ser considerado como parte de uma família”, “ser olhado como uma mulher que está vivendo um momento especial, uma nova e única criança que vem ao mundo, um homem que está sendo pai, seja a primeira vez ou não”.

“Eu vou querer participar de todas as coisas que eu puder (referindo-se aos cuidados realizados com o bebê durante a estadia no hospital)” (Rosa).

“Eu acho que fazer um plano de parto é um grande exercício, por que mesmo que não seja aceito formalmente nas maternidades daqui de Florianópolis, ajuda a gente a organizar nossas idéias e saber como gostaria que as coisas fossem. E esse plano, na minha opinião, tem que ser construído durante o pré-natal. Nesse exercício você se fortalece, você aprende a falar quando têm vontade[...].” (Calêndula).

“Também percebemos (Rosa e o marido) que o conhecimento nos proporcionou isso (referindo-se ao fato de sentirem-se preparados para tomar decisões). Então pretendemos nos informar bastante a cada consulta do pré-natal. Assim, esperamos estar preparados para entender a linguagem dos profissionais e decidir com eles o que queremos no momento do parto” (Rosa).

Os apontamentos acima mostram como essas mulheres e homens pretendem participar de todo o processo e não apenas de um pedaço dele. Os homens, ao exporem suas expectativas, parecem ter incorporado as premissas do Ideário de Humanização do Parto e Nascimento, ao assumirem um “papel” relacionado ao cuidado do bebê, à segurança da mulher e à estruturação da nova família (PICCINI et al., 2004). Nesse sentido, Storti (2004) acrescenta também que o “novo pai”, fruto desse movimento, entende que precisa se preparar física, emocional e intelectualmente para assumir, tanto quanto a mulher, um “papel ativo”, com a complexidade que o termo pode representar. Para Carvalho (2003), a participação do pai durante o parto, ao mesmo tempo em que é estimulada pelos ativistas do Movimento, carrega em seu bojo uma complexidade muitas vezes não considerada, esbarrando corriqueiramente em dificuldades institucionais, preparo dos sujeitos para vivenciar esse “novo universo”, representações sociais sobre parto e paternidade e até exclusão dos pais nos serviços de saúde.

As mulheres, a partir dessa mesma ótica, pretendem vivenciar o parto com autonomia, utilizando-se para tal de um “plano de parto”. Para Diniz (2001), a autonomia da mulher está vinculada à sua inclusão nas decisões que envolvem o parto, ocorrendo na medida em que ela é informada a respeito das evidências científicas disponíveis para indicação das melhores condutas a serem tomadas nas situações determinadas, bem como através do diálogo entre elas, seus acompanhantes e os profissionais, trocando informações e opiniões que garantam maiores benefícios para ambos, através de relações simétricas e não coercitivas. Uma das formas de garantir relações simétricas nos ambientes hospitalares, para Oliveira et al. (2002), pode se dar através da construção de um “plano de parto” pelos sujeitos, entendido por esses autores como um instrumento educativo que, assim como o diálogo crítico-reflexivo, permite que as gestantes e acompanhantes construam um corpo de conhecimentos e, em conseqüência, escolham com segurança e liberdade alternativas para a assistência em situações normais e de risco.

Ao exteriorizarem estes sentimentos, as gestantes e acompanhantes deixam claro que devem e, principalmente, que têm o direito de compilar suas próprias histórias e que para isso querem dividir opiniões e decisões com a equipe de saúde. Isto reforça a idéia freireana de que os seres humanos são sujeitos de suas próprias histórias, tendo inteira capacidade para refletirem, criarem, recriarem e transformarem a si próprios e a seus mundos (FREIRE, 1980; 2005).

“Na verdade eu acho que a gente já está aprendendo a analisar as coisas. A diferenciar o que nós achamos certo e o que achamos errado. Acho que vamos dar um pouco mais de trabalho para a equipe de saúde no dia do parto porque vamos querer decidir junto [...]” (Lírio).

“Eu e a Rosa estamos descobrindo nosso real papel durante o parto e o nascimento [...] estamos entendendo agora que podemos trocar opiniões constantemente com a equipe [...] e esperamos que as decisões sejam tomadas a partir disso [...]” (Lírio).

A interpretação “ativa” dos sujeitos da pesquisa frente aos seus papéis durante os partos e nascimentos que vivenciarão em breve, provavelmente está relacionada às suas características sócio-econômicas e ao conseqüente acesso a informações que esta posição promove, pois suas falas reproduzem o ideário impregnado na atual política brasileira de atenção ao parto e nascimento, nas recomendações da OMS, nos movimentos dos grupos sociais organizados e no

posicionamento adotado por vários profissionais de saúde que lutam por políticas assistenciais que promovam o parto respeitoso. Para o Ministério de Saúde brasileiro, por exemplo, os profissionais de saúde devem atuar como coadjuvantes da experiência de parto e nascimento, negociando constantemente com as gestantes e seus acompanhantes os procedimentos utilizados e reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias (BRASIL, 2003b).

Assim, percebemos que os participantes desta pesquisa, ao se reconhecerem como sujeitos críticos e reflexivos, desenvolveram senso de responsabilidade frente à realidade que os cerca, estabelecendo um elo entre as suas necessidades, os projetos governamentais e as práticas de saúde vivenciadas. Através dessa “junção” reflexiva definiram papéis tanto para eles quanto para os profissionais que os atenderão, exercendo o protagonismo que lhes é de direito (conforme concluíram) de forma consciente e segura para ambos.

6.3.4 Conhecendo e usufruindo seus direitos como cidadãos

Para as gestantes e os acompanhantes envolvidos nessa pesquisa, os usuários das maternidades brasileiras poderão participar durante os partos e nascimentos institucionalizados, a partir das suas próprias expectativas, à medida que conhecerem seus direitos civis, como cidadãos que são.

“É um direito, né (referindo-se a participação durante o parto e o nascimento). Por mais que ele (referindo-se ao profissional médico) resista num primeiro momento, mas aí tem que lembrá-lo que é no nosso corpo que as coisas estão acontecendo (referindo-se ao próprio processo de parto). Por isso é que precisamos conhecer os direitos que temos” (Bromélia).

“As pessoas podem falar que conhecem seus direitos e que isso não pode acontecer (referindo-se a indução ao parto cirúrgico sem indicação)” (Calêndula).

“Eu acho importante discutir sobre os nossos direitos. Do contrário, como vamos reivindicá-los e vivenciar partos satisfatórios?” (Magnólia).

“Acho que ter um parto que respeite as nossas vontades é um direito que temos e muitas vezes não reivindicamos” (Frésia).

Acreditam que a submissão histórica com que os indivíduos vivenciam esse processo se deve, em suma, ao poder atribuído “erroneamente” aos profissionais de saúde e a conseqüente relação vertical que os mesmos estabelecem com as gestantes, negando-se muitas vezes ao diálogo e a decisões compartilhadas. Para Barbosa et al. (2003), se analisado sob essa ótica, o parto e o nascimento

demonstram o plano das relações de poder instituído na sociedade ao longo dos tempos. Ainda, para esses autores, eles são atualmente uma das muitas formas de opressão do “feminino”, pois legitimam socialmente o controle masculino sobre o corpo e a fecundidade. Porém entendem, em consonância com a reflexão feminista, que uma vez que esses indivíduos despertem para o fato de que são cidadãos providos de direitos legais, a participação ativa dos usuários no momento do parto e nascimento acontecerá em maior escala.

“Também vai ter posicionamentos diferentes, né (referindo-se às condutas profissionais), como em qualquer área. Mas podemos analisar os argumentos, porque aí voltamos na questão dos interesses, e de que a gente tem direito de saber os dois lados (referindo-se ao direito de informação)” (Bromélia).

“É mesmo, sabe que a gente tem que prestar muita atenção nisso (referindo-se à necessidade de posicionamento junto a equipe de saúde), se não nossos direitos são esquecidos (Zênia).

“Eu acho que nós temos esse direito de exigir respeito durante o parto” (Flox).

“Nós temos direito a informação, seja na rede pública ou privada. E é claro, de escolher a forma que seremos atendidos também. É uma questão de reivindicar” (Flox).

Nesse sentido, os principais direitos discutidos pelo Grupo estiveram relacionados ao fórum legal, como a licença-maternidade e as facilidades oferecidas atualmente às trabalhadoras que estão amamentando e o direito a um acompanhante durante todo o período de internação hospitalar. Quanto a este último, concordaram que, além de ser um direito assegurado por lei em nosso país, a presença de uma pessoa “conhecida” é mais uma garantia de vivenciar partos e nascimentos humanizados.

“Eu vou querer ter meu acompanhante sempre comigo. Acho que vai me ajudar a decidir as coisas” (Prímula).

“Eu estou tranqüila, sabe! Até pelo fato de ele (o acompanhante) ter ido comigo na maternidade (referindo-se a visita), de ele ter assistido o vídeo (referindo-se ao vídeo de parto vaginal assistido durante a 5ª oficina), de eu ficar podendo contar com ele (referindo-se ao direito a um acompanhante), que eu não sei como eu vou estar no dia” (Prímula).

“Eu espero que possa ter o acompanhante que tenho direito, que ele esteja presente, que cuide de mim, que ele vá acompanhar ou fazer toda a limpeza do bebê” (Calêndula).

Acreditam que o diálogo prévio e a construção do conhecimento vivenciado por ambos (gestantes e acompanhantes), durante todo o período pré-natal, resultará

em uma “sintonia” importante para a participação no momento do parto e nascimento institucionalizado. Consideram que além de representar a mulher enquanto “porta-voz” para as decisões necessárias nos momentos em que estiver com dor ou outra expressão que lhe impeça de tomar decisões, esse acompanhante poderá minimizar-lhe o desconforto, uma vez que a conhece e construiu junto com ela um “planejamento” para as situações a serem vivenciadas. Nesse sentido, Brüggemann, Papinelli e Osis (2005) apontam para as evidências científicas de redução das intervenções durante os “partos acompanhados”.

Porém, ao refletirem coletivamente, questionam se o direito ao acompanhante de escolha da mulher (garantido em Lei Federal) é realmente de sua escolha.

“A mesma coisa é em relação à permanência do acompanhante durante o parto. Parece que os hospitais que aceitam, querem alguém preparado para ajudar. Aí nesse contexto se eu escolher uma criança ou a minha avó, aposto que não vai poder. Essa é a autonomia que temos? Temos ou não direito de escolher?” (Angélica).

Para Hotimsky e Alvarenga (2002), na maioria das maternidades brasileiras, as mulheres não são consultadas quanto às suas preferências em relação ao acompanhante para o momento do parto, ficando essa decisão na esfera profissional. Ainda, para essas autoras, quando os profissionais elegem o acompanhante definido como “ideal” para o momento, a partir das suas expectativas, podem intervir nos valores e formas de organização familiar (considerando-se as mais variadas formas de se denominar família). Brüggemann, Papinelli e Osis (2005) acreditam que essas questões demonstram que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que as escolhas das mulheres e homens que vivenciam o processo do nascimento sejam respeitadas e que essa distância ganha proporções ainda maiores com a resistência de muitos profissionais.

Ao provocarem tais questionamentos, os participantes concluem que não são apenas os direitos das mulheres que foram construídos a partir de um processo autoritário (considerando que elas não só perderam o controle sobre seus corpos, como não conseguem escolher quem assistirá a isso), mas percebem que os homens-pais são igualmente excluídos do processo de decisão, uma vez que não reconhecem direitos que lhes permitam exercer a paternidade plenamente.

“A legislação fala a respeito do direito da mãe. E o pai [...] os programas de pré-natal atendem as mães, nunca os pais [...] e a saúde do homem não é importante?” (Flox).

“Eu acho que esse é um passo que a gente vai ter que conquistar no futuro (referindo-se aos serviços que ainda não aceitam acompanhantes homens), porque até então a gente tem essa cultura de aceitar as coisas impostas. Nós também temos o direito de participar como maridos. Eu acho que é um direito da família participar do parto como um todo. Acho que pode ser complicado, mas é um direito nosso” (Flox).

Ao interpretarem a privação de direitos dos homens e mulheres que vivenciam o processo do nascimento e de ambos enquanto entidade, os participantes dessa pesquisa nos remetem as disposições e dilemas do “casal grávido”. Para Salem (2007) o “casal grávido” é uma “experiência sintetizadora”, formada por conotações psicologizantes e libertárias, ancoradas em dois sentidos principais: a participação paterna efetiva em todo o processo e a busca pelo natural.

Assim, a busca das gestantes e acompanhantes pelo conhecimento dos seus direitos e de formas de usufruí-los pode estar vinculada à construção ética, moral e libertária do “casal grávido”, fortemente valorizado por ativistas do Movimento no “resgate” do processo do nascimento como um evento fisiológico e social. Nesse sentido, Hotimsky e Alvarenga (2002) chamam a atenção para o fato de que essa construção pode, ao contrário do que aparentemente propõem (fortalecer os sujeitos para exercerem o direito do protagonismo do processo), controlar e regular o cenário do parto e do nascimento (quando estabelecem a relação do nascimento com o casal tradicionalmente aceito pelas premissas sociais), contrariando a própria noção de direitos reprodutivos.

Porém, mesmo que tais indagações não aconteçam na maioria das maternidades brasileiras, os participantes desta pesquisa entendem que à medida que se reconhecem como sujeitos críticos e reflexivos, refletem sobre o parto em si, reconhecem as intencionalidades dos produtos e serviços que lhes são oferecidos, conhecem e usufruem seus direitos de cidadãos e conseguem agir como protagonistas e em co-responsabilidade com a equipe, poderão participar dos partos e nascimentos hospitalares, tornando-os humanizados a partir das **suas** expectativas.

6.4 NEGOCIANDO E DIALOGANDO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS PREFERÊNCIAS RELACIONADAS AOS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

Após o reconhecimento de que há outras concepções e perspectivas para a assistência à mulher e à criança na maternidade, que não somente aquelas reconhecidas de modo hegemônico, as gestantes e seus acompanhantes passam a avaliar então as possibilidades de atuarem efetivamente para modificar a realidade vigente nas maternidades, quando chegar o “Dia D” da internação. Com esta dimensão em vista, expressam, num pungente exercício de futuridade, as atitudes que estarão dispostos a colocarem em prática:

“[...] eu pretendo conversar com a equipe que acompanhar o meu parto e ir negociando tudo, pra tentar ficar bom pra eles e pra mim” (Hortência).

“[...] eu gostaria de ter liberdade de movimento (referindo-se às posições adotadas durante o parto). Vou negociar com a equipe a colocação de soros. Só mesmo se for necessário” (Tulipa).

“[...] acho que gostaria de escolher várias coisas no momento do parto, né (referindo-se aos procedimentos obstétricos)? Nós pretendemos conversar bastante com a equipe. Negociar né, hoje eu percebo isso como possível” (Lírio).

“[...] eu estou me sentindo bem segura para o parto e, qualquer coisa, vou conversar com a equipe e negociar” (Hortência).

“Negociar”, para eles, significa decidir junto com a equipe, tomando decisões compartilhadas sobre os procedimentos obstétricos a serem realizados durante a internação hospitalar, como por exemplo, a prática do enema, da episiotomia, da instalação de medicamentos para “aceleração” do trabalho de parto, da posição a ser adotada durante o processo de parir, dentre outros. Para Cassate e Correa (2005) o exercício do diálogo e a negociação das práticas obstétricas entre usuários e profissionais é consequência do ideário do Movimento de Humanização dos Partos e Nascimento e da consequente incorporação (a partir da década de 90) dos direitos dos cidadãos às políticas públicas de saúde.

Nessa perspectiva os sujeitos também entendem o diálogo como um instrumento essencial durante essa “prestação de serviço” nomeada de pré-natal, uma vez que o exercício do mesmo impede o domínio profissional sobre o parto e o nascimento, redefinindo papéis e responsabilidades. Para esse grupo, o exercício do diálogo durante o pré-natal resulta em um maior “fortalecimento” (palavras “nativas”)

e, conseqüentemente, numa participação mais segura durante o parto e o nascimento propriamente ditos. Reconhecem-no, inclusive, como uma forma pacífica de reivindicar seus direitos.

“Conversando é que a gente vai chegar no que é bom pra eles e pra nós (referindo-se a importância do diálogo)” (Orquídea).

“O diálogo é a única arma que eu vou ter no momento do parto, né! Tipo, eu vou falar: olha, vê lá, paciência, eu quero ter meu filho, eu quero que seja uma experiência maravilhosa, vou falar o que eu quero, vou conversar. Só que se ele não quiser me ouvir [...]. Ou se falar assim: ai, mais uma com essa ladainha, tipo assim, mais uma falando essas coisas que aprendeu em algum cursinho. Quer que corte o cordão depois? Eu fico pensando nisso e tenho medo, mas sei que conversar é a única coisa que pode mudar essa situação” (Margarida).

“Eu acho que o diálogo é a única arma que temos para o momento que vamos estar lá (referindo-se a maternidade), acho que tem que conversar com a equipe o tempo todo. Acho que é uma possibilidade pacífica de reivindicar os nossos direitos, né?” (Calêndula).

“Acho que é isso aí, o diálogo é a melhor coisa para um momento que tu não podes estar se estressando, né (referindo-se ao momento do parto)! É procurar fazer dentro do que a Instituição permite o que tu queres” (Hortênciã).

Os depoimentos revelam que, embora a intencionalidade de realizar o debate com os profissionais esteja pautada em conversas “pacíficas”, permeadas pelo respeito ao fazer profissional e pelo exercício da cidadania, trazem também um sentimento de ansiedade e, para alguns, certo clima de batalha acirrada, traduzida pelo uso da expressão “o diálogo é a única arma que temos”. As histórias de violência velada com que muitas mulheres e homens vivenciam seus partos dentro das instituições de saúde parece ter despertado nos participantes dessa pesquisa um sentimento ambíguo. Como num emaranhado de idéias, hora acreditam em uma relação horizontal e respeitosa entre eles e os profissionais de saúde, hora temem serem vítimas das relações verticais e autoritárias ainda presentes nas práticas obstétricas atuais. Para D’Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) esse sentimento é fruto de uma violência rotineira nos serviços de saúde brasileiros, que se apresenta sob quatro formas: negligência, violência verbal, violência física e até abuso sexual. Em torno desse “problema emergente”, as pessoas que, assim como os participantes desse Grupo, vivenciam um “preparo” para o parto, buscam alternativas para o superarem.

Assim, através do diálogo, pretendem não só conhecer a equipe de saúde como também se apresentarem como pessoas capazes, responsáveis e conhecedoras dos

seus direitos. Neste sentido, manifestam a compreensão da realidade como sendo um contexto dinâmico e passível de modificações, ou seja, percebem que há esperança diante daquilo que já está instituído e encontram aí o diálogo, como ferramenta para viabilizar tais mudanças.

Isto nos remete ao pensamento de Freire (2005), onde o diálogo incita os seres humanos a reflexões que podem promovê-los como agentes ativos de suas próprias histórias. No caso dos participantes desse Grupo, unidos por interesses comuns e abertos a reflexões sobre as práticas obstétricas atuais, o diálogo os fez refletirem sobre suas participações durante o parto e o nascimento institucionalizado. Para eles, “participar” é um verbo a ser conjugado durante toda a caminhada, seja para garantir que estarão incluídos numa assistência segura e adequada, seja para deixarem de absorver a condição social hegemônica de sujeitos ingênuos, estando à mercê das decisões essencialmente medicalizantes das ainda resistentes práticas obstétricas e neonatais.

“Eu acho que o diálogo é fundamental para garantirmos nossas preferências, mas como a maioria das pessoas pensa que se o doutor falou, ta falado, e que é dele a última palavra, não negociam as coisas. Eu converso bastante com meu médico [...]. Isso para mim é participar [...]” (Tulipa).

“Eu sei que a tendência é que o médico interfira nas minhas vontades e eu vou ter que negociar e me posicionar” (Bromélia).

Esta perspectiva explícita nos depoimentos coloca-nos novamente diante das idéias freireanas, quando o mesmo destaca que a transformação social está diretamente relacionada com a visão de mundo a ser erigida pelos homens (FREIRE, 2005) e ainda, evoca Bordenave e Pereira (1991), quando reforçam que a participação é o caminho para o ser humano realizar, fazer coisas, afirmar-se, mudar o caminho já traçado. Para Acioli e Carvalho (1998) “participar da construção da história”, ao enfatizar a reivindicação política, a democratização e socialização do saber, das decisões e dos planejamentos inerentes à sociedade, está relacionada estritamente com a idéia de cidadania. Então, ao negociarem e dialogarem com os profissionais de saúde acerca dos procedimentos obstétricos utilizados, os sujeitos participam da transformação de suas histórias à medida que reivindicam seus desejos e assumem parte do processo que lhes é de direito.

6.5 CONSTRUINDO UM SABER PRÓPRIO ACERCA DO PROCESSO DO PARTO E DO NASCIMENTO

A construção do conhecimento é entendida aqui como ponto de partida para vivências respeitadas e participativas durante o parto e o nascimento institucionalizados. Esse entendimento, à medida que o Grupo evoluiu em suas reflexões, ultrapassou as questões relacionadas à escolha pela via de parto em si e revelou para estes participantes um processo mais complexo, onde passam a estabelecer uma nova ordem para pensar e viver o nascimento e o parto.

“Acho que precisamos ter conhecimento das coisas, aí não vamos aceitar o problema nem as soluções que vão contra o que apreendemos, o que sabemos. Por isso venho no grupo, leio bastante, converso com quem está como eu” (Orquídea).

“Eu acho que é ele (referindo-se ao conhecimento) que a gente tem que buscar pra conseguir analisar as coisas e depois escolher o que queremos” (Zênia).

“Hoje percebo que precisaremos tomar muitas decisões! Não apenas pelo tipo de parto que queremos ter, mas tudo que envolve o parto e o nascimento [...]. Aí é que percebo a construção de uma outra forma de pensar o parir e o nascer” (Bromélia).

Pensar uma “outra forma” de parir e nascer, conforme verbaliza Bromélia, implica em construir um saber “próprio”, que viabilize o exercício do papel de protagonistas em todo o processo. Confirmam esta “outra forma” como uma atividade ativa, dialogal e emancipatória. A emancipação, para Figueiredo (2005), e a partir das premissas freireanas, permite aos seres humanos a apropriação do poder de pronunciar o mundo e de vivenciar a condição de protagonistas de sua história. Nesse sentido, um fazer cotidiano e histórico, permeado de desafios, sonhos, utopias, resistências e possibilidades representa, para Calado (2001), a emancipação humana, condição possível para ele, através da construção de saberes inerentes às necessidades específicas dos grupos sociais. Os participantes dessa pesquisa parecem confirmar tal pensamento, conforme demonstra o depoimento a seguir:

“Eu acho que o conhecimento nos deixa fortes, mas ele precisa ser construído a partir das nossas necessidades e anseios” (Flor da Noite).

Passando por um processo de inúmeras transformações físicas e emocionais, vivenciadas atualmente a partir das duas vertentes distintas de pensamento (citadas na análise da primeira categoria), a biomédica e naturalista, os sujeitos pretendem,

com a construção de um corpo de conhecimentos inerente ao processo de parto e de nascimento que atenda às particularidades de suas condições, uma forma de emanciparem-se ou fortalecerem-se para sobreponem a visão ingênua que a evolução tecnológica e medicalizante tenta impingir.

“Eu acho que o conhecimento que a gente vem compartilhando aqui, trocando, mudou um pouco a visão que eu tinha do nascimento” (Tulipa).

Ao analisarem as suas realidades, suas relações sociais, concepções, experiências, valores, crenças e necessidades, passaram a entender as transformações históricas sofridas pelo processo e os interesses associados a elas. Para tal, não só selecionaram alguns temas para refletirem no Grupo temático, como concluíram que precisam se aproximar do conhecimento dos profissionais, reelaborando-o a partir das suas expectativas, além de trocar experiências pessoais e buscar conhecimentos em variadas fontes para sustentar essas vivências.

6.5.1 Aproximando-se do conhecimento dos profissionais, mas reelaborando-o em benefício da humanização

Ao buscarem por informações com os profissionais pré-natalistas, tanto em seus consultórios como nas atividades educativas vinculadas ao próprio programa, as gestantes e seus acompanhantes se deparam, na maioria das vezes, com a transmissão verticalizada de um conhecimento técnico-científico considerado absoluto e incontestável por seus seguidores. Essa “filosofia”, que provoca repercussão desfavorável na assistência prestada à mulher durante o pré-natal (SILVA; CECATTI; SERRUYA, 2005), se estende e até se fortalece no interior das instituições hospitalares, onde o parto propriamente dito costuma acontecer. Para Monticelli (2003), nesses espaços, as famílias que vivenciam o processo do nascimento são estimuladas a “aprender a cuidar” de si e de seus filhos através de uma “cartilha biomédica” (em que há pouco espaço para o conhecimento popular), com raros (se não inexistentes) respiradouros onde o conhecimento é compartilhado e não sobreposto. Obviamente, essa “autoridade institucional” não abre espaço para o protagonismo dos seus usuários, pois a única conexão que estabelece entre eles e os profissionais é a de que quem “sabe” (os profissionais) ensinará a quem “não sabe” (os usuários).

Para Monticelli (2003) a cultura hospitalar não permite muitas escolhas, pois o conhecimento biomédico que reina dentro das instituições é vertical e organizado de forma a tornar os indivíduos que dele “dependem”, submissos.

Ao refletirem sobre essa hegemonia e, por conseqüência, sobre a importância que a construção de um corpo de conhecimentos técnico-científico terá na busca por partos e nascimentos humanizados dentro das instituições de saúde, os participantes desta pesquisa concluíram que precisam se aproximar do conhecimento dos profissionais, mas podem e devem reelaborá-lo, a partir das suas próprias expectativas.

“Acho que a gente precisa ir buscando informações e não encarar as coisas como verdades absolutas. Da gente saber que existem outros pensamentos sobre o mesmo assunto (referindo-se ao parto e ao nascimento) e a gente trocar isso fortalece a gente, porque a gente não se vê numa situação sem saída diante duma opinião que foi dada, ou de um diagnóstico, ou de um tratamento, mas comparamos com o nosso conhecimento, com o conhecimento das nossas mães e avós e vamos aprendendo mais e mais [...]” (Acácia).

“Eu acho que tudo o que li sobre parto, as informações que troquei com esse Grupo e também com os profissionais que estão me atendendo no pré-natal me deixaram com a sensação de segurança para a hora do parto. Posso transformar o que os profissionais me dizem, ou aceitar, ou rejeitar, mas sempre em meu próprio benefício. Meu e de meu bebê” (Flor da Noite).

“Depois que eu comecei ler mais sobre gravidez, me sinto bem mais segura. Porque quando ele (referindo-se ao médico) me fala as coisas, normalmente usando termos técnicos, eu já sei o que significa. Então posso tirar minhas dúvidas e depois ainda dou minha opinião” (Hortência).

As declarações acima demonstram que o Grupo percebe a tentativa de “manutenção de poder” que os profissionais exercitam através do conhecimento científico, mas que também sabem que podem “virar o jogo” se conseguirem entender e negociar esse conhecimento.

Monticelli (2003), em sua tese de doutorado, constatou que em se tratando das famílias que vivenciam o processo do nascimento, existe sim um espaço para negociação entre o conhecimento científico e as expectativas familiares, e que essa é, inclusive, a realidade que as próprias famílias desejam.

Tal premissa condiz plenamente com as expectativas desse Grupo, pois eles buscam a compreensão e interpretação da “linguagem profissional” objetivando

justamente a negociação dos cuidados obstétricos, pois insinuam que, assim, terão chances reais de participação em seus partos.

“Por isso a gente precisa saber pra que está sendo feito determinado procedimento! Entender mesmo sabe? Só assim poderemos participar das decisões (referindo-se à necessidade de conhecer algumas particularidades do processo do parto e do nascimento para poder fazer escolhas)” (Hortênci).

“Eu to percebendo que tem um monte de coisas que preciso saber, senão não vou conseguir que a minha vontade seja respeitada. Eu quero saber e entender o que os médicos pensam e fazem, mas tenho condições de pensar por mim e ver se isso é ou não bom pra mim” (Margarida).

Essa maneira participativa de vivenciar suas histórias, reelaborando o conhecimento compartilhado com os profissionais de saúde em benefício do que consideram, enquanto sujeitos, um parto e um nascimento humanizado, para Freire (2005), é fruto da reflexão crítica da realidade, onde os sujeitos a problematizam com vistas a transformá-la.

“Eu acho que o ideal é a junção do conhecimento do profissional com o nosso [...] aí podemos usar o que eles (os profissionais) sabem e têm para nos passar a nosso favor, adaptando às nossas vontades” (Lírio).

Assim, ao reconhecerem-se como sujeitos do processo, inseridos em uma realidade dinâmica, acreditam que poderão “transformar” também a “cartilha biomédica”, em prol de partos e nascimentos institucionalizados realmente humanizados em seus princípios.

6.5.2 Buscando informações em diversas fontes

Uma das preocupações que os sujeitos participantes da pesquisa manifestaram está relacionada à natureza das informações que servirão de base para o “corpo de conhecimentos” próprios que pretendem elaborar. Acreditam que este cabedal será sólido à medida que emergir de variadas fontes, pois é isto que permitirá a negociação entre o saber profissional e suas próprias expectativas.

“Mas a gente não deve buscar informação só aqui (referindo-se ao Grupo)” (Bromélia).

“A gente queria a indicação de uma bibliografia adequada que fale sobre todas as fases da gestação, tipos de parto, complicações durante a gestação e parto, explicações dos exames feitos no pré-natal. Porque aí nós podemos nos informar e até comparar com o quê já sabemos e achamos em outros lugares” (Camélia).

“Na verdade a gente tem que buscar o conhecimento da gente em outras fontes também” (Frésia).

“Eu busco informação na internet, na biblioteca, televisão [...]” (Miosótis).

Entendem que, enquanto sujeitos do processo, precisam construir um corpo de conhecimentos com fontes variadas, uma vez que as informações compartilhadas com os profissionais durante o pré-natal, além de não serem suficientes, são impregnadas de intenções, na maioria das vezes ocultas, que visam o fortalecimento do modelo biomédico. Corroborando com a percepção dos participantes dessa pesquisa, Hotimsky et al. (2002) afirmam que a maioria das usuárias do setor público de saúde (que representa a maior parte dos nascimentos brasileiros) não recebe informações que supram suas necessidades durante o pré-natal. Moura e Rodrigues (2003) e Delfino et al. (2004) também reconhecem a insuficiência e inadequação do conhecimento compartilhado entre profissionais e usuários da rede pública de saúde, durante as atividades individuais e coletivas desenvolvidas durante os programas de pré-natal. Considerando tal deficiência e decidindo por uma forma de superá-la, as gestantes e acompanhantes também acreditam que precisam considerar que essas fontes trarão, a partir das vertentes biomédica e naturalista de pensamento (TORNIQUST, 2002), informações distintas.

“[...] é só pensar que se um médico que só faz cesáreas for escrever um artigo sobre a melhor forma de nascer, por exemplo, essa forma vai ser a cesárea. Agora se você buscar informação em um site pró-partos naturais, o conteúdo que encontrará vai ser bem diferente. Aí tem que ter consciência do que quer procurar[...]” (Lírio).

“Minha mãe é obstetra e disse que não precisa (referindo-se ao preparo das mamas). Aí eu li num “site”, eu acho que da “uol”, que tem um médico que tem “blog” e trabalha com puericultura. Ele disse que precisa” (Acácia).

Ao refletirem sobre suas experiências em relação à busca pelo conhecimento, concluíram que não só conseguirão selecionar o que mais lhes interessa dentre as informações disponíveis nas diversas fontes, como através delas conseguirão se libertar do histórico poder que a biomedicina exerceu sobre o parto e o nascimento (DINIZ, 2005).

“Acho que o poder médico já é histórico, né? Mas também acho que a Internet hoje ajuda bastante, porque as pessoas têm como buscar informações e contra-argumentar um conhecimento que antes era só deles” (Bromélia).

“E devemos ser um pouco investigadoras. A gente tem que estar sempre pesquisando, porque é muito complicado mesmo a gente não ter informação.

Eu fui fazer ultrassom e apareceu uma coisa meio esquisita, acho que eram 5 miomas. Eu fiquei preocupada, cinco miomas, eu penso, “meu Deus”! Aí fui pra internet e pesquisei. Quando eu cheguei no meu médico mesmo, eu já sabia tudo (risos), entre aspas. Porque na verdade ele tava me falando tudo o que eu já sabia. As pessoas no geral não são educadas pra fazer isso. Então se aceita facilmente qualquer resposta e aí se fica com um monte de dúvidas. Se a gente se habituar a ler, pesquisar, quando a gente tiver nossos filhos, levar num pediatra e tiver dúvidas, nós não nos sentiremos fracas e ameaçadas, aceitando ordens de profissionais autoritários” (Frésia).

Dentre as fontes consideradas, as mais citadas foram livros, revistas e sites *on line*, além de informações fornecidas por profissionais especialistas.

“Eu li em uma revista que ela (referindo-se a ocitocina) diminui aquele sangramento depois do parto” (Hortênciã).

“Eu acho que a Internet deixa a busca pela informação muito fácil” (Bromélia).

“Também podemos nos informar sobre o parto através de livros e revistas” (Tulipa).

“Tem coisa que acho que dá pra gente pesquisar em livros ou internet, né?” (Camélia).

“Tem um site na Internet que eu já me cadastrei que é bem legal, tem tudo que acontece com o bebê e com a mãe e eu achei bem interessante” (Acácia).

“Eu gosto de procurar pediatra para conversar sobre amamentação e seus benefícios para o bebê. Além de se informar a gente pode procurar informação capacitada né?” (Frésia).

Assim, os participantes encontram nas variadas fontes de conhecimento diferentes possibilidades para vivenciarem partos e nascimentos institucionalizados, pois elas incrementam e promovem criticidade à construção do “saber próprio” que julgam fundamental.

6.5.3 Participando de grupos temáticos

A oportunidade de trocar opiniões, vivências e informações com seus pares (acompanhantes), durante a vigência do período gestacional, favorece a reflexão crítica da realidade do processo do nascimento em nível nacional, regional e local. Assim, para Delfino et al. (2004), a atenção à saúde das mulheres e homens no período pré-natal deve englobar práticas educativas que possibilitem a construção de um corpo de conhecimentos relacionados ao parto e ao nascimento, em um espaço propício para movimentos de promoção da saúde, pautados em um processo horizontal de ensinar-aprender.

Nesse sentido, os sujeitos dessa pesquisa entendem que a prática educativa vivenciada pode ser assim considerada, pois proporciona, a partir de um processo horizontal, condições mais seguras e esclarecedoras sobre os processos de parir e nascer e, de certa forma, “adianta” o futuro sobre a maneira como concebem suas participações, quando adentrarem as instituições de saúde para terem seus filhos.

“Essa coisa da gente discutir as coisas que estão acontecendo com o grupo deixa muito mais fácil, né! A gente sempre vai saber sobre o assunto, porque ta vivenciando. Aí o grupo vai colocando mais e mais situações e todo mundo vai aprendendo” (Tulipa).

“Eu acho que quando você está consciente do processo e preparada, ajuda bastante. Pra mim, pelo menos, eu tenho muito mais consciência do que fazer lá na hora do parto do que se eu não tivesse passado por aqui (referindo-se ao Grupo)” (Tulipa).

“Eu penso que os encontros (referindo-se ao Grupo) são um exercício para a prática em que nós estaremos atuando, literalmente (risos)” (Lírio).

Oliveira (2004) também acredita que as atividades educativas grupais participativas vivenciadas em grupos temáticos são ótimos exercícios para a prática dos partos e nascimentos, pois propiciam oportunidades de intensas reflexões sobre ela, aumentando a capacidade dos sujeitos de decidirem e negociarem sobre os cuidados oferecidos a eles dentro das instituições de saúde.

Para estas pessoas, a vivência no grupo auxilia também no entendimento de que o parto e o nascimento podem ser vivenciados como eventos fisiológicos e sociais que fazem parte de um processo maior, assim como ajuda a esclarecer que os fenômenos de dar à luz e vir ao mundo se iniciam já no pré-natal, sendo que para isso precisam estar “informados e fortalecidos”, pois o desfecho final será consequência do agora. Tais argumentos remetem novamente à Tornquist (2002), no que se refere às formas de “apreender a maternidade” no ideário de humanização do parto. Também acreditam que o fato de “conviver e dialogar” com seres humanos que compartilham realidades semelhantes, resultam em tranqüilidade e bem estar.

“Acho que oportunidades como essa (referindo-se ao Grupo) nos fazem não só pensar no parto que acreditamos ser ideal, mas agir para que ele aconteça a partir disso. Sim, porque volto a dizer que conversando a gente consegue muitas coisas” (Flox).

Para Freire (2005), é através do diálogo que os homens exercitam a cidadania e transformam a realidade que os cerca. Por considerarem o caráter

educativo deste tipo de atividade e a sua relevância social, julgam que essa “oportunidade de reflexão coletiva” deveria ser oferecida a todos os usuários dos serviços de saúde.

“Eu acho que se mais pessoas tivessem acesso a grupos como esse, talvez a realidade brasileira do nascimento como um todo, que compartilhamos naquele outro dia (referindo-se a 5ª oficina), seria muito diferente” (Tulipa).

“Pena que a gente não tem oportunidades como essa (referindo-se às discussões vivenciadas no Grupo) durante todo o pré-natal. Sim, porque hoje percebo que já deixei de decidir muitas coisas. Acho que se tivesse participado de grupos como este antes [...]” (Zenia).

“Eu fico pensando que a gente só está conseguindo refletir sobre estes temas aqui, mas e quem não tem essa oportunidade?” (Lírio).

A perspectiva apontada pelo Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC reafirma o conceito de “grupo” apontado por Lepassade (1983), quando enfatiza que um grupo é constituído por um conjunto de pessoas que, em relação umas com as outras, se unem por interesses comuns e, por isso, podem problematizar a realidade e contribuir para mudanças significativas dentro da esfera que as une. Também reforça os pressupostos freireanos de que ao participar de um grupo, os seres humanos têm a possibilidade de refletir, dar suas opiniões, qualificarem-se e libertarem-se (FREIRE, 2005).

As gestantes e seus acompanhantes, ao verbalizarem o interesse que têm em grupos temáticos desta natureza, acrescentam um ingrediente fundamental para a sua consecução, que é o “diálogo”. Disseram com todas as letras que ao participarem do Grupo, passaram a crer no diálogo como um elo de ligação entre os próprios participantes e entre eles e os profissionais de saúde, pois concebem que esta ferramenta é veículo fundamental para a troca de informações, vivências e expectativas, bem como permite, segundo eles, o exercício antecipado da negociação que terão que fazer ao entrarem na instituição de saúde para terem os filhos. Segundo as gestantes, principalmente, trata-se de um “ótimo exercício entre as partes”.

“Agora eu já penso que trocar esses conhecimentos aqui (referindo-se ao Grupo) é bem importante, porque exercitamos o diálogo, que será, digamos assim, o meio de negociar nossos partos com os profissionais de saúde. Mas acho que o mais importante, e penso também que esse deve ser um dos objetivos dos encontros, é que a gente perceba que para negociarmos com esses profissionais, primeiro precisa formar uma opinião. Eu tenho saído desses encontros bastante reflexivo [...] está sendo um ótimo exercício [...]”

espero que eu consiga realmente negociar com os profissionais que nos atenderão [...]” (Lírio).

Durante toda a trajetória do Grupo percebi que certa ansiedade pairava no ambiente sempre que se abordava o “encontro” entre profissionais de saúde e a “clientela” que vivencia a gestação (assunto largamente discutido). Para estes sujeitos, mesmo os que têm recursos suficientes para atendimentos em clínicas particulares, esta é uma relação complexa, na maioria das vezes estressante e voltada para relações verticalizadas. Esta perspectiva vem ao encontro das idéias de Delfino (2004), que alerta para o fato de que muitos serviços de saúde continuam centrados em atividades individuais e intervencionistas, dificultando a participação das mulheres e dos homens no processo, o que gera desconforto e insegurança.

Talvez em razão mesmo desta interpretação é que as gestantes e seus acompanhantes apreciam tanto o “diálogo coletivo” que empreendem neste fórum de discussão, pois vêem ali uma possibilidade concreta de negociação e vivência mais horizontalizada entre “parceiros” de uma mesma causa. Esta anúncio reitera o entendimento de Freire (2005) de que o diálogo é uma exigência existencial, um encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos, endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado. Nesse sentido, os grupos temáticos foram entendidos como cenário propício para a concretização destes princípios.

6.5.4 Trocando experiências com os pares

Trocar experiências pessoais, segundo o discurso dos participantes dessa pesquisa, pode resultar em dois exercícios valiosos para prepará-los para essa “nova fase” de suas vidas. O primeiro é a troca de informações como uma “fonte alternativa” para a construção do corpo de conhecimentos que julgam necessário para negociação dos cuidados obstétricos.

“Quanto mais eu converso com as minhas amigas, porque todas que já tiveram filho, elas sempre comentam que o parto normal é muito mais rápido. Claro que tem essa coisa das horas (referindo-se ao trabalho de parto), que tem que esperar as contrações. Para algumas são mais difíceis, para outras são mais fáceis (referindo-se às contrações), mas que o pós-parto é muito melhor, mais rápido, em casa e que logo você pode assumir o controle da sua própria vida. Eu vejo no caso das minhas irmãs que foi cesariana, foi bem complicado o pós-parto [...] a gente aprende muito conversando com as pessoas que já tiveram filhos [...]” (Tulipa).

“Ouvindo minha mãe eu já aprendi muitas coisas sobre como cuidar de bebês [...]” (Zenia).

Ao trocarem experiências uns com os outros, as mulheres e homens podem compartilhar saberes, tanto de cunho científico, adquirido a partir de literaturas “oficiais”, quanto populares, transmitidos ao longo das gerações. Esse Grupo, em especial, apesar de reconhecer o peso do conhecimento científico, parece guiar-se por ele, uma vez que os participantes, além de trocarem informações entre si e com os seus pares, procuram respaldo para seus questionamentos e escolhas em fontes de informação de cunho científico, bem como não citam em seus discursos crenças populares relacionadas ao cuidado de si e de seus bebês. Essa particularidade pode estar associada às fontes de informação procuradas pelos participantes, onde é explícita a sobreposição do conhecimento científico ao popular.

Porém, para Bracco Neto e Taddei (2000), a troca de experiências entre mulheres e homens que vivenciam o processo do nascimento, independentemente se de cunho científico ou empírico, aumentam significativamente seus conhecimentos e, por conseqüência, a possibilidade de protagonizar esse evento. Holanda, Dias e Ferreira Filha (2007) também acreditam que trocando experiências e saberes em “espaços de fala”, essas pessoas exercitarão a participação e descobrirão a possibilidade da co-responsabilidade entre eles e os profissionais de saúde dentro das instituições hospitalares.

Essa afirmação nos leva a refletir sobre o segundo “exercício” que o Grupo julga realizar com tal experiência: a reflexão gerada dessa troca.

“Acho que trocando as informações, a gente não esquece. Eu quero dizer, porque a gente ajudou a construir o conhecimento a partir das nossas experiências” (Zenía).

“Eu e o Sécia estávamos falando sobre isso, como esse contato e troca de experiências com pessoas que estão vivenciando a gravidez faz pensar. Acho que faz a gente acordar pra realidade” (Prímula).

“Acho que refletir sobre os problemas que vivenciamos a partir de alguns relatos nos fazem sentir a necessidade de buscar conhecimento também em outras fontes como internet e revistas [...] para conseguirmos entender mais sobre o assunto, falar a língua dos profissionais (referindo-se ao vocabulário técnico) e refletir sobre o que realmente queremos [...]” (Hortência).

Os depoimentos mostram que experiências compartilhadas sem imposição, que partem das reais necessidades dos sujeitos envolvidos, resultam em oportunidades de construção do conhecimento de forma ativa, crítica e reflexiva. Freire (2005) acredita que a base da construção do conhecimento deve ser assim: a partir das necessidades dos indivíduos e que, quanto mais liberdade se oferece a

esses sujeitos, mais ricas serão as oportunidades de troca. As gestantes e seus acompanhantes consideraram a busca pela assistência humanizada como uma responsabilidade que deve ser coletiva, pois somente assim será possível a transformação da atenção ao parto e ao nascimento.

CAPÍTULO 7 - REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA EDUCATIVA EM GRUPO E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DE GESTANTES E ACOMPANHANTES

Nesse momento do estudo, após ter respondido à primeira pergunta da Pesquisa Convergente-Assistencial, realizo uma reflexão global sobre a prática educativa em grupo, ou seja, almejo dar conta da interpretação relacionada ao segundo objetivo desta dissertação. Para tal, analiso como as etapas do “Arco da Problematização” (“observação da realidade”, “levantamento dos pontos-chave”, “teorização do problema”, “formulação de hipóteses” e “modos de intervenção na realidade”) aconteceram no decorrer das oficinas, como se deu minha inserção como facilitadora nesse processo e, finalmente, como penso que a prática educativa influenciou os sujeitos na construção das suas expectativas e estratégias de participação no parto e nascimento. Destaco aqui que as 5 etapas do arco foram vivenciadas ao longo de todas as oficinas e que essa reflexão está relacionada às duas edições do Grupo que serviram de base para a dissertação.

A primeira etapa ou “**observação da realidade**”, que foi implementada principalmente na oficina introdutória, permitiu aos participantes que se conhecessem uns aos outros, além de estimulá-los a optar por temas de interesse comuns que seriam aprofundados nos encontros posteriores. A meu ver, a oportunidade de selecionarem tais assuntos propiciou a esses sujeitos os primeiros exercícios de participação e de inclusão numa perspectiva coletiva em torno das expectativas relacionadas ao parto e ao nascimento. Iniciava-se ali o processo educativo propriamente dito, negociado com o Grupo como uma oportunidade de reflexões, engendradas pelo diálogo livre e pela esperança de vivências mais ativas. Acredito que tais princípios devem permear o trabalho de educadores e educandos que compreendem e desejam exercer concretamente o significado de “educação” como

uma busca democrática pela consciência crítica e pela autonomia intelectual (FREIRE, 1996).

Ao se perceberem valorizados pela liberdade de escolha proposta na seleção das temáticas, como tentei mostrar na descrição anterior, as gestantes e seus acompanhantes verbalizaram uma grande quantidade de idéias, que tinham por base assuntos que emanavam de suas realidades (pré-parto, parto e puerpério). Entretanto, observei também que à medida que expunham e explicavam o que esperavam “aprender” em relação a esses assuntos, os participantes pareciam esperar que os encontros oferecessem ou reforçassem as recomendações usuais de “preparação biomédica para o parto”, vivenciada no pré-natal e na maioria dos “cursos de gestantes”. O desafio então, a partir do referencial teórico-metodológico adotado por mim e referendado pelo grupo coordenador, passou a ser o de procurar atender às expectativas sem, contudo, “repassar” ou apenas “transmitir” o conhecimento técnico-científico, mas sim, buscando despertar nesses sujeitos o senso crítico e o desejo de envolverem-se na própria construção de tais saberes; um exercício de práxis criativa e reflexiva que contivesse em seu interior a possibilidade de vislumbrar outros caminhos e outros olhares à vivência do parto e do nascimento.

Para que esse exercício fosse possível, os participantes foram convidados a fazer as primeiras escolhas, ainda na oficina introdutória. As reflexões e construções sobre os assuntos levantados teriam que ser abordados levando em consideração sua complexidade e também o cronograma previamente agendado para o desenrolar do conjunto das oficinas. Assim, os sujeitos foram então convidados a escolher os “**pontos-chave**” (2ª etapa do Arco) de tais assuntos. Essa etapa foi de difícil operacionalização, pois os sujeitos, inicialmente, não entendiam porque precisariam de tanto tempo para “aprenderem” sobre um único tema. Seus depoimentos eram no sentido que *“quanto mais assuntos houver a serem aprendidos, maiores serão os benefícios finais a serem alcançados”*. Assim, várias sínteses foram necessárias ao longo das oficinas, pois as gestantes e seus acompanhantes foram percebendo gradativamente a importância da reflexão. Os momentos de síntese foram fundamentados no diálogo e na negociação dos interesses coletivos, mas, para isso, a interferência intencional da facilitadora foi presença constante, pois os sujeitos precisaram ser estimulados a pensar dessa forma e, assim, adotar o que era mais significativo para o Grupo.

Embora esta etapa tenha sido particularmente “trabalhosa”, uma vez que precisou de muitas negociações para, enfim, haver acordo coletivo, interpreto que a mesma constituiu-se numa espécie de celeiro ou fermento nutritivo que impulsionou os diversos atores sociais (facilitadora, coordenadoras, gestantes e acompanhantes) para um jogo de inter-conquista, de inter-apoio e de acomodação de desejos e expectativas com relação à forma e ao conteúdo das vivências que ocorreriam dali para frente. Ao olhar para trás, hoje, vejo o quanto foram proveitosos os momentos de estabelecer os “pontos-chave”, pois isto favoreceu o sentimento de grupo e estimulou a criatividade e a vontade de explorar novos horizontes de aprendizagem **no** e **com** o grupo.

A próxima etapa, denominada de “**teorização dos problemas**”, que aconteceu da segunda à nona oficina, foi repleta de descobertas, tanto para os sujeitos, quanto para mim, como facilitadora das atividades grupais. Se em vários momentos das oficinas, o exercício da teorização foi marcado pela dificuldade de condução metodológica, no que se refere à minimização da “transmissão do conhecimento” das profissionais coordenadoras ao Grupo (procurando “responder às dúvidas” das gestantes e seus acompanhantes), a apropriação de instrumentos teóricos e práticos, embasados no referencial escolhido, permitiu que os sujeitos “desvelassem” os temas escolhidos ao longo das oficinas e que a facilitadora vivenciasse um “duplo processo”, pois ao mesmo tempo em que procurava meios para conduzi-lo entre os participantes, articulava uma forma de enriquecer as discussões através do conhecimento especializado das profissionais, estimulando o Grupo a refletir com e a partir dele.

As vivências enriquecedoras provocadas por esses estímulos despertaram nos sujeitos, o “espírito investigativo”, citado por Freire (2005), como consequência da superação da consciência ingênua, fazendo com que aquele conhecimento verticalizado que almejavam outrora (como totalidade), se transformasse em “ponto de partida” para novas e instigantes reflexões. Assim, a construção do conhecimento esperada inicialmente através da “transmissão de informações”, ou seja, do profissional que “sabe” para os leigos que “não sabem”, cedeu espaço para a busca coletiva, para o diálogo horizontal e livre, para a efetiva participação. Sob essa ótica, o contraponto entre textos técnico-científicos, artigos que analisam criticamente a realidade atual, premissas ministeriais, *sites* mantidos por organizações “ativistas”, troca de experiências pessoais e contribuição do conhecimento profissional especializado provocou o despertar dos sujeitos para uma realidade até então (quase)

desconhecida. Ao problematizarem a realidade foram tornando-se mais críticos, sensíveis às várias perspectivas existentes sobre cada um dos temas em pauta e, paulatinamente, julgaram-se “capazes” para atuarem na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, pois se sentiram seguros para decidirem sobre seus modos de participação no parto e no nascimento.

Munidos de informações refletidas e de criticidade, passaram a entender a realidade do parto e do nascimento como uma construção puramente humana e, como toda construção humana, algo exposto à mudança. Deste modo, avalio, julgaram o ambiente relacional do Grupo como um espaço de interação, reflexão, criação e recriação, de onde poderiam surgir alguns caminhos que viessem a contribuir na resolução dos problemas levantados.

Uma das mais instigantes observações, nas atividades propostas para esta etapa de teorização, foi o empenho desmedido de cada um dos participantes no que diz respeito à procura de estratégias que levassem em direção a apropriação de instrumentos teóricos e práticos necessários para resolução dos problemas levantados na etapa anterior. Observei que além de aparentarem interesse em colaborar, trazendo textos, indicação de sites, sugerindo filmes e/ou livros sobre os diversos assuntos em pauta, ou mesmo trazendo exemplos para servirem de apoio às discussões, as gestantes e seus acompanhantes pareciam desempenhar um papel que lhes dava prazer, uma vez que alimentavam o sonho de vivenciarem modos diferentes de atuar diante da atual realidade da maioria das maternidades brasileiras. Em minha análise, este exercício grupal, preñado de sentimentos ativos e positivos, propiciou a operacionalização do conceito “práxis” em toda a sua magnitude, uma vez que envolveu “o processo de ação e reflexão que as pessoas realizam sobre o seu mundo com o propósito de transformá-lo” (TORRES, 2001, p. 233).

Do mesmo modo que a etapa da teorização, o estabelecimento das “**hipóteses de solução**” ocorreu em todas as oficinas, mas foi especialmente estimulado na nona. Este passo do “Arco da problematização” revelou inicialmente (nas primeiras oficinas) hipóteses pautadas na simples “escolha” dos sujeitos (por procedimentos, profissionais, instituições, formas de buscar conhecimentos, dentre outras) e evoluiu, ao longo das “reflexões coletivas”, para o exercício do diálogo, para a negociação fundamentada em direitos e para a parceria entre profissionais e sujeitos na busca por partos e nascimentos humanizados.

As hipóteses construídas pelo Grupo pautaram-se no parto e nascimento como eventos fisiológicos, minimamente invasivos, onde o protagonismo lhes é garantido e, como seres humanos críticos, reflexivos e com inteira capacidade para dialogar e negociar (conseguida através da “construção do conhecimento”); poderão pensá-las em conjunto com a equipe de saúde.

Considerando a aplicabilidade de suas hipóteses no ambiente institucional, as facilidades e dificuldades que provavelmente encontrariam, o Grupo planejou ações e as priorizou frente ao que consideraram mais urgente na realidade dos partos e nascimentos brasileiros, rumo à sua humanização; humanização esta compreendida como negação da opressão e da dependência, conforme o pensamento freireano.

Esta etapa metodológica, assim como as anteriores, gerou no grupo uma sensível percepção de que, embora “difícil”, é possível remodelar o que está posto na atenção ao parto e ao nascimento institucionalizados e que é viável rever concepções que se pensavam cristalizadas até então. O estabelecimento de algumas propostas para a modificação da realidade, como por exemplo, o exercício do diálogo, a busca pelo conhecimento em diversas fontes e a escolha por profissionais e instituições, impingiu nos participantes do grupo significados que expressam esperança, ainda que não tenham a ilusão de que a tarefa de transformação inclui complexidade de relações, tensões, conflitos de interesses e permanente entrecruzamento de poderes e saberes. Trata-se, a meu ver, do exercício da tradução concreta de uma prática imobilista e assistencialista, que nega o diálogo e inibe a criatividade, para uma outra prática, “de cunho problematizante, que envolve um esforço permanente, através do qual os homens vão percebendo, criticamente, como estão **sendo** no mundo, **com que** e **em que** se acham” (FREIRE, 2005, p. 80-81).

Uma vez definidas as hipóteses e analisadas as suas viabilidades, esses seres sociais e críticos começaram a desenvolver mentalmente formas de operacionalizá-las como “**modos de intervenção na realidade**”. Presente em todas as oficinas, mas especialmente estimulada na última, esta etapa revelou a própria ação-reflexão-ação do Grupo, num exercício de futuridade, considerando o período gestacional de cada uma das mulheres integrantes do grupo. Representada então por expectativas e intencionalidades, esta etapa demonstra claramente (ao passo que sintetiza) a “nova maneira” que as gestantes e seus acompanhantes passam a conceber o parto e o nascimento e, por conseqüência, como pretendem atuar dentro das instituições de saúde que escolherem para vivenciá-los.

Além disso, a etapa de vislumbrar os modos de participação no parto e nascimento também revelou algumas intervenções pensadas por esses sujeitos em seus pré-natais, ou seja, no período gestacional presente, principalmente no que se refere às relações entre eles e os profissionais de saúde. Assim, à medida que vislumbravam possibilidades de atuação, quando chegasse o momento da hospitalização, também refletiam sobre suas possibilidades de fortalecimento no momento atual, concreto e inserido na realidade imediata. Portanto, a metodologia proposta também ajudou na superação dos objetivos anteriormente delineados.

Para garantir a operacionalização metodológica das oficinas (baseada nas 5 etapas do “Arco” acima descritas), o Grupo precisava, além de um espaço coletivo como fórum de debates, da presença de um personagem que os articulasse. Articular um processo educativo dialógico e horizontal como esse, implica em desenvolver, além de conhecimentos e habilidades técnico-científicas inerentes às necessidades dos sujeitos, uma percepção desses enquanto seres de ação-reflexão-ação, no e com os seus mundos, e que, por isso, buscam através do diálogo e a partir das suas realidades, a troca de experiências e a construção co-participativa de novos conhecimentos. Olhando através desses “óculos”, o meu papel durante a pesquisa foi o de **facilitar** o processo em questão, articulando com intencionalidade os diálogos e reflexões do Grupo, rumo à transformação consciente de suas realidades. Para Augusto, Marques e Venâncio (2007), o facilitador, à medida que induz os sujeitos à cooperação, integração, colaboração e aproximação da realidade centrada na curiosidade, contribui sobremaneira para a formação de seres humanos reflexivos, críticos e criativos.

Apesar de ter iniciado a PCA com uma percepção teórica clara do meu papel no ambiente relacional do Grupo, a prática teve alguns percalços e dilemas, como ocorre com qualquer projeto desta mesma natureza e intencionalidade. O fato de ter escolhido um Grupo já formado, para a prática educativa, ao mesmo tempo em que ofereceu facilidades relacionadas à estrutura física para realização das oficinas, ao acesso aos sujeitos e à presença das profissionais coordenadoras como suporte teórico nas discussões, fez-me esbarrar em algumas dificuldades de definição de papéis com as mesmas, como por exemplo, quando na tentativa de “ajudar” a “sanar as dúvidas” emergentes da problematização, elas respondiam aos estímulos metodológicos. Essas situações, mais comuns nas primeiras oficinas, causaram dificuldades de condução metodológica, pois contrariavam as premissas que regem o

estudo. Porém, ao longo das oficinas, as premissas teóricas da dialogicidade e da negociação permitiram hipóteses de solução que garantiram o alcance aos objetivos da pesquisa, numa demonstração clara de respeito interdisciplinar e multiprofissional que ajudou na superação responsável de todas as profissionais que estiveram envolvidas e acolheram o projeto.

Esse constante “ir e vir” em busca das premissas teórico-metodológicas que viabilizassem o trabalho educativo conjunto conferiu a essa pesquisa uma particularidade em relação à maioria dos estudos que utilizaram o “Método do Arco” para sua operacionalização. Como estratégia para garantir a continuidade da coleta de dados, frente às dificuldades encontradas, percebemos, em conjunto, que as etapas do “Arco” poderiam acontecer alternadamente durante cada oficina. Assim, as etapas nem sempre se deram em ordem crescente durante cada oficina (da primeira até a quinta). Um exemplo disso se deu quando, durante as etapas de teorização, houve intensa interferência do suporte teórico especializado, através da “transmissão” de conhecimentos. Assim, sendo eles (os conhecimentos) relacionados ou não à síntese realizada pelo Grupo, enquanto facilitadora, eu buscava retornar à metodologia, voltando às etapas (do Arco) anteriores e resgatando junto ao Grupo nosso propósito inicial de ação-reflexão-ação. Outro exemplo claro desta “alternância de etapas” para retorno à metodologia (utilizada sempre que ocorreu desvio dos propósitos do estudo) se deu quando, por interferência profissional, durante a construção das “hipóteses de solução”, eu utilizei as colocações expostas pelas profissionais para voltar à novas teorizações, tentando minimizar as interferências dessas colocações nas hipóteses criadas pelas gestantes e acompanhantes (entendidos aqui como protagonistas).

A dificuldade profissional em se adaptar a metodologias desta natureza já é um fato conhecido e discutido por muitos estudiosos da área da educação e saúde. Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a maioria das atividades educativas conduzidas por profissionais de saúde, por influência dos métodos tradicionais de ensino, segue alheia ao debate crítico sobre as necessidades da população. Para Becker (2001) e Souza et al. (2005), um longo caminho ainda precisa ser trilhado para que os profissionais abandonem a concepção tradicional de educação, centrada na transmissão do conhecimento, e passem a pautar suas atividades na concepção libertadora, centrada na liberdade entre facilitadores e sujeitos para dialogar e refletir, bem como na construção do conhecimento pelos próprios sujeitos e a partir

das suas necessidades, mudando de perspectiva frente a uma realidade plausível de transformação.

Mas este certamente não é um problema específico e circunscrito à presente proposta; trata-se de uma concepção que se encontra entranhada no próprio processo de formação profissional e que, por continuar encontrando guarida na maioria dos modelos da prática profissional, acaba por reforçar este modelo.

O meu próprio papel como facilitadora do grupo também não ocorreu sem “deslizes” teórico-operacionais ou sem sobressaltos diante do devir da realidade educativa que se apresentava. Não foram poucas as vezes em que me percebia tensa quando o diálogo não “fluía” quanto eu “achava” que deveria fluir e foram inúmeros os encontros em que eu me percebia agindo mais no sentido de “apontar os devidos caminhos” do que em desenvolver possibilidades emancipatórias. Estes exemplos também eram eivados por conflitos internos relacionados à sensação de estar colaborando para algum possível embate entre profissionais e usuários, no momento em que acontecesse o encontro entre as gestantes, os acompanhantes e os profissionais, dentro das salas de parto das maternidades. Ou seja, há momentos em que nossa cultura “bancária” acaba por nos surpreender, mesmo quando pensamos que nosso projeto está inteiramente respaldado por pressupostos libertadores.

Não é fácil extrapolar os aspectos comportamentais ligados ao processo do nascimento ou mesmo ultrapassar métodos didáticos prescritivos e normatizadores, já que temos uma tendência hegemônica a cometer o equívoco de achar que o outro, como diz Monticelli (2003), “está errado” – e é bastante complexo abandonar a idéia altamente subjacente de que nós, profissionais, devemos diminuir o peso da linguagem “da verdade” em direção a uma linguagem “de possibilidades”. Mas este também é um eterno devir que nos mostra inconclusos e “sujeitos” das histórias que queremos (ou não) continuar construindo.

Por outro lado, apesar das dificuldades vivenciadas, a flexibilidade com que o “Método do Arco” pode ser aplicado permitiu a condução da pesquisa e a “evolução” das relações entre os participantes do Grupo, as profissionais coordenadoras e a facilitadora. Isso ficou evidente pela necessidade de intervenção gradativamente menor, ao longo das oficinas. Nos primeiros encontros, além da preparação de materiais e estratégias para as etapas de teorização, que muito exigem do facilitador, eu precisa retomar a proposta a todo o momento, situação essa que foi se

modificando à medida em que os participantes foram incorporando o método e percebendo a importância dessas atividades em suas realidades.

Ao refletir sobre os benefícios que a atividade educativa trouxe para a vida dos sujeitos, destaco a criticidade com que passaram a refletir sobre seus mundos e, por isso, não poderia deixar de analisar **como ela (a prática educativa) os influenciou** na construção das suas expectativas e estratégias de participação.

As vivências coletivas, mediadas pelo “Método do Arco”, conferiram às gestantes e seus acompanhantes, uma percepção mais complexa de seus cotidianos, uma vez que oportunizaram a reflexão crítica sobre os mesmos. Ao problematizarem a realidade através do diálogo crítico, buscaram o conhecimento que julgaram importante para “entender melhor” a realidade que os cerca. Assim, redefiniram papéis de atuação para o parto e o nascimento institucionalizado, bem como planejaram ações que pretendem utilizar pra vivenciar esses “eventos” de maneira mais emancipatória e ativa.

Sob essa ótica, pode-se afirmar que as gestantes e seus acompanhantes, ao buscarem novos conhecimentos para enxergarem “novos horizontes”, perceberam-se como seres em permanente processo de construção. Para Freire (2005), ao buscar novos conhecimentos, os seres humanos também buscam constantemente transcender, libertar-se. Prova disso é que, através do diálogo franco, reviram seus posicionamentos iniciais frente ao processo do nascimento, se inserindo e se integrando à realidade para transformá-la. Devido às intensas transformações, principalmente de ordem física, emocional e social, bem como das suas percepções como sujeitos dessas novas realidades, buscaram o fortalecimento, a partir do conhecimento e em conjunto com seus pares, para vivenciá-la com autonomia e respeito aos seus direitos.

Para essas reflexões, articuladas pelo processo educativo, consideraram o contexto físico, social, cultural, econômico e político em que estão inseridos, projetando alternativas para intervir na realidade das suas comunidades, do próprio ambiente do Grupo, das instituições que escolherem para terem seus filhos e da sociedade em que vivem.

Transformar as suas realidades de modo a torná-las humanizadas, significou para o Grupo planejar ações que os libertasse da submissão e passividade, tornando-os autônomos e protagonistas de suas histórias de parir e nascer. Nessa perspectiva, escolheram para essas vivências, práticas obstétricas que, escolhidas em co-

responsabilidade com a equipe de saúde, são minimamente intervencionistas, pautadas nas evidências científicas e respeitam a visão social que construíram ou resgataram do processo como um todo.

Considero que os integrantes do Grupo, ao construírem expectativas de participação dentro das instituições de saúde, assim como acredita Heidmann et al. (2006), não só alcançam realizações pessoais, como contribuem para a ruptura da hegemonia do modelo biomédico.

Apesar de constatararmos uma realidade nacional com iniciativas dessa natureza ainda isoladas e de não analisarmos se as expectativas desses sujeitos conseguiram ser implementadas na realidade dos serviços de saúde brasileiros (fato que eles refletiram durante essa construção), a construção das mesmas, a partir da ação-reflexão-ação do próprio Grupo, com certeza os transformou em seres humanos “diferentes”.

Se resgatarmos essas expectativas, perceberemos que elas envolvem busca, preparo, decisão, diálogo, escolha, reconhecimento, reflexão, troca, negociação. Elas representam, em suma, a transcendência da consciência ingênua desses sujeitos para uma realidade repleta de interesses e contravenções, mas também de possibilidades de transformação. Assim, acredito que a prática educativa, como instrumento de operacionalização da PCR, forneceu meios para esse “despertar” e que as expectativas que nasceram desse processo são a prova viva dessa afirmação, pois refletem claramente as premissas teórico-metodológicas utilizadas.

CAPÍTULO 8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste último capítulo, ao finalizar, por hora, este estudo, com certeza incompleto e por isso mesmo, aberto a futuras reflexões, retorno aos seus objetivos iniciais de compreender as expectativas das gestantes e seus acompanhantes sobre suas participações ativas no parto e nascimento e de analisar a influência da prática educativa grupal no fortalecimento desta população, elaborando então uma síntese dos principais achados desta pesquisa.

Em meio às transformações históricas relacionadas à atenção à mulher no período pré-natal, desde a antiguidade, até as políticas atuais, observa-se que, a partir da década de 80, mesmo que de forma bastante heterogênea, surgem movimentos femininos e sociais de contestação ao poder médico para reapropriação de seus corpos, influenciando diretamente na elaboração das políticas públicas atuais. Na visão oficial contemporânea, as políticas públicas visam à implantação de serviços de saúde voltados para as práticas obstétricas e que levem em conta os fatores sociais, econômicos, políticos, o imaginário social sobre o feminino e as relações de gênero. Nesse sentido, o panorama nacional de atendimento obstétrico e neonatal vem buscando qualificar a atenção à mulher, ainda com grande ênfase nos aspectos técnicos do atendimento, mas já com importante tendência, em muitos setores, em adotar o ideário da humanização do nascimento e parto – não sem resistências de muitas e variadas ordens. Porém, ainda há um enorme fosso a separar a “política de atenção”, da “realidade prática” da atenção obstétrica.

Essa “distância” está estampada nas estatísticas intervencionistas de parir e nascer conhecidas atualmente. A ascensão do modelo biomédico, a tecnologia associada a ela e as relações de poder presentes nas instituições de saúde, dentre outros fatores, tornaram e mantêm o parto e o nascimento como eventos patológicos e, por conseqüência, fortemente medicalizados.

Ao buscar compreender, através de uma prática educativa, as expectativas dos sujeitos integrantes de um “Grupo de Preparação para o Parto e Nascimento” sobre suas participações ativas quanto ao que desejam que aconteça com eles dentro das instituições/maternidades, deparei-me com alguns achados que contrariam essas estatísticas. Esta constatação, ao menos neste momento, é de que

os “usuários do sistema médico-hospitalar” estão permeáveis a vivências participativas, envoltas em princípios de autonomia e protagonismo. A grande maioria destas pessoas com as quais convivi durante vários meses de coleta de dados revela que procura e deseja processos sociais e fisiológicos de parir e nascer que contrastam, na realidade atual, com eventos hospitalares e patológicos em sua absoluta maioria.

Quando convidados a refletirem sobre essas divergências, os sujeitos construíram coletivamente algumas formas de superá-las, explicitando suas expectativas concretas de participação, mesmo que estejam situados provisoriamente em territórios de domínio médico.

Ao decidirem por escolher pela via de parto que melhor correspondesse às suas expectativas e mostrarem preferência quase que absoluta pela via vaginal, os participantes desta pesquisa acabaram corroborando com as afirmações de vários estudiosos sobre o tema e reforçando as evidências das relações verticais, autoritárias e desrespeitosas vivenciadas entre profissionais de saúde e usuários dos seus serviços.

A consciência da “imposição” do modelo biomédico, da medicalização das práticas obstétricas e neonatais convencionais e a decisão por vivenciarem partos e nascimentos mais apropriados a eventos fisiológicos e sociais que são, revela percepções que são conflituosas com o modelo hegemônico. Diferente da visão técnica e compartimentalizada da perspectiva biomédica, estes sujeitos sociais indicam que valorizam o “trabalho” do corpo da mulher (estimulado e “ajudado” pelo preparo físico), a sociabilidade promovida pelos encontros com os profissionais de saúde e o próprio processo do parto como algo que pode ser vivenciado de modo prazeroso pela mulher, pela criança, pelo acompanhante e pelas demais pessoas que lhes são significativas. Querem, sim, é se prepararem para terem condições de negociar cuidados e modalidades de parto sem se sentirem intimidados pelo conhecimento e autoritarismo profissional.

Para almejar participações mais ativas na maternidade, as gestantes e seus acompanhantes concluem que também podem escolher a assistência obstétrica condizente com a “vertente” que acreditam ser a melhor para si e seus filhos, seja na condução das atividades pré-natais (em consultas individuais ou em encontros de gestantes), ou posteriormente, no momento do parto. Para que essa escolha seja possível e real, entendem que precisarão escolher profissionais que sigam

premissas semelhantes às suas e instituições que permitam colocá-las em prática. Assim, a possibilidade de escolha da assistência foi defendida pelo Grupo como possibilidade de participação, mesmo considerando as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e limitação de atendimento pelo “plantão médico” que muitos usuários da rede pública têm, pois acreditam que se não forem conquistas garantidas para suas próprias histórias, estarão “plantando sementes” para a transformação de realidades futuras.

O despertar para uma realidade mais complexa impulsionou-os para o exercício da reflexão e da crítica, pois durante todo o percurso vivenciado nas oficinas, mostraram-se preocupados em “formar uma opinião” para participações efetivas durante a vivência do processo do nascimento. Deste modo, exercitaram novas formas de enxergar a realidade, refletindo sobre as transformações longitudinais sofridas pelo parto e fortemente difundidas na sociedade atual. Ao problematizarem essas transformações, relacionaram a elas os interesses políticos, econômicos e sociais que, na maioria das situações, estão “camuflados” em rótulos de praticidade e segurança. T tamanha criticidade resultou em redefinição de papéis entre eles e os profissionais de saúde. Em suas expectativas, pronunciaram com todas as letras que são co-responsáveis por seus partos e nascimentos e que, assim sendo, devem lutar para que seus direitos sejam respeitados.

Todos esses anseios e reivindicações pretendem ser expostos e negociados com os profissionais de saúde, através do diálogo franco e mais horizontalizado do que é hoje. Ao mesmo tempo em que as reflexões coletivas provocaram nesses sujeitos o despertar para uma “nova realidade”, os encheram de esperanças de que, mais fortalecidos e conscientes de seus papéis, serão ouvidos e entendidos pelos profissionais de saúde. Essa expectativa perpassa as conhecidas histórias de “violência velada” que muitas mulheres e homens, infelizmente, protagonizam nas instituições hospitalares, mostrando que o diálogo e a negociação representam, para esses sujeitos, novas e participativas possibilidades de vivenciarem seus partos e nascimentos.

Já pensando o processo do nascimento de forma diferenciada, os sujeitos querem aprender mais e mais sobre ele, pois estão convencidos de que a possibilidade de fazer “escolhas” e participar durante o processo dependerá do quão fortalecidos e informados estiverem. Sob essa ótica, ao tomarem consciência do peso que o conhecimento biomédico possui no interior das instituições hospitalares,

decidem por tentar compreendê-lo mais aprofundadamente. Não desejam, simplistamente, incorporar o saber técnico, pois entendem que isso não é de sua competência, mas buscam caminhos para compreender o vocabulário utilizado pelos profissionais para, com isso, terem melhores instrumentos para o diálogo com os mesmos, tentando negociar práticas e cuidados.

Em minha análise, esta situação é bastante interessante visto que, até o presente momento, os profissionais e estudiosos têm publicado conhecimentos no sentido inverso, ou seja, seriam os profissionais que teriam o papel de compreender a linguagem dos usuários para proporcionar interação e promover entrosamento profissional-cliente, e não o contrário. Gestantes e acompanhantes enfatizam que devem se esforçar para “entender” os profissionais e buscar alternativas que lhes permitam negociações, mas não são ingênuos nesta análise, pois mesmo que se sintam fortalecidos para enfrentarem as relações assimétricas e se compreendam “mais críticos”, têm a consciência sobre as transformações históricas sofridas pelo parto e nascimento e os interesses que as influenciaram. Já fizeram muitas escolhas durante esse “movimento” de ação-reflexão-ação e, como mais uma delas, decidiram por reelaborar o saber profissional em prol das suas próprias necessidades. Para ampliarem ainda mais suas possibilidades de participação, buscam conhecimentos também em grupos temáticos, na troca de experiências e na diversidade de opiniões (livros, revistas, *sites*, dentre outras fontes).

Ao finalizar este trabalho, avalio que a prática educativa, utilizada como ferramenta para a coleta de dados da PCR (que requer, para sua operacionalização, a participação ativa dos sujeitos), se mostrou um instrumento valioso, tanto para a identificação das expectativas destes sujeitos com relação ao parto e ao nascimento, como também colaborou para que os mesmos se sentissem empoderados para o estabelecimento de uma relação mais justa e mais digna com os profissionais e as instituições de saúde. Reforço que os objetivos traçados no estudo não tiveram a pretensão de acompanhar as gestantes e seus acompanhantes na internação em maternidades quando da ocorrência do parto, até porque isso implicaria em outras condutas investigativas, mas identifico que a intencionalidade de mudanças esteve presente nas discussões que tivemos e nos depoimentos obtidos durante o decorrer de toda a prática educativa. Talvez, em outras oportunidades, ou mesmo outros estudos possam avançar neste sentido, buscando avaliar se tais estratégias de mudança foram, efetivamente colocadas em prática.

A utilização de um referencial teórico-metodológico libertador permitiu, de forma progressiva e bastante clara, no decorrer das oficinas, a ação-reflexão-ação do grupo. A oportunidade de compartilharem suas realidades em um espaço coletivo, bem como os estímulos provocados metodologicamente para olharem para as mesmas de forma crítica e reflexiva, proporcionou que os participantes deste grupo temático reolhassem para si mesmos como sujeitos sociais e políticos que, através do conhecimento e do uso dos seus direitos de cidadãos (homens e mulheres), pudessem vislumbrar possibilidades de transformação da realidade vivida, mediadas pelo diálogo.

Contudo, na prática, existiram alguns fatores que dificultaram metodologicamente o desenvolvimento desse estudo. Primeiramente, no que diz respeito à condução das atividades enquanto facilitadora, exigindo um exercício constante de “saber ouvir” e não influenciar nas reflexões dos sujeitos participantes. Acredito que um olhar menos “apaixonado” ao Movimento de Humanização do Nascimento e Parto talvez fosse bem proveitoso, pois muitas vezes me vi incentivando as pessoas nesta direção, por acreditar neste ideário. Mas esta também foi uma constatação que me ajudou a ter parcimônia, pois mereceu um olhar profundamente questionador às idéias pré-estabelecidas. Hoje, tenho, seguramente, um olhar mais crítico às minhas convicções e com este novo olhar tenho aprendido, inclusive, a reolhar a realidade profissional como enfermeira e sobre meu papel no processo do nascimento.

Outra atividade que foi bastante complexa e mereceu contínua atenção foi em relação à tarefa de desenvolver um grupo (de pesquisa), dentro de outro grupo (o grupo temático de gestantes e casais grávidos do HU/UFSC); esta condição mereceu intensa negociação com as profissionais coordenadoras do Grupo, uma vez que as mesmas estão há bastante tempo nesta função e têm seus próprios modos e estratégias de conduzir as oficinas. O fato de não haver um referencial teórico explícito para a condução da tarefa educativa do grupo coordenador na condução dos encontros também foi um fator implicador, principalmente quando estávamos desenvolvendo as primeiras oficinas, pois ao propor estratégias voltadas para os princípios teórico-metodológicos da pedagogia da libertação, percebia que não era acompanhada pelas profissionais coordenadoras. Contudo, este grupo de profissionais sempre esteve aberto a reformulações e/ou ajustes de rumo, o que imprimiu à tarefa educativo-investigativa um clima de parceria e de grande empenho por parte de cada uma das coordenadoras. Um exemplo deste interesse e do apoio

conquistado foi a disponibilidade das mesmas em discutir comigo previamente cada uma das oficinas, organizando as etapas do “Arco”, com a finalidade de melhorar nossa atuação com as gestantes e seus acompanhantes. Isto requereu maior disponibilidade das mesmas para com o presente projeto mas acredito que também serviu como um celeiro fértil para a superação das dificuldades e o aprendizado de novas formas de desenvolver o processo educativo.

Ainda em relação à condução metodológica das atividades, refletir de forma intencional sobre a participação das gestantes e seus acompanhantes, a partir de suas próprias expectativas acerca do parto e nascimento humanizados, dentro de uma instituição de saúde, implicou em considerar que as oficinas poderiam ser articuladas por um profissional de saúde e/ou educador, nesse caso, a enfermeira. Este foi o papel que eu, como articuladora do Grupo, procurei desempenhar, a fim de facilitar, mediar, abrir, ajudar a descortinar o caminho, de modo sensível, crítico e usando a criatividade em todos os momentos do processo. A mediação exercida, de acordo com Freire (1980), deveria permitir a interferência dos sujeitos no fenômeno a ser descortinado, propiciando transformações na realidade desses seres humanos ainda durante o decorrer do processo, momento em que, nesse estudo, eles estavam vivenciando o pré-natal e, com ele, a construção progressiva de conhecimentos inerentes ao parto e ao nascimento.

Considerando que os princípios teóricos e metodológicos utilizados guiaram todo o estudo, julgo que se mostraram adequados, pois nortearam, tanto a facilitadora (na busca por respostas às suas indagações), quanto os sujeitos, rumo às transformações desejadas. Da mesma forma, os pressupostos e os conceitos construídos com base no referencial adotado facilitaram a utilização dos “óculos freireanos” em todos os momentos vivenciados.

Sob essa ótica, almejei, durante toda a trajetória, facilitar o desvelamento das consciências críticas dos sujeitos através de “um novo olhar” para suas realidades, promovendo-os de forma ativa para que pudessem detectar os problemas existentes e a partir deles, buscar soluções para participar no parto e no nascimento de seus filhos, com conhecimento, liberdade e criticidade. Neste contexto a operacionalização da metodologia problematizadora trouxe à tona intensas reflexões sobre as muitas possibilidades de participações destes homens e destas mulheres, durante a vivência da maternidade/paternidade.

Como facilitadora deste estudo instigante do ponto de vista acadêmico, profissional e pessoal espero ter contribuído com os seres humanos envolvidos (as gestantes e seus acompanhantes) na busca pelo “ser mais”, enquanto sujeitos que efetivamente são pró-ativos no processo de parir e nascer.

Ademais, considero importante destacar as contribuições que esta pesquisa traz para novas reflexões sobre a realidade da assistência ao processo do nascimento institucionalizado, pois entendo que, ao reconhecermos e problematizarmos o enorme fosso que a separa das políticas atuais de atenção à mulher e ao recém-nascido, temos condições de buscar formas de transformá-la. Nesse sentido, o estudo apresenta subsídios crítico-reflexivos para a construção de novas estratégias de sobreposição ao modelo hegemônico vigente, trazendo considerações válidas para a assistência, para o ensino e, em nível macro, para a formulação de políticas públicas que atendam e se adequem às reais expectativas desta população, com relação ao parto e ao nascimento humanizados.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, M. D.; CARVALHO, E. F. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 559-568, 1998.
- ALMEIDA, N. A. M. et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Rev. Latino-Am. Enf.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 52-58, jan./fev. 2005.
- ANDRADE, G. R. R.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Rev. C. S. Col.**, Rio de Janeiro, v.7, n. 4, p. 925-934, 2002.
- ARAÚJO, M. **A história das mulheres no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 1997.
- ARTAL, R.; WISWELL, R. A.; DRINKAWATER, B. L. **O exercício na gravidez**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.
- AUGUSTO, D. I. L. S.; MARQUES, M. M. C. M.; VENÂNCIO, S. Competência, habilidades e formação do educador. **Rev. Movimento e Percepção**, Espírito Santo do Pinhal, v. 7, n. 10, p. 116-125, jan./jun. 2007.
- ÁVILA, M. B. Modernidade e Cidadania Reprodutiva. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 382-393, jan./jun. 1993.
- BARBOSA, G. P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, nov./dez. 2003.
- BEAUVALET-BOUTOUYRIE, S. As parteiras-chefes da Maternidade Port-Royal de Paris no século XIX: obstetras antes do tempo? **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 403-413, jul./dez. 2002.
- BECKER, F. **Educação e construção do conhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- BELLATO, R.; PASTI, M. J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enf.**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 75-81, janeiro, 1997.
- BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações**. Londrina: Editora UEL, 1999, p. 1-27.
- BERETTA, M. I. R.; ANDRADE, A, S. A educação em saúde e a utilização do psicodrama em uma intervenção educativa com gestantes. **Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 8, n. 1, p. 165-176, jan./mar. 2004.
- BERRIOT-SALVADORE, E. O discurso da medicina e da ciência. In: PERROT, M.; DUBY, G. (Org.). **História das mulheres no Ocidente - Renascimento à Idade Média**. Porto Alegre: Afrontamento, 1990. v. 3, p. 409-55.
- BORDENAVE, J. D. Curso de capacitação pedagógica para instrutores/supervisores de saúde. In: BRASIL. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos (Org.). **Alguns fatores pedagógicos**. Brasília: Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos, 1986, p.19-26.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 12. ed. Rio de Janeiro. Petrópolis: Editora Vozes, 1991.

BRACCO NETO, H.; TADDEI, J. A. A. C. Mudanças do conhecimento de gestantes em aleitamento materno através de atividade educacional. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 7-14, março, 2002.

BRANDÃO, C. R. **O que é o método Paulo Freire**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

BRASIL. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas com seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Mulher. **Urgências e Emergências Maternas: Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série Direitos Sexuais e Reprodutivos. Caderno Nº 4. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra as mulheres e adolescentes: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL, 1986. Lei nº 7.498 de 25 Junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União, p. 9273-9275, 26 jun. Seção I.

BRÜGGEMANN, O. M. **O apoio à mulher no nascimento por acompanhante de sua escolha: abordagem quantitativa e qualitativa**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

BRÜGGEMANN, O. M.; PAPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, set./out. 2005.

CANDEIAS, N. M. F. et al. Delineamento do papel profissional dos especialistas e educação em saúde, uma proposta técnica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 24, p. 289-298, jan./mar. 1991.

CARTA DE CAMPINAS. **Ato de Fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento**. Campinas, 1993. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.org.br/>>. Acesso em: 02 junho 2007.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promoção/uploadArq/Ottawa/pdf/>>. Acesso em: 03 junho 2007.

CARVALHO, M. L. M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 5389-5398, 2003.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enf.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan./fev. 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão atenção e controle social. **Rev. Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECHIN, P. L. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, v. 55, n.4, p. 444-448, jul./ago. 2002.

CLADEM, C. R. L. P. Silencio y complicitad: violencia contra la mujer em los servicios de salud em el Peru. Lima: **Organizacion Panamericana de la Salud**, 1998.

CYRINO, E. G.; PEREIRA, M. L. T. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, mai./jun. 2004.

COSTA, S. G. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 301-323, jul./dez. 2002.

COSTA, R. **Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia**: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

CREMESP. **Ética em ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. São Paulo: Cadernos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2003.

DELFINO, M. R. et al. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Rev. C. S. Col.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 30-44, out./dez. 2004.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Rev. C. S. Col.**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 7-14. 2004.

_____. A ótica dos gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Rev. C. S. Col.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 615-626, jul./set. 2005.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Rev. C. S. Col.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, jul./ set. 2005.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. 1997. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

_____. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Rev. C. S. Col.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, 2002.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 552-562, 2004.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Tradução: Cláudia Lúcia Caetano de Araújo.

EVANGELISTA, A. S. M.; ZYTKUEWISZ, G. V.; BLANK, V. L. G. Grupos terapêuticos: encontros e vivências. **Rev. Ciências Saúde**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 75-79, jan./dez. 2003.

FAÚNDES, A. et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Rev. Saúde. Públ.**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 488-494, agosto. 2004.

FAÚNDES, A.; HARDY, E. Ética médica e planejamento familiar no Brasil. **Rev. Bioética**, Brasília, v. 4, n. 2, 1996.

FEBRASGO. **Assistência pré-natal**. Rio de Janeiro: Manual de Orientação da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, 2006. Disponível em: <<http://www.febrasgo.com.br/manuais/>>. Acesso em: 02 junho 2006.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enf.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./abr. 2005.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática de libertação** (uma introdução ao pensamento de Freire). São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 6. ed. Rio de Janeiro. Editora Paz e Terra, 1999.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

FREIRE, M. **Paixão de aprender**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1992.

FRUGONI, C. A mulher nas imagens, a mulher imaginada. In: PERROT, M.; DUBY, G. **História das mulheres no ocidente** - Idade Média. Porto: Afrontamento, v. 2, 1990, p. 462-493.

GADOTTI, M. **História das idéias pedagógicas**. São Paulo: Ática, 1996.

_____. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. **Promovendo a maternidade segura através dos direitos humanos**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001. Tradução: Ministério da Saúde Brasileiro. Brasília, 2003.

GIORGIO, M. O modelo católico. In: PERROT, M.; DUBY, G. (Org.). **História das mulheres no ocidente: o século XIX**. Porto: Melhoramentos, v. 3, 1990, p. 199-237.

GOMES, L. A.; GUEDES, C. R. A preparação para o parto como prevenção primária com grupos de sala de espera: a experiência de trabalho interprofissional. **Rev. Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 21-29, dez. 2002.

GROSSMANN, E.; KOHLRAUSCH, E. Grupo e funcionamento grupal na atividade dos enfermeiros: um conhecimento necessário. **Rev. Gaúcha de Enf.**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 71-79, mar. 2006.

GUIMARÃES, G. P. **A formação do apego pais/recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru**: uma contribuição da enfermagem. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

HEIDMANN, I. I. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr/jun. 2006.

HOLANDA, V. R.; DIAS, M. D.; FERREIRA FILHA, M. O. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. **Rev. Eletrônica de Enf.** [serial on line], v.9, n.1, p. 79-92, jan./abr., 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a06.htm>. Acesso em: 23 de outubro de 2007.

HOTIMSKY, S. N.; ALVARENGA, A. T. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 461-481, jul./dez. 2002.

HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Rev. C. S. Col.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 639-649, jul./set. 2005.

HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 31-44, set./out. 2002.

JACQUES, M. G. C. et al. **Psicologia social contemporânea**: o processo grupal. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

KETLER, S. K. Preparing for motherhood: authoritative knowledge and the undercurrents of shared experience in two childbirth education courses in Cagliari, Italy. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 14, n. 2, p. 138-158, june 2000.

LEY, S. **Programa de educação em saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/pes/pes/index.htm>>. Acesso em: 5 dezembro 2006.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde**: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LEOPARDI, M. T. Estudo de teorias. In: _____. **Teorias de enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-livro, 1995, p.28-57.

LEPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1983.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Participação na perspectiva de mães de crianças desnutridas. **Rev. Latino-Am. Enf.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 76-82, jan./fev. 2004.

MALDONADO, T. M.; CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.

MAMEDE, F. V.; ALMEIDA, A. M.; CLAPIS, M. J. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 26, n. 2, p. 295-302, 2004.

MARTINS, S. T. F. Processo grupal e a questão do poder em Martín-Baró. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 201-217, jan./jun. 2003.

MELO, L. L.; LIMA, M. A. D. S. Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, v. 53, n. 1, p. 81-93, jan./mar. 2000.

MENEZES, D. C. et al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 553-559, março, 2006.

MEURER, C. D. **Assistência de enfermagem humanizada ao recém-nascido: uma proposta educativa baseada em Paulo Freire**. 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (Pólo UFRGS), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

_____. **O nascimento como rito de passagem: abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

MOREIRA, K. A. P. et al. A humanização no parto: um estudo bibliográfico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.Uff.br/ojs-2.1.1/index.php/index/about>. Acesso em: 23 de agosto de 2007.

MOREIRA, P. L.; FABBRO, M. R. C. Utilizando técnicas de ensino participativas como instrumento de aprendizagem e sensibilização do manejo da lactação para profissionais de enfermagem de uma maternidade. **Acta Paul. Enferm.**, São Carlos, v. 18, n. 3, p. 320-325. 2005.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação no pré-natal. **Interface**, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 109-118. 2003.

NEVES, P.; GONÇALVES, L. H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas em enfermagem. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 3., 1984, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Ed. da UFSC, 1984, p.210-229.

NOGUEIRA, A. **Contribuições da interdisciplinaridade para a ciência, para a educação e para o trabalho sindical**. Petrópolis: Vozes, 1994.

NUNES, I. M.; MOURA, M. A. V. A atenção ao parto como espaço de poder. **Acta Paul. Enf.**, São Carlos, v. 17, n. 3, p. 140-346. 2004.

- OLIVEIRA, I. Grupo de gestantes como estratégia que multiplica a saúde pela prevenção. In: Convenção Brasil Latino-Americana e encontro Paranaense de psicoterapias corporais., 2004, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu, 2004.
- OLIVEIRA, R. M. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 569-578, 1998.
- OLIVEIRA, S. M. J. V. et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Rev. Latino-Am. Enf.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 667-674, set./out. 2002.
- OKIYAMA, M. C. O.; MONTICELLI, M. Promovendo o autocuidado de famílias "grávidas": uma aproximação entre a enfermeira e as famílias na fase de aquisição. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 4, n. 1, p. 89-94, jan./abr. 2005.
- OPTIZ, C. O cotidiano da mulher na idade média. In: PERROT, M.; DUBY, G. **História das mulheres no Ocidente -Idade Média**. Porto: Afrontamento, v. 2, 1990, p. 355-395.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Unidad de Salud de la Mujer y Materna. Área de Salud de la Familia y la Comunidad. **Lineamentos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2004.
- OSIS, M. J. D. PAISM: um marco na abordagem de saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 25-32, jan./jun. 1998.
- PICCINI, C. A. et al. O envolvimento paterno durante a gestação. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 303-314, 2004.
- RATTNER, D.; TRENCH, B. **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: Editora SENAC, 2005, 198p.
- REHUNA. Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Missão**. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/imagens/stories/documentos/apresentações/>>. Acesso em: 03 julho 2006.
- REZENDE, J. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- RIESCO, M. L. G; FONSECA, R. M. G. S. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 685-698, 2002.
- ROTHMAN, B. **Recreating motherhood: ideology and technology in a patriarchal society**. New York: W.W. Norton, 1989.
- ROUSSELE, A. A política dos corpos entre procriação e continência em Roma. In: PERROT, M.; DUBY, G. **História das mulheres no Ocidente -Antiguidade**. Porto: Afrontamento, v. 1, 1990, p. 351-407.
- SALEM, T. **O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária**. Rio de Janeiro: Editora Família, Geração e Cultura, 2007.

- SANTO, L. C. E.; MORETTO, V. L. Pré-natal. In: OLIVEIRA, D. L. **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**: notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005, p.109-138.
- SANTOS, O. M. B.; ZAMPIERI, M. F. M.; CUSTÓDIO, Z. A. O. **Projeto de Extensão**: Grupo de gestantes ou casais grávidos, Florianópolis, 1996.
- SAUPE, R.; BRITO, V. R.; GIORGIO, M. D. M. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da enfermagem. In: SAUPE, R. (Org.). **Educação em enfermagem**: da realidade construída à possibilidade em construção, Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.
- SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** Botucatu, v. 5, n. 8, p. 47-60, 2001.
- NEVES, P.; GONÇALVES, L. H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM.3, 1984, Florianópolis. Anais... Florianópolis: Editora da UFSC, 1984. p. 210-229.
- SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, jul./set. 2004a.
- SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517-524, ago. 2004b.
- SILVA, J. L. P.; CECATTI, J. G.; SERRUYA, S. J. A qualidade do pré-natal no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 103-105, jan./mar. 2005.
- SILVA, J. L. P.; ROTENBERG, S.; VIANNA, E.C. Concepção de educação em saúde na ótica dos profissionais de saúde que atuam em grupos educativos. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 119-136, mar./abr. 2004.
- SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção de saúde. **Rev. Gaúcha de Enf.**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, ago. 2005.
- STORTI, J. P. L. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto**: expectativas e vivências do casal. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno-infantil e de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- STRASSBURGER, S. Z.; DREHER, D. Z. A fisioterapia na atenção a gestantes e familiares: relato de um grupo de extensão universitária. **Sientia Medica**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 23-26, jan./mar. 2006.
- TANAKA, A. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec, 1995.
- THOMASSET, C. Da natureza feminina. In: PERROT, M.; DUBY, G. **História das mulheres no Ocidente - Idade Média**. Porto: Afrontamento, v. 2, 1990, p. 65-97.
- TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, jul./dez. 2002.
- _____. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 419-427, 2003.

TORRES, R. M. Os múltiplos Paulo Freire. In: FREIRE, A. M. A. (Org.). **A pedagogia da libertação em Paulo Freire**. São Paulo: UNESP, 2001, p. 231-243.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

VECHIO, S. A boa esposa. In: PERROT, M.; DUBY, G. **História das mulheres no Ocidente**- Idade Média. Porto: Afrontamento, v. 2, 1990, p. 143-183.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994.

WEARE, K. The contribution of education to health promotion. In: BUNTON, R.; MACDONALD, G. **Health promotion**: disciplines and diversity. London: Routledge, 1995, p. 66-85.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Pan American Health Organization. **Joint interregional conference on appropriate technology for birth**. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1985.

ZAMPIERI, M. F. M. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

_____. Atenção ao pré-natal. In: ZAMPIERI, M. F. M. et al. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher**: textos fundamentais. Florianópolis: UFSC, v. 2, 2005, p. 357-428.

ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. **Como trabalhamos em grupos**. Artes Médicas: Porto Alegre, 1997.

ZORZETTO, R. Escolha errada. **Rev. Pesquisa Fapesp.**, São Paulo, ed. 124, p. 40-44, jun. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – MODELO DO DIÁRIO DE CAMPO UTILIZADO PARA REGISTRO DOS DADOS⁵

5ª Oficina - dia 30/08/06 -14 às 17:30hs Tema: Vantagens e desvantagens do parto vaginal.	NM	NT
<p>1º Momento. O dia estava chuvoso, mas com temperatura agradável. Flor do Campo perguntou ao grupo como estavam se sentindo em relação à realidade que se aproxima. Nesse momento estavam presentes Rosa, Lírio (marido de Rosa), Tulipa, Cravo (marido de Tulipa), Bromélia e Anis (marido de Bromélia). Com um pouco de atraso, chegam Margarida e Hortênciã.</p> <p>Os participantes responderam à Flor do Campo que estavam um pouco ansiosos. Então, ela propôs o início da atividade do dia com exercícios de respiração abdominal. Sentados, os participantes realizam a atividade (com a orientação de que a mesma pode ser feita desde o início do trabalho de parto, até mais ou menos 8cm de dilatação). Orienta que a procura da maternidade pode ser feita quando sentirem 3 contrações em 10min e tenta explicar o que é uma contração.</p> <p>Demonstra movimentos pélvicos relaxantes para o período de contrações e retoma as posições de relaxamento vistas no encontro anterior, com a realização das mesmas pelos participantes, em duplas.</p> <p>Durante as atividades, Cravo diz que jamais pensara que a contração era algo espontâneo, mas sim, que fosse o médico que “mandava” fazer força.</p> <p>Bromélia sorri e diz que ela (referindo-se à Cravo) já assimilou o poder médico e que na verdade, o homem apressa as coisas (referindo-se ao fato das mulheres fazerem força por “ordem” de um profissional).</p> <p>Nesse momento Flor do Campo fala sobre o poder do corpo feminino e da influência positiva da gravidade.</p> <p>Anis então fala que não entende, pois se é comprovado as vantagens do parto de cócoras porque se mantém as posições horizontais.</p> <p>Bromélia vira-se para o companheiro e diz: Em nossa realidade, é para depois fazer cesárea, pois terá o argumento de que não deu, não dilatou, sei lá.</p> <p>Rosa fala que pode ser a clínica que aquele profissional ta que não realiza (referindo-se ao parto normal).</p> <p>Nesse momento Tulipa lembra que já conversamos sobre isso e que o médico é um prestador de serviços como qualquer outro, que vai se adaptar ao que as pessoas começarem a exigir.</p> <p>Anis pergunta então que bibliografias ele pode utilizar para se informar melhor, pois afirma que vai</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A profissional coordenadora aproxima o grupo das suas realidades. - Alguns acompanhantes se fizeram presentes nessa oficina. - A profissional coordenadora transmite informações ao grupo. - Acontece o 1º momento da oficina. - A gestante questiona a realidade. - A realidade é vista com criticidade. - Nós profissionais podemos interromper reflexões importantes na tentativa de expor nossos conhecimentos. - O grupo retoma a reflexão. - Os discursos parecem ter influência da discussão realizada na oficina anterior. - A gestante se reconhece como sujeito. - O acompanhante espera se “fortalecer” através do conhecimento científico 	<ul style="list-style-type: none"> - A educação libertadora deve partir da realidade dos sujeitos envolvidos. - As gestantes e seus acompanhantes podem criar significados para seus encontros, problematizando a realidade vivenciada (FORTUNA; MISHIMA; MATUMOTO et al., 2005). - Para Tanaka (1995) a mulher tornou-se historicamente objeto da ação, perdendo o controle e a decisão sobre o parto e o nascimento. - Segundo Sabatino (1997) as modificações das posições vertical para horizontal foram sugeridas no século XVI, em Paris e Londres, para comodidade da equipe de saúde, permanecendo até os dias atuais na maioria das maternidades. - Segundo Freire (2005), os educadores devem estimular o

⁵ Em letra Arial tamanho 10 encontram-se as informações relacionadas às gestantes e acompanhantes, bem como as falas da facilitadora e, em letra Arial tamanho 11, as que se referem à participação das profissionais coordenadoras do projeto.

<p>querer ter “uma conversa” com o médico da esposa. Flor do Campo indica Pacioli e Sorgatto.</p> <p>Em seguida, Flor do Campo coloca que o silêncio e a penumbra são muito positivos para o sucesso do trabalho de parto.</p> <p>Assim, encerra-se a discussão informal do grupo, que me deixara extremamente satisfeita, pois o grupo está entendendo a realidade do parto e nascimento em uma visão macro e por isso, percebe a importância do fortalecimento e do diálogo para a transformação consciente de suas realidades.</p> <p>Flor do Campo exercitou a posição de cócoras com os participantes e encerrou assim o 1º momento do encontro.</p> <p>2º Momento: Nesse dia, mais 3 participantes do grupo trouxeram o lanche (bolo, torta salgada e suco), que foi complementado com uma cesta de frutas fornecida pelo HU/UFSC. Durante o lanche, as participantes do grupo, espalhadas pela sala, conversaram entre si sobre assuntos diversos.</p> <p>3º Momento: Teorização. Para dar início à discussão do tema escolhido para esse encontro: vantagens e desvantagens do parto vaginal; apresentei ao grupo um vídeo intitulado Parir e Nascer, que em aproximadamente 30 minutos de duração, demonstrou os aspectos físicos e emocionais do parto vaginal. Após esse “exercício”, a discussão teve início.</p> <p>Perguntei ao grupo como foi a experiência de assistir aquelas imagens.</p> <p><u>Margarida</u>: Foi legal né! Mas eu acho que me assusta um pouco. Eu tenho medo da hora assim do parto. Não sei, sou muito anti-dor. Não gosto muito de adrenalina (referindo-se ao trabalho de parto em si), aquela coisa, tem gente que gosta mais, não de dor; ninguém gosta de dor, mas tem gente que gosta mais (referindo-se novamente ao trabalho de parto)...</p> <p><u>Bromélia</u>: Mas o parto dela foi tranquilo, eu não senti dor no parto dela (referindo-se a sensação provocada pelas imagens).</p> <p><u>Margarida</u>: Daquela loira eu senti.</p> <p><u>Bromélia</u>: Têm uns que a gente vê na TV que são partos dolorosos, difíceis, não sei quantas horas, aí quando tu olha aquilo e dá um medo né.</p> <p>Perguntei ao grupo se eles já haviam assistido a outros partos.</p> <p><u>Bromélia</u>: Eu já! Têm um canal da televisão que tem parto direto. Alguns bem doloridos. A Margarida ia desistir de tentar parto normal se os visse.</p> <p>Perguntei à Margarida se ela então, tinha medo do parto vaginal por acreditar que o mesmo causaria dor.</p> <p><u>Margarida</u>: É, mas também não tenho vontade de ter cesareana.</p> <p>Quando Margarida respondeu subitamente, esclareci mais uma vez que o objetivo da discussão não era de mostrar o melhor tipo de parto, mas ajudá-las a refletir sobre ambos, para que tenham condições de decidir de forma consciente. Não só relacionado ao tipo de parto em si, mas do tratamento que gostariam</p>	<p>para dialogar com o profissional que escolheram para acompanhar o parto e o nascimento do filho.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A reflexão do grupo é novamente interrompida. - A facilitadora percebe a metodologia problematizadora como transformadora. - Acontece o 2º momento da oficina. - O 3º momento da oficina é operacionalizado. - A facilitadora tenta aproximar o grupo do tema a ser discutido. - A facilitadora chama o grupo para a reflexão. - A gestante expõe seus medos. - O grupo compartilha suas percepções sobre as imagens vistas. - A gestante parece utilizar esse meio enquanto fonte de informação. - A facilitadora sente a necessidade de problematizar a realidade levantada pelo grupo. - A facilitadora tenta retomar a proposta. 	<p>fortalecimento dos seres humanos com quem interagem, facilitando as suas transformações em seres humanos críticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A educação democrática, para Freire (1999), se funda na crença de que o homem deve discutir coletivamente os problemas e analisar a realidade do seu mundo. - Fagundes e Cecatti (1991), observam que o medo da mulher de sentir dor pode ser decisivo para os altos índices de cesárea. - Os meios de comunicação aparecem enquanto fonte de conhecimento para a gestante.
--	--	---

<p>de receber durante todo o processo. Então, perguntei a Margarida se ela acreditava que o parto cirúrgico faria com que ela não sentisse dor.</p> <p><u>Margarida</u>: Eu acho que ia me enganar na verdade, na hora ali, talvez eu não sinta, mas acho que depois eu vou ficar com dor... Acho que a recuperação é mais difícil e tal. Eu quero ter normal, mas ao mesmo tempo eu to com medo, acho que eu preciso saber mais.</p> <p>Após alguns instantes de silêncio, perguntei ao grupo o que achavam de tentar levantar as vantagens do parto vaginal, a partir do vídeo e das vivências pessoais.</p> <p><u>Crisântemo</u>: Acho que a recuperação é bem mais rápida.</p> <p><u>Tulipa</u>: E é uma coisa normal né!</p> <p><u>Bromélia</u>: Tem menos infecção.</p> <p><u>Crisântemo</u>: Pro neném também, acho que ele nasce mais preparadinho.</p> <p><u>Bromélia</u>: No parto normal na verdade, ele nasce a hora que ta pronto.</p> <p><u>Crisântemo</u>: É, e sem hora marcada.</p> <p><u>Bromélia</u>: Eu acho que no parto normal ele fica menos traumatizado, porque vai passando devagar por ali (referindo-se ao canal de parto), até nascer. Se bem que em algumas cesáreas eles fazem uns cortes menores pra ele sair.</p> <p>Perguntei ao grupo se eles achavam que essa medida poderia fazer algum sentido do ponto de vista fisiológico para a oxigenação dos pulmões do bebê no momento do nascimento.</p> <p><u>Tulipa</u>: Ai eu acho que não, ninguém nem sabe como vai puxar ele, porque nem sabe a posição que ele vai estar. E também, ele não ta sendo empurrado pelas contrações. Eu acho que não faz diferença.</p> <p>Nesse momento perguntei à Azaléia se gostaria de contribuir com o grupo.</p> <p><u>Azálea</u>: Não, na verdade não há diferença, porque ele (referindo-se ao bebê) pode não estar pronto para nascer em uma cesárea eletiva.</p> <p><u>Margarida</u>: Eu vejo muita vantagem no parto normal, mas é esse mexe pra cá e mexe pra lá que eu penso: meu Deus do céu! E faz exercício e mexe e puxa e solta e isso me preocupa. Eu acho que eu não vou dar conta na hora, não sei, não sei.</p> <p>Perguntei à Margarida se ela estava colocando esse medo e ansiedade para os profissionais que estão acompanhando seu pré-natal.</p> <p><u>Margarida</u>: Não, porque agora, não sei se é porque eu já estou indo pro 6º mês, aí só faltam 3 meses e aí, na verdade eu nem tava pensando nisso antes. Mas agora eu to lendo mais sobre isso e agora ta sendo abordado esse assunto aqui. Acho que é por isso que eu to me preocupando assim.</p> <p>Perguntei se alguém do grupo já sentiu o mesmo que Margarida. As participantes fizeram sinais de negação com a cabeça. Perguntei então como eles achavam que a Margarida poderia minimizar essa ansiedade e medo a medida que se aproxima do</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A gestante operacionaliza a 3ª etapa do “Arco” ao teorizar sobre o tema. - A facilitadora tenta trazer o grupo todo para a proposta. - O grupo conduz a proposta. <ul style="list-style-type: none"> - A facilitadora tenta aprofundar a reflexão. <ul style="list-style-type: none"> - A profissional coordenadora é convidada a contribuir com suporte teórico. - A gestante volta a expor seus medos. <ul style="list-style-type: none"> - A facilitadora tenta articular a discussão a partir da realidade da gestante. - A gestante começa a “refletir” sobre a sua realidade. <ul style="list-style-type: none"> - O grupo é convidado a pensar em hipóteses de solução. <ul style="list-style-type: none"> - Surgem algumas hipóteses de solução para o problema. 	<ul style="list-style-type: none"> - A gestante percebe o conhecimento como instrumento de fortalecimento. <ul style="list-style-type: none"> - Apareceram como vantagens do parto vaginal: a recuperação mais rápida pós-procedimento, menor índice de infecção, maturidade pulmonar e vantagens psicológicas para o bebê. <ul style="list-style-type: none"> - A prematuridade iatrogênica é reconhecida como desvantagem da cesareana. - A gestante percebe o parto como um “evento” doloroso e cansativo. <ul style="list-style-type: none"> - O contato com a realidade preocupa a gestante, que começa a se perceber enquanto sujeito.
--	--	--

<p>parto.</p> <p><u>Margarida</u>: Eu quero ver se eu faço mais exercício físico, assim, pra ajudar mais. Até to querendo fazer hidromassagem porque eu li que ajuda bastante.</p> <p><u>Bromélia</u>: Yoga também ajuda um monte, faz a gente ficar bem concentrada na gravidez.</p> <p>Nesse momento, após instantes de silêncio, perguntei à estagiária de psicologia se ela poderia contribuir com o grupo.</p> <p><u>Petúnia</u>: É bem normal tu ter essa preocupação mais avantajada nesse último trimestre. É porque primeiro você passou por um período bem conturbado que é o de adaptação com a gravidez, aí vem o 2º trimestre que é o mais tranquilo e agora ele ta acabando. Com isso, começa a vir mais a realidade do parto, então toda essa ansiedade que tu ta sentindo é normal!</p>	<p>- Todos os participantes são convidados a participar, contribuindo com suas vivências.</p>	
---	---	--

APÊNDICE B – PRIMEIRA APROXIMAÇÃO ANALÍTICA COM OS DADOS BRUTOS⁶

1ª OFICINA - GRUPO 1

Copo de Leite: [...] então a gente tá se preparando com exercícios pra se der tudo certo, ser parto normal.

Orquídea: É, eu penso em ter parto natural, tô me preparando pra isso. Natural e ativo, sem anestesia, sem nenhum procedimento cirúrgico e pra isso eu faço yoga pra gestante e caminho.

Margarida: Eu pretendo fazer parto normal, a princípio, mas depois quero ter mais informações sobre esse método de cócoras para ter certeza que estou fazendo a melhor escolha.

Bromélia: A Gérbera mudou de médica porque a anterior ficava falando que queria fazer cesárea porque é gêmeos e ela quer parto normal.

Gérbera: Eu mudei de médica no 3º mês. Eu procurei outra e foi uma maravilha, a médica é super legal, tá me vendo de 3 em 3 semanas. Daqui mais um mês e pouco a gente vai diminuir mais esse espaço e muita coisa que ela tá me passando a outra médica não me passava, acho que foi uma boa troca porque ela respeita as minhas preferências.

Tulipa: O problema é que ela (referindo-se a médica) não queria saber se eu tinha alguma dúvida e eu tinha milhares de dúvidas. Uma vez eu perguntei quando eu ia

⁶ Legenda da aproximação dos dados brutos por cores:

Marrom: Dados relacionados com o preparo físico para o parto

Laranja: Dados relacionados com a busca pelo conhecimento sobre os diferentes tipos de parto e as possíveis escolhas decorrentes desse processo.

Amarelo-escuro: Dados relacionados com a escolha pelos profissionais de saúde.

Lima: Dados relacionados com a escolha pelas instituições de saúde.

Ameixa-escuro: Dados relacionados com a reflexão crítica sobre o parto em si.

Lavanda: Dados relacionados com as intencionalidades presentes nas propagandas, informações e produtos ofertados às famílias que vivenciam o processo do nascimento.

Rosa: Dados relacionados com o protagonismo do processo do nascimento e com a co-responsabilidade entre gestantes/acompanhantes/equipe de saúde.

Rosa-claro: Dados relacionados aos direitos das gestantes e seus acompanhantes.

Ouro: Dados relacionados à negociação e diálogo com a equipe de saúde acerca dos procedimentos obstétricos oferecidos nas instituições de saúde.

Azul: Dados relacionados à aproximação das gestantes e seus acompanhantes com o conhecimento dos profissionais de saúde, bem como da sua re-elaboração rumo ao que consideram humanização da assistência ao parto e ao nascimento.

Azul-claro: Dados relacionados à participação em grupos de gestantes.

Azul-céu: Dados relacionados à busca por informações em diversas fontes.

Verde-água: Dados relacionados com a troca de experiências entre pessoas que vivenciam ou vivenciaram experiências inerentes ao parto e ao nascimento.

conseguir ver o sexo. Ela falou: mas isso não é uma coisa importante de você ver. É importante! Claro que podem existir prioridades, mas pra mim era importante... Era o que eu queria saber naquele momento. Acho que inclusive era o momento de saber. Então escolhi outro profissional.

Hortência: *O médico que faz meu pré-natal não é obstetra, mas eu faço perguntas e ele sempre responde e me explica tudo. Eu acho que o acompanhamento que ele tem comigo é o mesmo que um especialista teria.*

Hortência: *A minha médica que eu comecei o pré-natal também não foi legal. Ela usa um óculos, aí eu perguntava as coisas pra ela e ela puxava o óculos e me olhava por cima. Tipo: como você não sabe isso? Aí eu mudei de médico pra poder conversar e tirar minhas dúvidas do que tava acontecendo.*

Crisântemo: *Uma coisa que eu acho interessante e legal pensar é que tem que ter confiança no profissional sim, mas pro médico é muito melhor uma cesariana, porque ele já sabe a data e o horário, vai ser aquele horário. O parto normal pode demorar 8, 12 horas, então, não tem hora, né?*

Bromélia: *O meu médico falou pra mim na consulta que ele gosta mais de cesárea, aí eu fiquei meio assim porque eu queria fazer parto. Mas aí depois na última consulta a gente conversou de novo e ele disse não, eu vou fazer o que tu queres.*

Celosia: *Eu também penso que ter conhecimento é fundamental, mas um conhecimento que faça sentido para a gente também!*

Margarida: *É, porque são coisas que estão acontecendo conosco mesmo (referindo-se as mudanças físicas sofridas na gestação) e vamos ter muitas figurinhas pra trocar.*

Tulipa: *Eu acho que o fato de saber que essas mudanças (físicas e emocionais) que estão acontecendo comigo são comuns a outras gestantes me deixaram bastante tranqüila.*

2ª OFICINA - GRUPO 1

Crisântemo: *Primeiro eu fui numa outra médica, aí no retorno da consulta, que eu fui, ela foi meio grossa quando eu tentei conversar sobre o tipo de parto que eu pretendia fazer, aí eu não gostei dela e troquei.*

Celosia: *Eu acho que se a gente puder escolher, é melhor ter um profissional que também pense assim (referindo-se as próprias perspectivas), senão pode acabar influenciando em alguns momentos.*

Tulipa: *O profissional ou o tipo de acompanhamento que você escolher vai influenciar em tudo durante o parto.*

Tulipa: *O problema é que ela não queria saber se eu tinha alguma dúvida e eu tinha milhares de dúvidas. Aí é claro que eu não ia poder escolher que parto fazer entendeu?*

Tulipa: *Nos hospitais privados, onde lucro é o grande objetivo, acho que você é mais influenciada a escolher as coisas (referindo-se aos procedimentos obstétricos) pela praticidade dos profissionais. É só ver nas propagandas de maternidades [...] é uma intervenção em cima da outra.*

Bromélia: *Eu já sabia da situação do nascimento no Brasil (referindo-se ao intervencionismo), então sei que tenho que ter bastante segurança nas minhas escolhas, não só durante o pré-natal, mas durante o parto também.*

Bromélia: *Ah é, eu vou querer sempre saber o que ta acontecendo e decidir junto com o médico as coisas (referindo-se as condutas tomadas durante o pré-natal e o parto). Eu sempre pensei assim. Através da conversa é que vamos conduzindo as coisas e é isso que vai fazer a diferença, pois vamos expor nossas vontades.*

Hortênciã: *Mas vamos ter que fazer escolhas nas duas instituições (referindo-se ao público e ao privado). Nas duas vão existir coisas boas e ruins. O que estou pensando depois dessa conversa é que a forma como vamos conduzindo as coisas é que vão fazer a diferença.*

Tulipa: *Mas é um direito né! Ali na hora se a mulher não “quiser”, as pessoas não vão ficar indagando ali (referindo-se ao direito ao bem-estar e privacidade no momento do parto).* Bromélia: *Eu acho que sendo a apresentação desses estudantes uma coisa já instituída (referindo-se aos Hospitais-escola), assim com um limite para esse número, a única possibilidade que pode permanecer é a conversa com a equipe para ir tentando adequar as coisas às nossas necessidades (referindo-se ao respeito à privacidade da mulher durante o parto).*

APÊNDICE C – ESQUEMA DAS ASSOCIAÇÕES PARA O LEVANTAMENTO DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

Dados	Subcategoria (s)	Categoria (s)
<p>- Então a gente tá se preparando com exercícios pra se der tudo certo, ser parto normal.</p> <p>- É, eu penso em ter parto natural, tô me preparando pra isso. Natural e ativo, sem anestesia, sem nenhum procedimento cirúrgico e pra isso eu faço yoga pra gestante e caminho.</p> <p>- Eu quero ver se eu faço mais exercício físico, assim, pra ajudar mais. Até tô querendo fazer hidromassagem porque eu li que ajuda bastante na hora do parto.</p> <p>- Mas se ela (referindo-se a outra gestante do Grupo) quer ter um parto de cócoras eu acho que se preocupar com a flexibilidade é bem importante. Também fortalecer o músculo da coxa, mesmo que não vá ficar muito tempo na posição eu acho que é bem importante.</p> <p>- É, acho que eu tenho que fazer bastante exercício pra começar a me preparar se quiser ter parto de cócoras.</p> <p>- Até caminhada ajuda um montão. Alongamento também, porque não é uma posição que a gente tá acostumada (referindo-se a posição de cócoras).</p> <p>- É exige muito alongamento da parte posterior da coxa (referindo-se a posição de cócoras). Se não ficar se alongando pode se sentir bastante atrapalha na hora do parto. E aí pode deixar de concentrar no parto e concentrar nisso (referindo-se ao desconforto), aí atrapalha [...]</p> <p>- Também tem fisioterapia lá na UDESC e é de graça (compartilhando alternativas de atividade física com o Grupo). Lá elas fazem essa preparação, aí se tu quer parto de cócoras e falar pra elas (referindo-se aos responsáveis pelo serviço), elas fazem pra ti bem certinho (referindo-se aos exercícios físicos preparatórios) e tudo com orientação. Elas passam agachamento e alongamento. Até alguns exercícios de yoga elas passaram pra mim, assim, exercícios isométricos de sustentação também. É uma opção pra gente procurar.</p> <p>- Se você não pode fazer exercícios específicos, vai fazendo exercícios básicos (dirigindo-se a outra gestante do Grupo), assim tipo caminhada. Já ajuda a preparar pro parto.</p> <p>- Eu acho que os próprios exercícios físicos que a gente realizou (referindo-se aos momentos de dinâmica corporal que iniciaram cada oficina) fizeram com que a gente sentisse que o nosso corpo, quando exercitado, é preparado para o parto. Sim, porque a maioria das pessoas tem medo de não agüentar a dor do parto, de não conseguir parir, essas coisas todas [...].</p> <p>- Preciso preparar mais o meu corpo pro parto, eu estou precisando de exercício mesmo [...].</p>	<p>Preparando-se fisicamente para vivenciar o parto</p>	<p>Escolhendo o parto vaginal como primeira opção para dar à luz</p>

<p>- Como eu sempre quis ter parto de cócoras, fiz um monte de exercícios físicos durante a minha gestação. Hoje olhando para essa sala (referindo-se a visita ao Centro Obstétrico) tive a certeza de que isso será fundamental no momento do parto.</p> <p>- Me preparo para o parto com exercícios físicos e respirações abdominais. Acho que assim me sentirei preparada para o tipo de parto que escolhi.</p> <p>- As gestantes e seus acompanhantes pareceram bastante interessados nos exercícios físicos realizados durante as oficinas, uma vez que os realizaram com empenho e dedicação.</p> <p>- As gestantes trocaram frequentemente orientações sobre exercícios físicos que consideram bons para o “preparo do parto”.</p> <p>- As expressões faciais de segurança e tranquilidade manifestadas pelas gestantes durante a realização de atividades físicas demonstraram que as mesmas são reconhecidas como uma alternativa para vivenciarem o parto da maneira que desejarem.</p> <p>- Eu pretendo fazer parto normal, a princípio, mas depois quero ter mais informações sobre esse método de cócoras para ter certeza que estou fazendo a melhor escolha.</p> <p>- Eu acho que se fizer cesárea por medo da dor, vou me enganar na verdade, na hora ali, talvez eu não sinta, mas acho que depois eu vou ficar com dor... Acho que a recuperação é mais difícil e tal. Eu quero ter normal, mas ao mesmo tempo eu to com medo, acho que eu preciso saber mais para ter certeza da minha escolha. Também penso muito no meu bebê [...].</p> <p>- Agora eu to lendo mais sobre os tipos de parto e agora ta sendo abordado esse assunto aqui (referindo-se ao Grupo). Acho que é por isso que eu to me preocupando assim, em escolher o quê acho melhor, considerando os pontos positivos e negativos de ambos (referindo-se ao parto normal e a cesareana).</p> <p>- Eu entendo, a partir do que tenho me informado, que o parto cirúrgico também existe para nos servir, e de forma bastante positiva nas situações necessárias, conforme conversamos no encontro anterior, é mais uma opção.</p> <p>- Eu acho que o conhecimento nos permite escolher o tipo de parto, tipo o que a gente viu das indicações de cesárea. Deixa mais segura pra argumentar o porquê da escolha entende?</p> <p>- Vou experimentar a posição de cócoras hoje e em casa vou ler mais sobre ela para ver se eu vou querer mesmo. Assim, na hora, vou poder escolher com mais certeza.</p> <p>- Eu fui perdendo o medo e conseguindo decidir à medida que fui lendo depoimentos positivos sobre o parto normal. Por que tem muita revista que ainda traz o parto normal como uma coisa meio “monstruosa”. Acho que selecionar as fontes de informação ajuda bastante. Aliás, a gente até já falou sobre isso e hoje é bastante claro pra mim [...]</p>	<p>Buscando conhecimento sobre os diferentes tipos de parto e fazendo escolhas com segurança</p>	
--	--	--

- Quando a decisão é tomada com conhecimento de causa e pesando os prós e os contras de cada tipo de parto, eu acho que realmente pode ser a melhor opção (referindo-se ao tipo de parto escolhido).

- Depois de buscar “entender os tipos de parto”, eu decidi por cesárea. Eu acho que não tenho “estrutura” para um parto normal. E não estou falando isso da boca pra fora não, eu já pensei muito a respeito.

- Na verdade, pensando em relação a mim mesma, eu sempre pensei em fazer uma cesariana por causa da praticidade, eu trabalho com o meu marido, uma coisa louca, eu engravidei em uma época que eu vou ter um filho logo após o verão, tipo assim, eu ainda vou estar no agito do verão trabalhando. Então no começo, eu fiquei pensando, mais ou menos no dia 17 de abril a gente programa ali na semana depois da páscoa, marco vou lá e faço (referindo-se a cesárea). Mas de tanta coisa que eu estou lendo, toda essa questão investigativa que eu até falei na aula passada, eu meio que já mudei de idéia. Quero escolher meu parto com segurança pra mim e pro bebê. Mas, tipo assim: comecei a ler, comecei a conversar com outras pessoas porque essa pergunta está na minha cabeça: parto normal ou cesariana? Na verdade inicialmente eu não pensei nas conseqüências de uma cesárea eletiva pro bebê, eu comecei analisar as conseqüências depois [...].

- Mas olha só, eu não sei, eu li que tanto a cesárea quanto o parto normal, elas tem o seu lado positivo né! As vezes acontece do bebê não estar na posição certa para nascer, ou de estar faltando oxigênio e aí a cesárea é a melhor opção. Eu vou escolher de acordo com a minha “situação” no dia do parto.

- Eu comecei a ler bastante coisa assim, no início da gravidez, os prós e contras da cesárea, bastante coisa da anestesia, o risco que tem para o neném, eu me preocupava muito se isso afeta o sistema nervoso do bebê, porque a anestesia é um medicamento forte que estão dando para a mulher. Mas ainda não tinha pensado em ler sobre as indicações. Na verdade não sei como pretendia escolher meu parto sem essas informações (risos).

- Eu não penso em fazer cesariana, eu sempre quis ter parto normal, mas eu penso assim: quero me informar bastante e ter a possibilidade de escolher uma primeira opção, que é o parto normal, mas também quero poder mudar de idéia se assim decidir.

- Eu penso que não tem certo ou errado, acho que é uma questão de escolha e cada um tem que saber o que quer e arcar com as conseqüências na sua vida. E aí escolhe parto cesárea ou normal, depois de ter todas as informações.

- Os dados estatísticos que pesquisei são que realmente existem muito mais complicações no pós-parto em cesariana do que no parto normal.

<p><i>Isso com certeza vai influenciar na minha decisão.</i></p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Eu pesquisei várias coisas essa semana e como qualquer outra cirurgia ela (a cesárea) exige muita coisa, repouso, não pegar peso, risco de infecção.</i>- Os participantes do Grupo demonstram pautar suas escolhas relacionadas à via de parto no conhecimento construído. Suas falas e expressões sugerem segurança.- O interesse pela construção do conhecimento relacionado aos tipos de parto mostrou-se crescente a cada encontro.		
--	--	--

APÊNDICE D - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DA PESQUISA

Categoria 1 - Escolhendo o parto vaginal como primeira opção para dar à luz.

Subcategoria 1.1 - Preparando-se fisicamente para vivenciar o parto.

Subcategoria 1.2 - Buscando conhecimento sobre os diferentes tipos de parto para compreender as mudanças de rumo, caso sejam necessárias.

Categoria 2 - Selecionando o tipo de atenção obstétrica para a condução do pré-natal e realização do parto.

Subcategoria 2.1 - Sentindo-se livres para escolher o profissional pré-natalista.

Subcategoria 2.2 - Sentindo-se livres para buscar a instituição que desejarem.

Categoria 3 - Reconhecendo-se como sujeitos reflexivos e críticos perante a realidade.

Subcategoria 3.1 - Refletindo sobre o parto em si.

Subcategoria 3.2 - Reconhecendo as diferentes intencionalidades presentes nas propagandas, informações e produtos que são ofertados as famílias que vivenciam o processo do nascimento.

Subcategoria 3.3 - Descobrimo a possibilidade de exercer o papel de protagonistas do processo do nascimento e agir em co-responsabilidade com a equipe.

Subcategoria 3.4 - Conhecendo e usufruindo seus direitos como cidadãos.

Categoria 4 - Negociando e dialogando com os profissionais de saúde sobre as preferências relacionadas aos procedimentos obstétricos.

Categoria 5 - Construindo um saber próprio acerca do processo do parto e do nascimento.

Subcategoria 5.1 - Aproximando-se do conhecimento dos profissionais, mas reelaborando-o em benefício da humanização.

Subcategoria 5.2 - Buscando informações em diversas fontes.

Subcategoria 5.3 – Participando de grupos temáticos.

Subcategoria 5.4 - Trocando experiências com os pares.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
 Tel. (48) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (48) 3721.9787
 E-mail: pen@nfr.ufsc.br
 Homepage: www.nfr.ufsc.br/pen/

APÊNDICE E - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES (GESTANTES E ACOMPANHANTES DO “GRUPO DE GESTANTES E CASAIS GRÁVIDOS DO HU/UFSC”)

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar do estudo conduzido pela Enfermeira Joéli Fernanda Basso, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), com a qual posso entrar em contato em qualquer momento que eu desejar.

Fui orientado(a) de que participarei de uma prática educativa que visa refletir, no espaço do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos do HU/UFSC, sobre o modo como as gestantes e seus acompanhantes entendem que podem participar e contribuir para que o parto e o nascimento na maternidade sejam humanizados. Para isso, aprofundarei conhecimentos sobre os conteúdos que envolvem o parto e o nascimento e debatarei, com meus companheiros de grupo, sobre as várias alternativas existentes para exercer meus direitos para vivenciar o parto e o nascimento humanizados, em colaboração com os profissionais que atuam nas maternidades.

Estou ciente de que a mestranda coletará dados através da observação e trabalhos em grupo e que a mesma somente utilizará as informações obtidas para os propósitos delimitados no projeto apresentado. Compreendo que serei convidado(a) a participar de todos os nove encontros realizados com o Grupo de Gestantes e Casais Grávidos do HU/UFSC, em dia e horário pré-estabelecido durante a divulgação do curso. Entendo ainda que a mestranda poderá entrar em contato comigo para maiores informações, futuramente. Sei que os dados obtidos serão gravados e transcritos, mas que meu nome não aparecerá em qualquer registro. Minha participação no estudo é voluntária e posso negar-me a participar do mesmo, sem que isso acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Também estou ciente de que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados desse estudo serão dados a mim, caso os solicite, e que a mestranda é a pessoa com quem devo contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante e que posso fazer isso pessoalmente ou pelos telefones (048)32345378 ou (048)84162020.

Data

Assinatura da gestante

Assinatura do acompanhante

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](#)