



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

GISSEILA ANDREA FERREIRA GARCIA

**ASSISTÊNCIA AO PARTO EM CABO VERDE: RETRATO DAS
EXPERIÊNCIAS VIVIDAS POR MULHERES CABO-
VERDIANAS**

Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes e co-orientação do Professor Doutor José Paulo Achando da Silva Moura, apresentada ao Serviço de Higiene e Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Coimbra, Maio de 2015

*“Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de
nascer.” (Michel Odent)*

Agradecimentos

A vida esta em constante movimento, transformação, devir; E ao longo dela trilhamos diferentes caminhos, conhecemos pessoas distintas, e entre estas existem aquelas pelas quais temos grande apreço e gratidão, uma vez que foram e são pessoas que contribuem de uma forma ou de outra para o nosso sucesso, aprendizado e vitórias, entre tantos tropeços e tombos. Por essas pessoas desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

À minha orientadora, Professora Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes, uma pessoa mágica, que me acolheu como orientanda e com toda a competência, paciência, afeto e amizade guiou-me até ao fim deste trabalho.

Ao Professor Doutor José Paulo Achando da Silva Moura, meu co-orientador, por perceber tão prontamente a minha proposta inicial para realização deste trabalho e indicar-me caminhos para que eu possa concretizar-lo.

Ao Professor Doutor Salvador Manuel Correia Massano Cardoso, coordenador do curso de Mestrado em Saúde Pública, pela oportunidade de poder realizar esse mestrado tão bem estruturado e com um acervo de docentes munidos de grandes competências científicas.

À Senhora D. Anabela Paula, secretaria do curso de Mestrado em Saúde Pública, pela dedicação, amizade e disponibilidade.

À Dr.^a Marta Monteiro e toda equipa do Centro de Saúde Reprodutiva da Fazenda – Cidade da Praia, Ilha de Santiago, Cabo Verde - onde realizei a minha investigação e fui muito bem acolhida e integrada.

Às mulheres participantes da investigação, pelo grande contributo delas para este trabalho, visto que foi fundamental.

Também aproveito para agradecer as pessoas mais importantes da minha vida:

Ao meu pai, meu melhor amigo, meu suporte, meu herói. O que hoje sou devo a ele.

À minha mãe, minha alegria, minha âncora, minha “ídola”.

Aos meus irmãos, meus cúmplices, meus eternos amigos.

Ao Aquiles, pela amizade e companheirismos, que apesar de estarmos distantes fisicamente, nunca deixamos de estar próximo um do outro.

Ao Paulo, Paula, D. Firmina, que receberam-me em Coimbra e acolheram-me como parte da família.

RESUMO

Problemática: o parto é um processo fisiológico normal que requer cuidado e acolhimento mas, apesar disso, e de acordo com a literatura vigente, esse momento tão importante para a mulher e família é, muitas vezes, pautado por déficit de cuidado e acolhimento.

Objectivos: descrever as experiências vividas por mulheres cabo-verdianas durante o trabalho de parto e parto em meio hospitalar e compreender as experiências vividas por mulheres cabo-verdianas durante o trabalho de parto e parto em meio hospitalar.

Material e métodos: estudo de natureza qualitativa com abordagem fenomenológica descritiva. A amostra intencional ficou constituída com 50 mulheres cabo-verdianas, após consentimento informado e devida autorização da instituição de referência, e de acordo com critérios de inclusão definidos. A recolha de dados realizou-se através de entrevistas abertas, onde obtiveram-se os relatos das mulheres participantes acerca das suas experiências do parto e da maternidade: no contexto de envolvimento social; contexto da envolvimento da equipe; contexto pessoal. Os dados foram analisados de acordo com o método fenomenológico descritivo de Giorgi (2008).

Resultados: uma estrutura essencial emergiu das unidades de significado das experiências vividas das mulheres cabo-verdianas relativas ao parto e à maternidade.

De acordo com a sequência dos diferentes contextos mencionados acima, destacaram-se os seguintes constituintes-chaves: a família; os amigos; a experiência de ser cuidada no parto; o acolhimento; a interação com a equipa de profissionais de saúde; medo; a experiência da dor do parto; percepção (autoavaliação) do seu comportamento durante o trabalho de parto e parto; a experiência pessoal do puerpério.

Conclusão: é de salientar que grande parte das mulheres cabo-verdianas participantes descreveram que as suas experiências relativas ao parto foram vivenciadas de forma negativa, uma vez que, relataram vivências de abandono, frieza e excesso de intervenções nos partos, muitas também não realizaram as consultas de vigilância pré-natal nem receberam assistência de preparação para o parto.

PALAVRAS – CHAVE: Assistência obstétrica, Cuidado, Parturiente, Parto, Experiências Vividas.

ABSTRACT

Background: childbirth is a normal physiological process that requires care and reception, but despite this, and according to the literature, this moment so important for women and family is often marked by deficit of attention and care.

Objectives: to describe the experiences of Cape Verdean women during labor and delivery in a hospital setting and understand the experiences of Cape Verdean women during labor and birth in hospitals setting.

Methods: qualitative study with descriptive phenomenological approach. The intentional sample was made up of 50 Cape Verde women, after informed consent and authorization of the reference institution, and according to defined inclusion criteria. The data collection was carried out through open interviews, where the reports of the participating women about their experiences of childbirth and motherhood were obtained: in the context of social involvement; context of the team's involvement; personal context. The data were analyzed according to the descriptive phenomenological method of Giorgi (2008).

Results: an essential structure emerged from the meaning units of the experiences of Cape Verdean women related to childbirth and maternity. According to the sequence of the different contexts mentioned above, stood out the following key constituents: the family; the friends; the experience of being cared for in childbirth; the host; interaction with the healthcare team; fear; the experience of labor pain; perceptions (self-assessment) of their behavior during labor and delivery; personal postpartum experience.

Conclusion: it is noteworthy that most of the Cape Verdean women participants described that their experiences related to childbirth were experienced negatively, once have reported abandonment experiences, coldness and excessive interventions in childbirth, many also did not make the prenatal surveillance consultations neither have received assistance in preparation of childbirth.

KEY - WORDS: Obstetric Assistance, Care, Parturient, Childbirth, Lived Experiences.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Resumo das etapas processuais do método fenomenológico de análise segundo Giorgi 67

Quadro 2: Estrutura essencial relativo ao retrato das experiências vividas por mulheres cabo-verdianas 76

ÍNDICE DE ESQUEMA

Esquema 1 - Representação esquemática da experiência do parto vivida por mulheres cabo-verdianas	94
---	----

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
-------------------------	-----------

PARTE I

CONTEXTUALIZAÇÃO DO FENÓMENO EM ESTUDO

1. CAPÍTULO I: A EXPERIÊNCIA DA MULHER NO PARTO E MATERNIDADE	16
1.1. EXPECTATIVAS DAS GRAVIDAS EM RELAÇÃO AO PARTO	19
1.2. O PARTO.....	21
1.2.1. DOR DO PARTO.....	22
1.2.2. A MEDICALIZAÇÃO DO PARTO.....	26
1.2.3. A EXPERIÊNCIA DA MULHER NO PUERPÉRIO	37

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPITULO I: DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO.....	40
1. FENOMENOLOGIA	40
1.1. MÉTODO FENOMENOLÓGICO ENQUANTO ABORDAGEM DE INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA.....	42
1.2. REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA (EPOCHÉ).....	46
1.3. MÉTODO FENOMENOLÓGICO DE GIORGI.....	48
1.4. FENOMENOLOGIA NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE..	50
2. PERCURSO METODOLÓGICO.....	52
2.1. TIPO DE ESTUDO	53
2.2. OBJETIVOS E QUESTÕES ORIENTADORAS	57
2.3. CONTEXTO DO ESTUDO.....	58
2.4. PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	59
2.5. ASPECTOS FORMAIS E ÉTICOS DA RECOLHA DE DADOS	61
2.6. PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS	63
2.7. PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DE DADOS	65
2.8. CRITÉRIOS DE VALIDADE E DE RIGOR DA PESQUISA.....	68

CAPÍTULO II: APRESENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	74
1. ASSISTÊNCIA AO PARTO EM CABO VERDE: RETRATO DAS EXPERIÊNCIAS VIVIDAS POR MULHERES CABO-VERDIANA.....	75
1.1. CONTEXTO DA ENVOLVÊNCIA SOCIAL.....	78
1.2. CONTEXTO DA ENVOLVÊNCIA DA EQUIPA.....	80
1.3. CONTEXTO PESSOAL	83
CAPÍTULO III:DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	95

**PARTE III
CONCLUSÃO**

CAPITULO I: CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS.....	110
1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	114
2. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS	115
3. IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO.....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	119

ANEXOS

ANEXO I: Guião das Entrevistas

ANEXO II: Carta de Apresentação do Protocolo de Pesquisa ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Saúde de Cabo Verde

ANEXO III: Parecer do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa Para Saúde de Cabo Verde e Autorização do Delegado de Saúde da Cidade da Praia

ANEXO IV: Formulário de Informação e Consentimento Informado

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Perfil das participantes

APÊNDICE II: Algumas unidades de significados

INTRODUÇÃO

O parto é um evento social que integra o rol das experiências humanas mais significativas para os envolvidos. Diferente de outros eventos que requerem assistência estritamente hospitalar, o parto é um processo fisiológico normal que requer cuidado e acolhimento. Apesar disso, de acordo com a literatura vigente, esse momento é, muitas vezes, pautado pela falta desse cuidado e acolhimento que tornou-se aquém do desejado e merecido pelas parturientes.

O processo gestação, parto e pós-parto é encarado pela mulher atual, contemporânea, de forma diferente da mulher da há dois séculos atrás. Antigamente o parto era acometido por inúmeros significados sócio-culturais, rituais, mitos e tabus. Ou seja, a mulher estava constantemente em contacto com os preceitos tradicionais transmitidos de geração para geração, acerca de vários assuntos, incluindo o parto. O parto era considerado como um momento único e pessoal da mulher e, por isso, era assistido no ceio familiar por parteiras tradicionais íntimas da família.

No séc. XVIII, com o desenvolvimento da tecnologia, assim como em várias outras áreas, a área obstétrica também sofreu a influência da tecnologia, sendo transferida para o espaço hospitalar e o parto perdeu o seu carácter somente fisiológico, passando assim a ser medicalizado, e conseqüentemente o modelo da assistência que anteriormente tradicional, passou a ser um modelo biomédico, dada a tendência deste último para considerar que o corpo humano é nada mais que uma “máquina” que pode ser analisada como um conjunto de peças anatómicas. Esta abordagem faz com que a doença seja entendida como um mero mau funcionamento dos mecanismos biológicos, estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular, pelo que será apenas necessária uma intervenção meramente física ou química, para consertar um “defeito” de funcionamento específico (BARROS, 2002).

Atualmente destaca-se na comunidade científica e sociedade civil a abordagem de um novo conceito da assistência ao parto: o da humanização da assistência obstétrica. A assistência humanizada visa recuperar o carácter fisiológico da assistência obstétrica, relacionando a gravidez não com a doença (facto que permitiu a medicalização e controle do período gravídico puerperal, favorecendo a submissão da mulher que deixou

de ser a protagonista do processo de parturição), mas com o processo de nascimento, na qualidade de um processo natural, íntimo e familiar, reavendo às mulheres o protagonismo do nascimento dos seus filhos.

Este método humanizado baseia-se ainda na adoção de boas práticas sustentadas por evidências científicas, no que respeita à condução do trabalho de parto e do parto em si. Ou seja, sem qualquer imposição de intervenções que possam causar danos à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições em que são atendidas, bem como a limitação da sua autonomia. Intervenções, essas, que provocam riscos e danos comprovados por evidências científicas, mas que, ainda assim, continuam a ser utilizadas sem critério por alguns profissionais de saúde.

Segundo a OMS, a assistência a mulher no parto e pós-parto deve ter como pilar a Medicina Baseada em evidência. Como um evento de importância singular, o parto é aqui considerado um processo fisiológico, psicológico e sociocultural.

Perante os factos apresentados anteriormente, percebe-se a necessidade urgente dos profissionais de saúde se aliarem aos mais atuais conhecimentos e evidências científicas que respeitam a fisiologia do parto com o cuidado humanizado e empático, dando igual importância aos aspetos físicos, emocionais e espirituais da mulher (STRUJAK, 2012).

O tema “Assistência ao parto em Cabo Verde: retrato das experiências vividas por mulheres cabo-verdianas”, resultou da preocupação de se realizar um estudo deste âmbito para o país, uma vez que a investigadora, assim como as entrevistadas, remotamente escutam as histórias das mulheres próximas (mãe, tia, primas, amigas, etc.) que já experienciaram o processo do trabalho de parto e parto, reclamando dos maus tratos pelas quais passaram na maternidade, e deste modo, entendeu-se pertinente realizar um estudo com a finalidade de descrever e compreender as experiências vividas por mulheres cabo-verdianas face à temática em estudo e nesta perspectiva, contribuir para a sustentação de informação com vista a melhoria das práticas.

Deste modo, enfatiza-se a importância de se investigar a experiência do parto na voz das mulheres, permitindo conhecer as suas experiências, expectativas e vontades relativamente a esse momento de marcada importância nas suas vidas. A promoção da

capacitação destas mulheres só será possível se acompanhado pela adequação posterior serviços de saúde e de assistência social com base nas suas necessidades.

Diante desta conjectura, considerou-se o método qualitativo com abordagem fenomenológica descritiva o mais adequado a ser utilizado para a realização deste trabalho, uma vez que o que se pretende é descrever e compreender a essência do fenômeno, que se traduz nos objetivos do estudo, isto é as experiências vividas pelas mulheres cabo-verdianas durante o trabalho de parto e parto em meio hospitalar.

O presente trabalho está dividido em três partes.

Inicia-se pela contextualização do estudo que consiste numa organização das principais temáticas relacionadas com o estudo. Dessa forma, é possível realizar uma imersão inicial nos aspectos principais relacionados ao tema abordado, ou seja, a experiência da mulher do parto e da maternidade. Além disso, a contextualização do estudo possibilitará uma análise adequada dos resultados obtidos da investigação.

A segunda parte diz respeito ao estudo empírico e está dividida em três capítulos. No primeiro encontra-se delineada o desenvolvimento metodológico do estudo e divide-se em dois subcapítulos distintos. O primeiro subcapítulo debruça-se sobre o enquadramento onto-epistemológico da fenomenologia, onde será desenvolvida o conceito da fenomenologia, do método qualitativo com abordagem fenomenológica e a aplicação da fenomenologia no processo de humanização em saúde. O segundo subcapítulo refere-se ao percurso metodológico do estudo, às opções tomadas sobre o tipo do estudo, questões e objetivo da investigação, contexto do estudo, participantes do estudo, aspectos éticos e processo de recolha de dados, e também serão abordados os critérios de validade e de rigor da investigação.

No segundo capítulo desta segunda parte será realizada a apresentação e descrição dos resultados encontrados na investigação, e essa apresentação efectuada de acordo com as orientações do protocolo do método fenomenológico descritivo de Giorgi (2008).

O terceiro capítulo diz respeito a discussão dos dados. A discussão dos resultados é a interpretação de todas as informações coletadas até então, tanto na busca e organização bibliográfica como no campo de investigação, de modo a promover um comparativo entre os conceitos teórico-acadêmicos e suas aplicações.

Por último, a terceira parte destaca as principais considerações conclusivas de acordo com a apresentação da síntese do estudo, as limitações do estudo e as implicações deste estudo para a prática de cuidados e investigação.

PARTE I

CONTEXTUALIZAÇÃO DO FENÓMENO EM ESTUDO

1. CAPÍTULO I: A EXPERIÊNCIA DA MULHER NO PARTO E MATERNIDADE

O parto é um evento cultural, uma vez que os valores sociais que prevaleceram ao longo da história, também lhe são intrínsecos, e assim como outros atributos sociais, este também é regulado por determinadas normas da sociedade, assim como a assistência, dado que ambos, o parto e a sua assistência, são receptivamente o processo e produto das relações de gênero. O tipo de assistência tem em consideração cada mulher, de acordo com as representações sociais, características sociodemográficas e étnico-culturais e também geracionais. O que justifica a importância de investigar as representações e experiências da mulher às formas de parturição e sua assistência em diferentes serviços de saúde (DE SOUSA GAMA, 2009).

Domingues (2004, p.52), defende a ideia citada acima sublinhando que:

A maternidade, a gravidez e o parto, são eventos marcantes na vida das mulheres e de suas famílias. Representam mais do que simples eventos biológicos, já que são integrantes da importante transição do status de “mulher” para o de “mãe”. Embora a fisiologia do parto seja a mesma, em nenhuma sociedade ele é tratado de forma apenas fisiológica, pois é um evento biossocial, cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos.

A constituição da maternidade inicia-se muitos antes da mulher vivenciar a maternidade propriamente dita, ou seja, antes de engravidar, passar por todo o processo de trabalho de parto, nascimento do bebê, e aceitar o papel de mãe. O processo de maternidade constitui-se a partir das primeiras relações e identificações da mulher, desde a sua infância (com atividades de recreações lúdicas), na adolescência, e também com o planeamento da gravidez refletindo o desejo de ser mãe (PICCININI, 2008).

A maternidade pode ser pensada não só como um processo biológico, mas também como uma construção sócio-histórica, e por isso, pode ser analisada segundo referencial para um estudo de representação social (DIAS, 2003).

Segundo Merighi (2006, p.2), “tornar-se mãe é um ritual de transição e envolve uma reorganização de todos os papéis que integram o autoconceito da mulher”.

A maternidade, tal como nos é apresentada atualmente, pela família contemporânea, foi “inventada” no final do séc. XVII e início do séc. XIX, como consequência da decadência do poder patriarcal, uma vez que a importância da mulher passou a ser reconhecida por ela deter o controle sobre a criação e educação dos filhos (SCAVONE, 2001).

Segundo questões de género, mulher e homem tinham funções laborais distintas, a responsabilidade do homem era de trabalhar fora e trazer dinheiro para casa, e as mulheres cuidavam da casa e dos filhos. Por estar mais em contacto com a prole, a mulher desenvolveu um maior sentimento de amor e afeto para os filhos, o que é natural e instintivo. A esse fenómeno Badinter (1985) deu o nome de o “mito do amor materno”.

O amor materno foi por tanto tempo concebido em termos de instinto que acreditamos facilmente que tal comportamento seja parte da natureza da mulher, seja qual for o tempo ou o meio que a cercam. Aos nossos olhos, toda mulher, ao se tornar mãe, encontra em si mesma todas as respostas à sua nova condição. (BADINTER; 1985, p. 12).

Para Badinter (1985), o conceito de maternidade nos remete ao mesmo tempo ao estado fisiológico da mulher, procriadora e reprodutora, e a mãe que tem a responsabilidade de cuidar e educar os seus filhos. E essa responsabilidade ao longo prazo da maternidade da mulher, só não existia que a mãe parisse finalmente um adulto.

De acordo com esse apanágio, mulheres que não ambicionavam ser mãe, que não demonstravam esse sentimento de amor e afeto para os filhos, eram vistas com maus olhos, uma vez que estariam negando a sua essência, natureza, como procriadora.

A maternidade na atualidade baseia-se na visão clássica da mãe ligada ao feto. Dias (2003) refere que, para a nossa cultura mãe é aquela que para além de gerar a criança, deve criar os filhos, alimenta-los, protege-los, educa-los, ensina-los e servi-los, ou seja, ela exerce uma função mais individualizada, diferente das sociedades mais antigas em que a função do sexo feminino era mais socializada.

A gravidez é um dos grandes momentos em que a mulher vivencia a maternidade, sem

esquecer que antes disto, obviamente, ela nasceu mulher, foi filha e brincou “de ser mãe”, o que foi contribuindo para a constituição da maternidade, que também é fortemente influenciada por determinantes biológicos, psíquicos e culturais. Mas agora ela é mãe, atenta para o seu mundo interno e se reorganiza, uma vez que já não mais se vê como única, e sim, com um filho/ uma filha ainda por nascer.

Segundo Piccinini (2008), para além da experiência de ser mãe vivenciada pela gravidez, a mulher em outras oportunidades também já experienciou a maternidade, uma vez que ela nasceu mulher e conseqüentemente tornou-se filha, brincou de “ser mãe”, etc., tudo isto foi contribuindo para concepção da sua identidade para a maternidade, atendendo aos determinantes culturais, biológicos, psicológicos e sociais.

As transformações, individuais e relacionais, que procedem em consequência da gravidez são necessárias para a formação da concepção da capacidade psíquica do bebé, apesar de ainda temporários ou desestruturadas, já revelam o quão importante são para a consolidação da maternidade (PICCININI, 2008).

Domingues (2004) reforça que identificar elementos de satisfação da mulher relacionado a assistência ao parto que ela recebeu é fundamental para o “feedback” dos serviços de saúde, partindo do princípio que estes serviços visam a humanização da assistência ao parto e ao nascimento.

As mulheres, que já experienciaram a gravidez e o parto, na sua maioria descrevem os mesmos acontecimentos relacionados a estes momentos das suas vidas, mas as mulheres que tendem descrever detalhadamente, principalmente o parto, usualmente consideram que a experiência do parto foi uma experiência difícil, embora não muito importante num todo, uma vez que o momento que apontam como sendo o mais importante a o primeiro contacto que elas tem com o/a seu/sua filho/filha após o parto (FIGUEIREDO, 2002).

De acordo com o estudo realizado por Figueiredo (2002) sobre alguns fatores susceptíveis que influenciam positivamente ou negativamente a experiência do parto da mulher, tendo em conta o impacto desta experiências no funcionamento global do binómio (mãe-bebé) e a sua importância, o autor chegou a seguintes causas: presença de uma pessoa significativa que proporcione apoio emocional, tipo de parto, dor sentida

durante o parto e possibilidade de contacto imediato com o bebé.

1.1. EXPECTATIVAS DAS GRÁVIDAS EM RELAÇÃO AO PARTO

O profissional de saúde ao identificar os medos e as crenças das grávidas acerca do parto esta a contribuir para melhor ajudá-las e esclarecer as suas dúvidas sobre os riscos e benefícios de diferentes tipos de parto, informá-las sobre o direito ao acompanhante, que são pessoas próximas que vão zelar para o seu conforto, ou ainda contribuir para a diminuição da sua ansiedade diante do medo de sentir a dor do parto ou o medo de todo o processo, que é estranho para mulher. Portanto, oferecer assistência pré-natal adequada e organizada, “que inclua informações claras e atualizadas às grávidas, bem como o oferecimento de cursos preparatórios, poderia assegurar sentimentos de segurança e confiança às grávidas” (MELCHIORI, 2009, p.21).

Num estudo realizado por Melchiori (2009) sobre a preferência do tipo de parto das grávidas (normal ou cesariana), conclui-se que a maioria das grávidas preferem o parto normal, por este ter uma rápida recuperação e não interferir muito nos cuidados da mãe com o recém-nascido. As grávidas que mostraram a sua preferência pelo parto cesariano, justificaram que este tipo de parto não é doloroso, uma vez que as amigas que experienciaram o parto cesariano recomendaram. Ambas afirmam que diante do parto temem: sentir dor/sofrer, acontecer algo com elas e/ou o/a filho/filha, a situação desconhecida ou avaliada como negativa e a presença de pessoas de confiança, como o marido, a mãe ou o médico, poderia minimizar esse receio.

Ao longo das últimas décadas muito se tem debatido sobre a assistência ao parto. Diversas análises realizadas, que descrevem e analisam a complexidade de fatores que cercam o parto (e sua assistência), têm suscitado uma série de questões, que envolvem desde a qualidade da atenção obstétrica até a constituição do significado da experiência do nascimento para as mulheres.

Consoante Barbosa (2003) foram realizados diversos estudo para estudar a complexidade de fatores que rodeiam o parto, e a sua assistência ao longo de décadas. E nestes estudos realizados surgiram várias questões que destacam a qualidade do cuidado

e assistência obstétrica e a experiência da mulher relativa ao trabalho de parto, parto e ao nascimento.

Uma abordagem multidimensional permite, então, analisar o fenómeno da parturição como um processo fisiológico que é contextualizado socialmente por um sistema complexo de valores e que envolve interações entre indivíduos, grupos sociais e instituições (maternidades) com poder diferenciado na definição dessas relações (BARBOSA, 2003).

A gravidez e o parto não são fenómenos meramente naturais ou fisiológicos, são também fundamentados por experiências consolidadas socialmente que nos permitem entender a complexa dinâmica na construção social evidenciada no parto, nas técnicas de assistências, nos seus cenários e os principais atores envolvidos nessa assistência. Ou seja, a abordagem multidimensional necessária para a compreensão do fenómeno do processo fisiológico da gravidez e do parto bem assim como o contextualizar desse fenómeno no âmbito social, visto que, nele está empregado um sistema complexo de valores, envolvendo a interação entre indivíduos, grupos sociais e instituições (maternidades), e seus diferentes papéis (*Idem*).

Relacionado a influência do grupo social, neste mesmo estudo, as grávidas relataram que as pessoas que as influenciaram sobre a escolha tipo de parto, foram pessoas próximas de seu convívio quotidiano com quem mantinham relações de afeto e confiança, seja por parentesco ou amizade.

Nesse sentido, seria importante que os profissionais de saúde se envolvessem mais sistematicamente em campanhas de esclarecimentos acerca das vantagens e desvantagens dos diversos tipos de parto, diferenciando-os em função das necessidades e condições clínicas e psicossociais de cada grávida, de modo que essas representações sobre os tipos de parto fossem contrastadas por informações e esclarecimentos adequados. (MELCHIORI, 2009, p.9).

Numa outra investigação sobre “as expectativas das grávidas em relação a seus partos” realizada por Hotimsky (2002), considerou que as mulheres basearam-se nas suas experiências prévias do parto, assim como as de outros membros de sua rede de relações, e procuram também apreender o saber dos médicos, para formularem as suas

próprias expectativas e preferências em relação ao trabalho de parto e parto.

Muitas grávidas ainda apresentam receio, dúvidas e anseios, do parto vaginal, situações que acontecem porque as crenças e mitos que envolvem a vivência deste tipo de parto, portanto, esse medo faz-se presente uma vez que essas mulheres não estão bem informadas sobre o assunto, ou seja, há falta de diálogo entre elas e os profissionais de saúde (TEDESCO, 2004).

Nesse sentido, segundo Tedesco (2004) são necessárias intervenções no âmbito da educação para a saúde desempenhadas pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, entre outros), no pré-natal, para sensibilizar, orientar, informar, a fim de diminuir essa ansiedade e insegurança das grávidas, e como consequência proporcionar a interação entre a mulher e o profissional de saúde. Para isso, é de suma importância a criação de atividades educativas em grupo e participação das mulheres nos programas de preparação para o parto e parentalidade nos cuidados de saúde primários e diferenciados.

1.2. O PARTO

A vivência do parto é, geralmente, um momento singular e uma experiência marcante e significativa na vida de uma mulher. O parto é uma das experiências mais singular, marcante e significativa, vivenciada pela mulher. Por um longo período de tempo serão recordados, nos mínimos detalhes os acontecimentos e sentimentos experienciados nesse momento, o nascimento de um filho, uma vez que ela gerou, pariu e agora exerce a função de mãe (LOPES, 2009).

O parto é um ato importante para a vida da mulher, uma vez que corresponde a transição da mulher para a maternidade, é o momento onde acontece finalmente, após nove meses, o encontro entre a mãe e o/a filho/filha, “frente a frente”, e um possível vínculo maternal.

Segundo Lopes (2009) para a mulher, o parto é o momento de se deparar com o bebê real, e deparar-se com o do tão sonhado bebê, imaginado e idealizado durante a

gravidez. Ainda nesta linha, a autora considera que o parto é um momento em que a mulher encara o seu “produto final” e finalmente dará ao mundo a satisfação da sua capacidade feminina, ou não como, de gerar uma criança, por isso, também é o momento de colocar à prova a sua competência como mãe não só de gerar, mas também de cuidar, de suportar as dores físicas do parto, e ainda, alimentar o seu bebé através da amamentação.

A autora salienta ainda que, quando nasce um filho, principalmente o primeiro, a mulher inaugura-se na maternidade propriamente dita, o que conseqüentemente vem acompanhado com toda um background e pressão social do papel de mãe, uma vez que ela passa a ser a principal responsável pelo filho.

Então podemos considerar que o parto é, apesar de ser um ato em si, um acontecimento que vem sendo também vivenciado anteriormente na gravidez sob forma de expectativa, medos e anseios, e depois no pós-parto, através de lembranças e sentimentos que acompanham a mulher, por anos e anos que acaba por fazer parte da sua história (*Idem*).

1.2.1. Dor do parto

O parto está historicamente ligado ao mito de que é doloroso, assim como parir é sinónimo de “dar a luz” para muitas mulheres, por tão insuportável que é a dor do parto. Esse “mito” é transmitido socialmente desde que a mulher é muito jovem, e sempre se relaciona o parto com a dor que ele representa. As mulheres apesar de temerem a dor do parto, essa dor é esperada e é vivida, para posteriormente vir o alívio juntamente com o prazer de ter o bebé nos braços (RUANO, 2007).

Ruano (2007) refere que a dor do parto tem um importante de diferenciado aspecto que vai de acordo com cada sociedade, visto que é influenciada ao mesmo tempo por fatores biológicos, socioeconómicos e emocionais. É encarada por algumas mulheres como um marco inicial da maternidade e o “preço a ser pago”, que é quase esquecido após o nascimento do filho. Na nossa sociedade atual, para algumas mulheres, “boa mãe” é aquela que sofreu ao parir o seu filho, a fim de cumprir com todo o seu papel como mãe. Com isso, passar pela dor do parto tornou-se quase um incentivo, uma vez que a dor não é um fator que impeditora da procriação, muito pelo contrário, passar pela dor

do parto permite a “preservação da espécie”, considerando uma hipótese.

Conforme Gurgel (1997), a dor do parto é uma experiência vivenciada através da influência de multifactores, tais como: psicológicos, biológicos, socioeconômicos e culturais, onde conseqüentemente requer uma abordagem clínica multidisciplinar, constituída por psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, médicos, entre outros, havendo assim uma maior probabilidade de “trabalhar essa dor”. Para as parturientes, devido a essa dor, o parto é vivenciada como a pior experiência das suas vidas, lembrando que a intensidade dessa dor varia de mulher para mulher.

O medo da dor é difundido pela sociedade atualmente, uma vez que, para muitas mulheres a dor do parto é muito sofrida, desgastante, aterrorizante e intensa, o que as faz tentar “driblar” a dor optando pela analgesia e cesariana. O medo da dor do parto é umas das causas que vem aumentando, no mundo, as taxas de cesarianas desnecessárias, o que, para muitos países, resultou em problema de saúde pública (RUANO, 2007).

Ainda nesta perspectiva, para Hotimsky (2002), para além da dor do parto, a má qualidade da assistência ao parto também é um dos motivos que levam as mulheres a preferirem o parto por cesariana em vez do parto normal, principalmente no pré-parto. Para além do medo da dor do parto, as mulheres temem as intervenções da equipa de cuidados face às suas necessidades.

De acordo com os dados da literatura atual, podemos concluir que as grávidas apresentam o mesmo motivo para preferência pelo parto normal ou cesariana, isto é, vai no sentido de ultrapassar a dor do parto e o sofrimento que esta poderá causar, “sobretudo a partir de representações sociais sobre parto e nascimento que se expressam, resultante talvez da falta de informação ou crenças pessoais, em temores e argumentos diversos” (MELCHIORI, 2009, p.9) .

Macedo (2007) conclui no seu estudo realizado sobre o “significado da dor do parto” que ao descreverem a dor do parto as mulheres utilizam adjetivos como *intenso*, *fisiológico*, uma vez que tem características próprias e são atinentes ao processo de trabalho de parto e parto; algumas usam o adjetivo de violento, e outras nem prestaram a atenção na dor. Outras participantes relataram que a dor foi mais intensa quando estavam já na maternidade e aos cuidados especializados da equipa multidisciplinar, é

de salientar que perante a dor no parto elas estrategicamente seguiram os conselhos para a medicalização e comportaram-se de forma “civilizada”.

De acordo com Macedo (2007), a dor do parto é o sofrimento e/ou prazer necessário, segundo os preceitos da igreja, visto que este sentimento tem uma dimensão “redentora”, “heroica”, que é influenciada pela cultura, e uma dimensão de “inutilidade”, que pode ser manipulada pela medicalização da assistência, retirando assim o significado da dor.

Segundo Costa (2003, p.47):

(...) durante o trabalho de parto e parto durante o trabalho de parto e parto a generalidade das mulheres: não vê confirmadas muitas das suas expectativas prévias; é excluída das decisões médicas, tem poucos conhecimentos e pouca preparação, vivencia um elevado número de emoções negativas, assim como níveis elevados de dor, está preocupada com o estado de saúde do bebé e considera útil o apoio do companheiro.

A mulher ao estar devidamente informada a respeito do parto, sentir-se-á mais autoconfiante, e os sentimentos vivenciados durante esse processo poderão ser menos dolorosos e mais positivos. “O medo do desconhecido muitas vezes aumenta a ansiedade e, com isso, a sensação de dor” (LOPES, 2009, p.4).

Um estudo realizado por Pelloso (2000), sobre os motivos que levaram as mulheres a escolher o parto por cesariana parto, revelou que essa escolha se deu em função do medo das mulheres em relação à dor do parto; pela própria solicitação das mulheres; por escolha dos profissionais e por falta dos conhecimentos de risco e benefícios do parto por cesariana e do parto normal. De acordo com a autora, isto mostra que são necessárias ações especiais desempenhadas pelos profissionais durante a assistência pré-natal, através de orientações e informações; participação das mulheres nos programas de preparação para o parto, capacitação dos profissionais para realização do parto normal e realização do parto pela enfermeira obstétrica.

De acordo com a reflexão do autor Tedesco (2004) sobre as altas taxas de cesarianas no Brasil, ainda presentes na atualidade, para além da laqueação das trompas, outros

fatores contribuem para as altas taxas de cesariana, tais como: pensamento por parte da mulher de que este tipo de parto é indolor e preserva a anatomia da vagina para as relações sexuais, falta de remuneração da anestesia para o parto normal, falta de acesso da população à informação sobre os riscos das cirurgias obstétricas, conveniência médica e falta de equipamentos adequados para monitorização fetal e materna, também relacionam-se o crescente número de cesarianas em quase todo o mundo ao sistema de saúde-judicial, uma vez que os turnos noturnos e urgências relacionados ao partos normal são mais cansativos e desgastantes, e por vezes acarretam maus resultados neonatais, os médicos obstetras sentem-se desmotivados e inseguros para defender o parto normal nesta circunstância.

Um estudo comparativo, realizado por De Sousa Gama (2009), com as mulheres atendidas em serviços públicos e privados do Brasil, indicou que as representações e vivências quanto às dores do parto normal, das mulheres, de ambos os serviços de atendimentos, foram muito semelhantes, independente de terem sido atendidas em serviços públicos ou privados, elas referiram dores intensas próprias a esse tipo de parto. A naturalização das dores do parto normal como um aspecto intrínseco do ato de parir, fez com que na comparação com a cesariana, ainda assim preferissem as dores do parto normal, pois na cesárea as dores também estarão presentes, excluindo as vivências e sensações de protagonizar o nascimento do filho. Esse é a principal diferença quanto às dores do parto: elas são inevitáveis e surgirão durante o trabalho de parto normal, portanto, intensas e sofridas, ou podem aparecer após a cesariana ou no puerpério imediato.

Embora a dor de parto seja motivo de preocupação de algumas mulheres, sua preferência pela cesariana não se dá apenas por esse motivo, é possível que, por um lado, que a dor de parto seja concebida como algo inerente ao processo de parturição e, por outro, que a dor seja considerada parte da experiência de se tornar mãe, já que a capacidade de enfrentar ou resistir à dor do parto é um dos aspectos valorizados da passagem para o status de adulta e mãe, representada pela parturição, para mulheres de camadas populares urbanas. (COSTA, 1995 *apud* HOTIMSKY, 2002, p.6).

O medo da dor do parto e suas consequências podem ser caracterizadas simbolicamente,

e usando um sentido figurado, análogo à figura de um “monstro doente”, e essa doença (a dor) tira todo o carácter até então fisiológico do parto, visto que a doença precisa ser tratada, medicalizada. E o protagonismo consciente da mulher, assim como o seu sentimento e prazer de ter um parto normal e natural é dissuadido. Por isso, é necessária uma interpretação sociocultural, no sentido de proporcionar uma leitura baseada na identidade cultural do sofrimento, da dor e da sua superação. Uma vez que, a dor que é representada pelo modelo biomédico e pelos *media*, como um obstáculo, indiretamente influencia no protagonismo e decisão das mulheres. Ou seja, a representação da dor influencia no comportamento da grávida, dado que o medo dela se torna inerente aos outros sentimentos hostis e preocupantes que envolvem o processo de parturição (PEREIRA, 2011).

Segundo De Sousa Gama (2009), a dor é uma componente natural e essencial da maternidade, uma vez que advém das contrações uterinas que são o “motor” de todo o processo de trabalho de parto, ou seja, a dor é necessária, ainda que ela represente sofrimento, as mulheres querem experimentá-la e são capazes de tolerá-la. “Isso demonstra que a interpretação da dor não se faz apenas com base em sensações fisiológicas, mas fundamentalmente a partir do seu significado no processo de nascimento” (*Ibidem*, p.5).

1.2.2. A medicalização do parto

Ao longo dos tempos a assistência a mulher no trabalho de parto e parto sofreu várias modificações, facto que aconteceu devido a institucionalização e introdução da medicalização no parto, aos avanços da tecnologia e consequentemente da medicina, e tais modificações fizeram com que o parto perdesse o seu carácter pessoal, individual.

Cada sociedade experiencia o parto de modos diferente, quer nas regras controle do nascimento, quer na determinação do local aonde pode ocorrer, ou então determinado quem irá assistir a parturiente e indicando quais as condutas a serem adotadas durante todo o processo (GUALDA, 1998 *apud* MAMEDE, 2005).

Hoje em dia, surgiu uma nova concepção de assistência na saúde, o da humanização da assistência. Essa nova concepção surgiu a partir da preocupação de se perpetuar a qualidade da vida desde o período pré-natal até ao no nascimento. A assistência

humanizada visa preservar a autonomia e a privacidade de cada mulher (SEIBERT, 2005).

“O parto é uma experiência singular no universo das mulheres, nos tempos passados as crianças nasciam nas mãos de parteiras, que eram mulheres com conhecimento passados de geração em geração” (CARVALHO, 2005, p.3).

Quando se aborda o tema medicalização do parto é necessário contextualizar a história da obstetrícia desde os tempos das primeiras profissionais da área, as parteiras:

As parteiras foram as primeiras profissionais de obstetrícia que auxiliavam a mulher no parto, elas eram consideradas praticamente membros da família, uma vez que o parto era estritamente domiciliar.

Nas mais diferentes culturas, as vivências do parto foram de caráter íntimo e privado, e uma experiência compartilhada entre mulheres. A assistência obstétrica do século XVI ao XIX era atribuída às parteiras, “comadres” ou “curiosas”, e o acesso ao quarto da parturiente era oculto, sendo proibida, por ordem moral, a entrada de homens em seus aposentos.

Por isso, apesar de diferentes culturas, a assistência ao parto tinha aspectos comuns para ambas as sociedades, entre o século XVI e século XIX, a assistência ao parto ficava ao cargo das parteiras, “comadres” ou “curiosas”, o parto tinha um carácter íntimo e privado, o ambiente era “só para mulheres”, uma vez que era proibida a entrada e a estadia de homens no quarto onde realizavam-se os parto, visto que ia contra a moral e os bons costumes.

A assistência realizada por parteiras tinha todo um ritual, onde elas utilizavam grande variedade de talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar a dor das contrações, e a parturiente era auxiliada por mulheres, geralmente idosas, que, junto com as parteiras, acompanhavam todo o trabalho de parto. No entanto, já no final do século XIV, médicos e teólogos passaram a questionar as práticas das mulheres quanto ao uso de poções e cuidados em relação à gravidez, ao parto e ao puerpério, e planearam reverter a situação, tirando o espaço da assistência às parteiras.

Nos meados do séc. XIX, entre a primeira e segunda guerra mundial, numa época de contexto de crise económica e de tensão internacional, houve uma considerável diminuição da taxa natalidade.

Apesar de na época a profissão de parteira ser uma profissão reconhecida pela sociedade, uma vez que era das únicas profissões femininas remuneradas, mas com a crise económica e pelo facto de ter sido uma profissão exercida por mulheres, a “era de ouro” das parteiras foi-se extinguindo, e umas das principais causas dessa decadência das parteiras foi a falta de clientela, diminuição da taxa de natalidade, concorrência dos médicos, passagem do parto domiciliário para o parto hospitalar (THÉBAUD, 2002).

Segundo (Tornquist, 2004) o séc. XIX foi decisivo na reestruturação da assistência ao parto, a qual deve ser pensada segundo as modificações mais gerais na esfera da família, do trabalho, dos papéis e das relações entre gêneros e principalmente das mentalidades.

A despeito dos conflitos internos no meio médico e das resistência das mulheres, o parto transformou-se num ato médico (VIEIRA, 2002).

Contudo resguarda-se até aos dias atuais, o saber que havia sido privado das parteiras, visto que, essa doutrina foi “oficializado” como uma ciência e a função de prestar assistência ao parto passou a ser realizado por médico, uma vez que a medicina legitimou a profissão como própria e passou a exercer o poder e o controle social sobre o género feminino, sendo que na época, séc. XIX, médicos eram, na sua totalidade, do sexo masculino (VIEIRA, 2002).

Consoante Vieira (2002) citando Knibiehler et al (1983), a medicalização da maternidade surge baseada no estereótipo da natureza feminina, em uma época que ser mãe transforma-se de destino em dever patriótico. Mais tarde, o projeto de medicalização do corpo feminino será justificado pelas preocupações eugênicas com a formação, como podemos observar na nossa sociedade atual.

Não obstante Vieira (2002), refere que a medicalização intensa que sofre o corpo feminino no século XIX, foi justificada, na época com um discurso de exaltação da maternidade, no sentido que fazer com a vida mulher da sociedade ocidental seja valorizada, o que permitiu o desenvolvimento de técnicas para aumentar a esperança de

vida materna. “Até então, o parto teria sido vivido como um evento em que o medo da morte ou a tortura do fórceps não eram apenas mitos”.

O parto é hoje um ato médico praticado em lugares muito medicalizados, colocando no mundo com a maior segurança as crianças que foram, na maioria dos casos, desejadas por seus pais, isso é o resultado de um século de transformações sociais, descobertas científicas e conquistas políticas (sobretudo o controle dos nascimentos) ocorridas em épocas diferentes.

O parto atualmente é considerado um “ato médico” e desse modo passou a se medicalizado, em consequência de um século de transformações sociais, tecnológicas e políticas, no sentido de se ter, á princípio, uma maior segurança na assistência a mulher e ao recém-nascido. O período entre as duas guerras foi um período de transição, que merece ser estudado para que se compreenda melhor os motivos da implementação e medicalização do processo de parturição (THÉBAUD, 2002).

Carvalho (2005, p.3) afirma também que:

Com a evolução dos conhecimentos médicos em obstetrícia e os avanços tecnológicos hospitalares, observa-se a grande medicalização do parto normal e altas taxas de parto cesárea, sob a égide de prestar assistência de qualidade e reduzir os agravos à saúde da mulher e do concepto. Tal atitude descaracterizou a normalidade do ato de parir, além de desconsiderar o desejo da mulher de optar pelo modo de parto que melhor lhe convier.

Graças aos pioneiros como Tarnier (1828–1897) e Paul Strauss a segurança no parto passou a ser preservada, e proteger a mulher tornou-se uma obrigação, para além de medidas sociais, a proteção da maternidade significou sua “medicalização”, essencialmente através da instituição-Maternidade (THÉBAUD, 2002).

Certamente o desenvolvimento das maternidades reduziu a necessidade de parteiras, na época, porém, a realidade hospitalar acabava muitas vezes sendo bem diferente, e “muitas iniciativas acabavam nas mãos das parteiras, que mantinham o controle e a responsabilidade da sala de trabalho, ensinavam as internas pouco competentes e pouco viam o médico-parteiro” (*Ibidem*, p.3).

A clínica médica obstétrica, ou seja, a Instituição-Maternidade tem uma história marcada por várias relações de poder, entre estas, particularmente, as relações de género. Essas não apenas compõem o contexto social em que se inscreve a clínica médica, mas também se fazem presentes dentro dela, envolvendo os profissionais que atuam na assistência ao parto e ao nascimento (*Idem*).

Ao longo da história, a maternidade (clínica médica obstétrica), foi marcada por uma grande relação de poder, principalmente as relações de género. Uma vez que as mulheres para além de fazerem parte do corpo médico, no contexto sócio-cultural elas também queriam monopolizar a assistência ao parto e ao nascimento, uma vez que se sentiam no direito delas como mulher (TORNQUIST, 2004).

Para Carvalho (2005) o modelo intervencionista e curativo da assistência médica foi a base para a modificação do modelo de assistência obstétricas, modificações essas baseadas no uso abusivo de medicalização e práticas invasivas do parto. A autora salienta que isso aconteceu devido à transferência do parto de um ambiente doméstico para um ambiente hospitalar, e conseqüentemente a mulher perdeu o seu papel de protagonista de todo o processo de parto, e passou a assumir a posição de submissão e passividade e o profissional ganhou o “controlo da situação”, realizando uma série de intervenções e modificando as práticas obstétricas.

Historicamente, o processo de mudança do parto realizado em casa para o parto de assistência hospitalar iniciou-se nas áreas urbanas e seguiu para as áreas rurais, e o parto domiciliar se tornou-se cada vez mais escasso nos centros das grandes cidades da Europa, mas por um bom tempo foi preservado nos interiores dessas cidades até após a segunda guerra mundial. O êxodo rural e a institucionalização do parto tornaram-se marcos comuns associados das sociedades ocidentais capitalistas, principalmente nos países do terceiro mundo, dado que na época modernizar era seguir os conceitos das sociedades centrais, em diversas esferas da sociedade. Enquanto isso, apenas nos meados do séc. XX o parto no hospital veio a ser uma prática para a maioria das mulheres da cidade, particularizando não só o tipo de assistência mas também a adesão das mulheres (TORNQUIST, 2004).

Nessa época ocorrem mudanças significativas no contexto do nascimento com a passagem do nascimento no domicílio para um local desconhecido e estranho como o

hospital, desde o ambiente físico ao momento em que uma mulher “dá à luz”.

A partir da entrada de outros profissionais em cena, com seus instrumentos e intervenções, desloca-se a atenção da mãe para o bebê, relegando à mulher o papel de objeto no processo de parturição. Ao se estabelecer o foco de atenção em torno da segurança da mãe e da criança, privilegiam-se os progressos tecnológicos e intervenções, porém penalizam-se outros aspectos essenciais do nascimento (CARVALHO, 2005).

Quando a parteira perdeu o monopólio da assistência ao parto para outros profissionais, estes apresentam-se com os seus instrumentos e suas intervenções, substituindo a atenção da mulher e do bebê, colocando a mulher no papel de “figurante” de todo o processo de parturição. Os progressos da tecnologia e intervenções foram muito importantes na medida em que a segurança da mulher e do bebê foram sustentadas, mas esses progressos consternaram outros aspectos substanciais para o processo parturição (*Idem*).

Vários estudos indicam que essas intervenções e mudanças não têm provocado melhoria, num todo, na assistência obstétrica e na condição de saúde materno-infantil; pelo contrário, evidências científicas vêm revelando que algumas são prejudiciais à mãe e ao filho, porque, apesar de a gravidez não ser doença, no hospital a parturiente adquire a condição de utente, perde o controle sobre seu próprio corpo, sua privacidade, individualidade e, muitas vezes, torna-se submissa à equipe.

Conforme Mamede (2005), os profissionais de saúde exercem um grande poder sobre a transformação dos eventos que são fisiológicos em processos intervencionistas e patológicos, o que pode ser comprovado com a observação da acrescida medicalização sofrida pelas mulheres no parto e conseqüentemente a perda da sua autonomia sobre o seu próprio corpo.

Ainda assim, Thébaud (2002) cita alguns um “contra-exemplos” que mostra os benefícios da medicalização da assistência ao parto em grande escala, tais como: o acompanhamento da gravidez permitiu detectar as toxemias gravídicas, as malformações, as gravidezes extrauterinas; o parto passou a contar com melhores condições; a infecção puerperal foi parcialmente vencida, causando menos de uma

morte a cada duas.

Assim, a partir do momento em que a febre puerperal foi contida pela prevenção e pelo isolamento, a medicalização certamente pode ser vista como mais segura, sobretudo no caso de complicações. Porém, muitas questões foram negligenciadas, como o sentimento, não de dor, mas de solidão e de submissão à autoridade médica, vivido pela parturiente.

Para a autora, este último exemplo foi um dos que melhor contribuiu para a institucionalização do parto, uma vez que para tratar a febre puerperal é necessário isolar e medicalizar, por ser uma forma mais segura de tratamento, sobretudo nos casos mais complicados. Mas, muitas outras questões foram negligenciadas, como por exemplo, os sentimento, não propriamente de dor, mas sim de solidão e de submissão á autoridade da equipe, vivenciado frequentemente pelas parturientes.

Mott (2002) enfatiza que as mudanças sociais e políticas, como por exemplo os planos de seguros de saúde trouxeram mudanças para a saúde, com o intuito de diminuir as taxas de morbimortalidade materna e neonatal, e entre essas mudanças destacam-se a remodelação e ampliação dos serviços obstétricos, transferência do parto no domicílio para parto hospitalar, e desenvolvimento de novos programas que abarcavam o pré-natal e o pós-parto, assim como a interrupção da amamentação. Por isso, a assistência tornou-se multidisciplinar, agora não só médico passaram a prestar assistência como também surgiram outros profissionais, como os enfermeiros, assistentes sociais, nutricionista, etc.

Um das primeiras maternidades do mundo surgiu na França - a Maternidade Baudelocque. Na época, nessa maternidade, não se internavam todas as mulheres consultadas, mas acolhiam-se prioritariamente os casos difíceis, como os das mulheres atingidas por tuberculose, que eram hospitalizadas em um pavilhão especial (a gravidez era um agravante da doença, e, das 100 primeiras hospitalizadas, 40 morreram) ou das que necessitavam de uma cesariana, operação que continuava com índices elevados de morte apesar dos progressos realizados (entre 6% para a cesariana baixa e mais de 20% para a cesariana seguida de exposição temporária do útero (THÉBAUD, 2002).

Nesta maternidade eram utilizadas pouca medicalização no parto, como por exemplo, a

anestesia ou analgesia, uma vez que eram consideradas práticas perigosas, contrárias ao ‘ato fisiológico’ do parto, que eram utilizadas em excesso pelos médicos ingleses (*Idem*).

Segundo Thébaud (2002), mesmo após o surgimento dessa maternidade, as *sages-femmes* (parteiras) permaneceram no campo da assistência, embora deslocadas para outras posições e envolvidas nos conflitos entre os próprios médicos que, enfim, conseguiram assumir o controle da assistência. A parteira era indispensável para a maternidade porque o ensino obstétrico de um clínico geral era insuficiente, e porque a maioria das francesas ainda recorriam a elas, pois acreditavam que estavam melhor preparadas para assisti-las, sendo consideradas verdadeiras especialistas em partos.

Já nos Estados Unidos o processo norte-americano de expansão, que alguns autores chamam de industrialização da medicina, parece ter sido um dos mais violentos, o movimento popular de saúde que marcou o século XIX naquele país, prova que a heterogeneidade de práticas e de concepções de saúde e cura, não impediu que as investidas da medicina científica vingassem, de forma que, no alvorecer do século XX, a medicina popular, neste país, havia sido praticamente eliminada do cotidiano das populações. Negros, pobres, camponeses, curandeiros, que mantiveram e frequentaram escolas próprias até o século XIX, foram eliminados, violentamente, do campo da assistência e da cura (TORNQUIST, 2004).

Desse modo, todas as mulheres com o fado de especialidade de cura populares e/ou familiares, como benzedeadas, curandeadas e parteiras, foram perseguidas, desqualificadas e banidas desta arte, e, com elas, um conjunto significativo de conhecimentos das próprias mulheres sobre seus próprios corpos, suas dinâmicas, seus produtos.

Tornquist (2004) salienta na Europa a própria concepção do parto, até meados do século XVIII, para muitas famílias, religião e sociedade no geral, a gravidez e o parto não era um evento associado a questão de saúde-doença.

Devido a urbanização cosmopolização e os progressos da medicina ocidental da época, e como havia um modelo internacional de assistência que deveria ser seguido, cada país, no seu ritmo, passou a seguir o modelo modernizado e medicalizado parto, mas o que se

observou foi uma grande sincronicidade nessas mudanças. Essas mudanças consolidaram-se somente após a Segunda Guerra Mundial, e os avanços da medicina em relação a obstetrícia ainda eram lentos, comprando com os outros campos da medicina. Quando finalmente houve avanços em medicina obstétrica, legitimando as maternidades e a hospitalização do parto, este passou também a ser um modelo hospitalizado (TORNQUIST, 2004).

Ainda nesta linha, segundo a autora referenciada acima, após a passagem do parto em casa para o parto hospital, somente depois de dois séculos o médico obstetra passou a ser reconhecido, igualmente, como um médico-cirurgião, e para que isso acontecesse houve também várias lutas, neste grande período de tempo.

Gribosk (2006) salienta a importância de resgatar a humanização da assistência ao parto para com isso permitir que as mulheres sejam protagonistas dos seus próprios partos e tenham autonomia e poder nas decisões sobre o seu corpo, ou seja, “empoderá-las”. Torna-se necessário que os profissionais de saúde estejam mais próximos das parturientes e que desenvolva uma relação menos desigual com elas.

Para a autora, este “empoderamento” das mulheres implica o resgate dos poderes e saberes femininos que ao longo dos séculos foi se eliminando ou submetido. Intrínsecos a esse saberes e poderes estão resguardado valores e princípios que potencializam o significado que engrandece o corpo feminino, que com a perda desses valores surgiu a medicalização do parto e a subordinação do processo de parturição.

Uma vez que, como foi referido anteriormente, o profissional julga-se como o “ator” principal do parto, e a mulher é a coadjuvante ao invés de protagonista, o seu corpo é o “objeto”. Ou seja, é claramente uma relação desigual, pois o profissional o detém de todo o poder centrado nos procedimentos técnicos de intervir, e “(...) tal relação emerge da fala e da maneira de agir com a mulher: quando ela ajuda, é para favorecer a assistência e não sua própria autonomia” (GRIBOSK, 2006, p.5).

Num primeiro momento, as propostas da humanização da assistência exclamam a “não violência obstétrica” e a negação da humanidade do outro, já que a com a humanização pretende-se um maior diálogo entre o profissional e a mulher, a partir desta proposta, sugere-se a substituição das formas de violência simbólica, constituintes do modelo de

assistência hospitalar, por um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores, busca instituir uma nova cultura de atendimento (*Ibidem*, p.6).

Neste sentido, a humanização viabiliza a reestruturação dos serviços de assistência de saúde às mulheres promovendo o respeito pela mulher e sua condição feminina e promover um atendimento mais digno e de qualidade.

Faz-se necessário, portanto, “a retomada da prática do parto normal humanizado, com a redescoberta do paradigma da integridade, vendo a mulher de uma maneira holística e o parto como um evento fisiológico” (*Idem*).

Os avanços da medicina na sua área de especialidade em obstetrícia são muito importantes para a preservação da segurança no cuidado da assistência à grávida e à parturiente, permitindo a detectar precocemente as intercorrências obstétricas, embora a taxa da morbimortalidade materna e perinatal ainda contínua alta e a evolução do parto normal passou de fisiológico para ser de risco, devido ao excesso de intervenções desnecessárias e de assistência desumanizada (HOSPITALARIO, 2007).

Isso só evidencia a necessidade dos profissionais da área de refletirem sobre a sua própria conduta, e também sobre as vantagens e as desvantagens dos distintos tipos de parto para cada mulher; é necessário a adoção de técnicas seguras que favorecem as condições humanas para o nascimento; e também faz-se necessário uma análise na assistência prestada às mulheres nos serviços de saúde. Ou seja, deve-se empregar mais esforços no sentido de melhorar cada vez mais a assistência à mulher no processo de parturição com uma assistência mais humanizada e menos intervencionista (*Idem*).

No contexto atual, a enfermeira obstétrica/obstetiz é a única profissional não médica que tem sido associada com um saber/fazer que vem ao encontro da possibilidade de resgatar o parto fisiológico como um fenômeno feminino onde a mulher seja a protagonista. Deste modo, esta profissional vem contribuindo para a consolidação do modelo humanizado de assistência ao parto que necessariamente passa pelo cuidado desmedicalizado. (Da Costa, 2008, p.2).

Entendemos que *desmedicalizar* não significa a simples exclusão do profissional ou de

práticas médicas da assistência, mas eliminar o raciocínio clínico-médico como única alternativa para entender a parturição. Significa ao mesmo tempo apresentar às mulheres outras opções de cuidado, tendo em mente que diferentes opções e estratégias podem e devem conviver como direito de escolha da mulher (DA COSTA, 2008).

De certa forma, o conjunto das práticas institucionais médicas institucionalizou o utente/cliente, submetendo-o ao saber e poder médico, tanto o hospital quanto a prática médica cujos discursos frequentemente destacam o bem-estar do utente, podem ser vistos como partes estratégicas do exercício da dominação e transformação da mulher em propriedade institucional no processo de parto e nascimento, isto caracteriza a cultura institucional.

Segundo Da Costa (2008) o que se pretende também com a humanização do parto é *desmedicalizar* a assistência, no sentido de eliminar o raciocínio clínico de que a medicalização é a única alternativa para, por exemplo, aliviar a dor do parto. *Desmedicalizar* significa apresentar ao parturiente opções de escolhas do tipo de cuidado que ela quer receber, tendo em mente que diferentes opções e estratégias podem e devem conviver como direito de escolha da mulher.

Conforme a autora acima mencionada, a prática clínica institucionalizou os utentes, fazendo com que eles submetam-se ao poder e saber do médico, utilizando discursos frequentes que permeiam o “bem-estar” dos utentes. Ou seja, foi uma das estratégias que permitiu o “domínio” e transformação da mulher numa “propriedade” institucional, no âmbito da gravidez, parto e pós-parto.

O processo de desmedicalização está associado à fisiologia do parto com o uso não excessivo e desnecessário de intervenções, tendo a mulher como protagonista do seu próprio parto (DA COSTA, 2008).

Moura (2007), propõe a formação de profissionais habilitados e empenhados de forma pessoal e profissional a assistirem a mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto com respeito, ética e dignidade, além de incentiva-lás a exercerem a sua autonomia no resgate do papel ativo da mulher no processo do trabalho de parto e parto, como também serem protagonistas de suas vidas e repudiarem qualquer tipo de discriminação e violência, que possam comprometer os direitos da mulher.

1.2.3. A experiência da mulher no puerpério

O puerpério é um período bastante significativo e enriquecido da experiência gravídico puerperal na vida da mulher, dado que é influenciado por vários fatores que estimulam consideráveis mudanças, tanto interna quanto externa, na puérpera. É uma fase carregada de emoções e sentimentalismos e diferentes sensações.

Após o parto a mulher direciona toda a sua atenção para cuidar do seu/sua filho/filha, visto que este é totalmente depende dela, ela apropria-se de uma nova condição, a de ser mãe, e ela passa a ter outras responsabilidades, tanto com o bebé como com ela (MERIGHI, 2006).

Muitas mulheres sentem dor no pós-parto, mas isso não as incapacita de cuidar do bebé, do marido e da casa. Normalmente após o parto elas demonstram a sua insatisfação pela dor sentida durante todo o processo de trabalho de parto e parto, mas relatam satisfação pelos cuidados que lhes foram prestados pela a equipe de profissionais (COSTA, 2003).

De acordo com um estudo realizado por Costa (2003, p.47), conclui-se que:

As mulheres são, na generalidade, ainda capazes de aproveitar plenamente o primeiro contacto com o bebé e apresentam-se menos preocupadas no pós-parto: as questões relacionadas com as dificuldades em amamentar o bebé e com o ganho de peso do bebé não suscitam grandes problemas, embora as mães continuem preocupadas com o estado de saúde do bebé .

Merighi (2006) enfatiza que é necessário estudos sobre como se ocorre a experiência da mulher durante o período de puerpério, assim como, os fatores que interferem na sua reintegração e adaptação agora com o novo papel de mãe, para que os profissionais de saúde possam melhor intervir e contribuir para a sua qualidade de vida.

O parto e a maternidade são eventos muitos marcantes para a maioria das mulheres, pois é inevitável ser mulher e não cogitar a ideia de uma dia vir a ser mãe e passar por todo o processo do parto e maternidade, uma vez que ser mãe representa um determinante social, familiar, e também religioso, que está inerente aos “direitos e deveres” da mulher na sociedade. “A maternidade ainda é vista como um fator fundamental e constituinte

da identidade feminina, mesmo quando a mulher possui atividades profissionais ou mesmo não pode ter filhos” (LOPES, 2005, p.10).

Como foi acima abordado, todo o processo de parto e maternidade passou por significantes modificações originadas principalmente pelos avanços técnico-científicos na medicina, por quase dois séculos, o que trouxe grandes ganhos para a clínica médica obstétrica, neste caso, uma vez que permitiu diminuir consideravelmente a morbimortalidade materna e perinatal, mas em consequência disso foi-se omitindo o carácter natural e humanizado da assistência obstétrica. Fato que atualmente vem sendo estudado e discutido com o intuito de conciliar os avanços tecnológicos com a prática humanizada da assistência humanizada, para que a mulher possa vivenciar cada vez mais de forma positiva a sua experiência ao parto e maternidade.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPITULO I: DESENVOLVIMENTO FENOMENOLOGICO DO ESTUDO

1. FENOMENOLOGIA

O termo Fenomenologia, deriva de duas palavras gregas: “*Phainomenon*”, que significa iluminar, mostrar-se; aquilo que se mostra a partir de si mesmo e “*Logos*”, que significa ciências ou estudo.

Fenomenologia é tudo o que se mostra à luz, ou que se torna visível, para a consciência em sua individualidade, é o que “aparece”, o “brilhante”. (GALEFFI, 2000; DE AMORIM GOMES, 2008,)

Consoante De Amorim Gomes (2008), fenomenologia é a ciência que estuda os fenómenos, ela busca analisar unicamente o vivido ou experimentado, expressado a partir da percepção do ser humano. Os objetos ou atos de consciência (intelectual, sentimental, ou volitivo), são ambos considerados fenómenos.

Esta ciência procura compreender o mundo com intuito de desconrtina-lo, não de apreende-lo. Para a fenomenologia, o homem percebe-se e torna-se como ele é a partir do contato que ele tem com os seus semelhantes, no mundo, e é afetado pelo que se revela desse convívio (GARNICA, 1997).

Para fenomenologia “tudo deve ser investigado”, uma vez que esta é uma ciência de rigor, e nessa rigorosidade não deve conter nenhuma afirmação que não tenha sido estritamente investigada, fundamentada ou justificada, dado que essa investigação, fundamentação ou justificação não pode ser baseada em suposições (GARNICA, 1997).

A fenomenologia consolida-se como pensamento, no início do séc. XX, com o Husserl, a partir dele a expressão fenomenologia ganhou um novo significado, e é com esse novo significado que até os dias atuais este termo é empregado (DARTIGUES, 1992 *apud* DE OLIVEIRA, 2008).

Husserl (1859-1938) foi o principal fundador do movimento fenomenológico, na Alemanha. Ele apossou-se do antigo nome da fenomenologia e imprimiu-lhe um novo significado, para ele, fenomenologia é o “método de apreender e dizer os fenómenos,

que se aludem à realidade que manifesta por si mesma”.

Para Husserl, segundo Terra (2006), a fenomenologia é definida como “volta às coisas mesmas”, retornar ao fenómeno, sendo que o fenómeno é aquilo que nos apresenta na nossa consciência intencionalmente. Na sua jornada de “solidificar” a fenomenologia como um movimento filosófico, Husserl busca refutar-se ao empirismo e ao “psicologismo”, visando subjugar a tradicional oposição entre o que é real e o que é ideal.

O lema de Husserl “voltar às coisa nelas mesmas” vai de encontro com a tentativa de aproximar às coisas sem o pré-conceito ou pressupostos interpretativos. Portanto, Husserl define a fenomenologia com a “ciência dos fenómenos”, já que o fenómeno é compreendido imediatamente como ele é em si mesmo à consciência (CORREA, 1997).

“As coisas é que se revelam a nós imediatamente como odientas, simpáticas, horríveis, ou amáveis”.

A fenomenologia objetiva a investigação dos fenómenos vivenciados pela consciência, sem que a descrição do fenómeno esteja já preconcebido e sem teorias que expliquem o porquê do fenómeno. Ou seja, a fenomenologia surgiu como resistência ao positivismo, sendo que este só considera válido o fenómeno empiricamente estudado e mensurado (TESIS, 2007).

Assim, a nova posição gnosiológica, assumida por Husserl com a pretensão de distanciar-se de uma “fenomenologia psicológica descritiva” referente ao âmbito do que é vivenciado, segundo as experiências do “eu que vive”. Isto é, todo o conteúdo da investigação esta baseado nas experiências do vivido, ou seja, do que é “objetivamente natural”.

Para Husserl (2006, p.2) o que se pretende com o método fenomenológico é estudar o “mundo”. No mundo, que é um ambiente natural, temos um horizonte de informações e orientações teóricas passíveis a serem investigados, logo “o conhecimento natural começa pela experiência e permanece na experiência”.

Neste caso, para ele o que importava era diferenciar o “conhecimento natural” do “conhecimento filosófico”, em virtude de dismantelar a dúvida interrogante que ficava

em ambos, e para que isso acontecesse seria necessário distinguir a “fenomenologia empírica” da “fenomenologia transcendental” (GALEFFI, 2000).

Galeffi (2000, p.12) define fenomenologia transcendental como aquela que tem a “tarefa de elucidar e rastrear gradativamente os possíveis dados da consciência, no seu todo e de acordo com a sua particularidade e possíveis mudanças de comportamentos”.

Assim, Terra (2006), traz uma outra personalidade importante do movimento fenomenológico, Heidegger, e assim como Husserl, este também defende que a fenomenologia está enraizada numa tradição filosófica, que visa diferente forma de pensar sobre as experiências de vida humana.

Tanto para Heidegger como para Husserl o importante em fenomenologia é:

“(…) juntar dialeticamente, na intencionalidade, o homem e o mundo, o sujeito e o objeto, a existência e a significação, ou seja, não separar o sujeito do fenômeno, mas reuni-los indissociavelmente na estrutura intencional da experiência” (TERRA, 2006, p.3).

1.1. Método fenomenológico enquanto abordagem de investigação qualitativa

O método qualitativo ganha uma nova abordagem que passa a ser utilizada na trajetória do que se pretende compreender, sem se preocupar com as normas, os princípios, leis ou conceptualizações, mas visando as particularidades e componentes que são significativos para o investigador (GARNICA, 1997).

A fenomenologia, enquanto abordagem da investigação de natureza qualitativa pretende compreender o fenómeno interrogado, uma vez que não se preocupa com justificações ou generalizações. Isto é, o investigador conduz o seu estudo a partir de uma interrogação a respeito de um fenómeno que precisa ser disposto, quer dizer, basta o fenómeno estar sendo, ou foi, vivenciado, ou seja, não há a necessidade de se partir de um problema em específico (CORRÊA, 1997)

“O ato de compreender é intuitivo, global e tem sempre algum humor, sentimentos, que envolve significados de experiências” (DE AMORIM GOMES, 2008, p.6).

Só se pode descrever e compreender a experiência através do que nos é revelado quando se interroga acerca dela, visto que nela está contida um mundo subjetivo de cada ser humano. Por isso, não trata-se de explicar um fenómeno, mas sim de um movimento que vai com vista a compreensão e interpretação (GRAÇAS, 2000).

Com a descrição presume-se um “audiência” com o desconhecido, já que não se conhece o descrito, apesar de que já pode existir uma certa aproximação entre o investigador e o investigado. O fenómeno quando descrito por outros, estes transcrevem apenas aspectos do fenómeno, pois há uma impossibilidade de transmissão da plena experiência previamente subjetiva. O investigador descreve os fenómeno como os percebe, no intuito de comunicar as suas compreensões (GARNICA, 1997).

Essa descrição, interpretação fenomenológica é dada, a partir, de dados, colhidos por meio de entrevistas, neste trabalho. O momento da entrevista não pode ser vislumbrado como um processo mecânico, mas como um encontro social, uma relação investigador e o investigado, representada pela empatia, intuição e imaginação (CORREA, 1997).

Garnica (1997, p4) e Graças (2000, p.2) realçam que, neste contexto, a pesquisa qualitativa dirige-se não a fato, mas sim a fenómenos. “Fatos” são: “eventos, ocorrências, realidades objetivas, relações entre objetos, dados empíricos já disponíveis e apreensíveis pela experiência, observáveis e mensuráveis”, o que os distinguem do “fenômeno”. Portanto, o fenómeno mostra-se como essência na experiência com o sujeito.

Temos experiência originária das coisas físicas na “percepção externa”, não mais, porém na recordação ou na expectativa antecipatória; temos experiência originária de nós mesmos e de nossos estado de consciência. A experiência pessoal dá-se em diversos momentos, por exemplo na “percepção externa” de determinadas “coisas” físicas, não se abstendo numa recordação ou na expectativa já antecipada; na experiência proveniente de nós mesmo, da nossa realidade e estado de consciência, denominada de “percepção interna” ou de si, não dos outros vivenciado pela “empatia” subjetiva. “Observamos o que é vivido pelos outros” fundados na percepção de sua exteriorizações corporais (HUSSERL, 2006, p.2).

O propósito da pesquisa qualitativa com abordagem fenomenologia é abordar e interrogar o fenômeno, e descrevê-lo para que se possa captar a sua essência (MARTINS e BICUDO,1983 *apud* DE OLIVEIRA, 2008).

Neste sentido, o método fenomenológico pretende distinguir a condição do mundo experienciado pelo ser humano e trilhar um caminho mais próximo do sentir e do pensar, vivenciado em um certo momento, atribuindo-lhe significados (GRAÇAS, 2000).

Assim, o que a fenomenologia pretende é “ir-à-coisa-mesma”, buscar portanto a experiência na consciência do indivíduo, o modo único e pessoal como ela é vivenciada, para isso é necessário renunciar-se de pressupostos, hipóteses ou teorias, o quanto possível. Visto que, o que se pretende é a compreensão das vivências humanas e suas espontaneidades sem se prender a explicações causais ou a generalizações.

Segundo De Oliveira (2008, p.9), o método fenomenológico vale-se da subjetividade da investigação para atingir a objetividade do estudo, salientado que, antes nada é objetivo sem antes ter sido subjetivo, ou seja com a subjetividade alcançamos graus de objetividade.

A fenomenologia é um método para o próprio esclarecimento do ser humano e da sua história. O investigador, além de ter que levar em conta o já instituído de forma ampla e criteriosa, deve também saber investigar as condições de possibilidade do ser que, independente das vontades alheias, permanece sendo o instituinte de todo o vir-a-ser, isto é, o sentido e a finalidade permanentemente presentes na própria ausência de acabamento do ser-do-homem-no-mundo. (Galeffi, 2000, p.34).

É importante ressaltar que o percurso do estudo fenomenológico é orientado pela determinação de um contacto direto com o fenômeno vivido pelo sujeito investigado, constatando e extraindo as unidade de significados para finalmente categorizá-las apoiando-se a contextualização teórico-filosófico do estudo; posteriormente retomá-las numa apresentação fenomenológica e descrevê-las por um retorno às experiências vividas, após redução eidética, isto é, apurar o fenômeno de tudo o que não é essencial para se chegar à essência. (TESIS, 2007)

O método fenomenológico é o método mais adequado quando se quer destacar a experiência de vida dos seres humanos. Neste âmbito, para entender a condição humana, e toda a sua essência, este método torna-se eminente á rigorosa pesquisa quantitativa (CAELLI, 2001 *apud* DE AMORIM GOMES, 2008)

O investigador ao estudar o dia-a-dia do ser humano, utilizando como método de estudo a fenomenologia, ele pretende ir para além do mundo das aparências e dos seus conhecimentos preconcebidos. Ele busca, sob novas perspectivas, aproximar-se das experiências humanas e compreendê-las, na ótica da dimensão existencial, que se revela (GRAÇAS, 2000).

Voltando-se para a experiência vivida, a fenomenologia adota uma forma de reflexão que deve incluir a possibilidade de olhar as coisas como elas manifestam-se; descrever o fenómeno sem explicá-lo nem analisá-lo, não tendo a preocupação de buscar relações causais; a fenomenologia propõe “mostrar” e não “demonstrar”, descrever com rigor, só assim é que pode-se chegar à essência do fenómeno.

A fenomenologia tem por objetivo atingir a percepção das essências, ou seja, ao conteúdo compreensível e ideal dos fenómenos, recolhido de forma direta, pré-reflexiva, tão livre quanto possível de conjeturas conceituais, numa tentativa de descrevê-los tão fielmente quanto possível.

Os métodos qualitativos são métodos das ciências humanas que pesquisam, explicitam, analisam, fenômenos (visíveis ou ocultos). Esses fenômenos, por essência, não são passíveis de serem medidos (uma crença, uma representação, um estilo pessoal de relação com o outro, uma estratégia face um problema, um procedimento de decisão...), eles possuem as características específicas dos “fatos humanos”. O estudo desses fatos humanos se realiza com as técnicas de pesquisa e análise que, escapando a toda codificação e programação sistemáticas, repousam essencialmente sobre a presença humana e a capacidade de empatia, de uma parte, e sobre a inteligência indutiva e generalizante, de outra parte. (MUCCHIELLI, 1991, p.3 *apud* HOLANDA, 2006, p1).

De acordo com Holanda (2006) o método fenomenológico constitui-se como uma

abordagem qualitativa, na medida em que o seu objetivo é obter a essência da experiência, dar a oportunidade para o fenómeno “falar por si”, descrevendo compreensivamente a sua vivência e dessas descrições individuais, gerais ou universais são provenientes: as “essências” ou estruturas das experiências. O que importa para o método fenomenológico é a priorização da experiência.

Por isso, presume-se que o sujeito-colaborador entende a experiência, já que a vivenciou (MOREIRA, 2004).

Este trabalho segue-se ancorado nas unidades de significado que serão recolhidas e transcritas para a linguagem do pesquisador, num discurso mais próprio da área na qual a investigação se integra.

1.2. Redução Fenomenológica (*Epoché*)

A redução fenomenológica significa num sentido metafórico “colocar entre parênteses todas as crenças da realidade do mundo e as suposições que nelas originaram-se” (DE OLIVEIRA, 2008, p7).

Assim como Moreira (2004) chama a atenção aos hipóteses que são concebidas ao longo do nosso contato com o mundo, uma vez que não deve-se limitar às hipótese e sim coloca-las também “entre parênteses”, duvidar dela, para então sustentá-la, mas em nenhum momento utilizá-la como fundamento para a investigação.

A redução fenomenológica é utilizada justamente para desfazer a familiaridade existente entre o investigador e o fenómeno investigado, sendo que, ele faz parte do mundo vivido ou este mundo é lhe familiar, e conseqüentemente ele jamais será neutro. Por isso, ele deve utilizar-se da redução fenomenológica para objetivar o estudo, mesmo sabendo que o epoché nunca será completo, e nem chega perto de ser (Moreira, 2004).

Para chegar a essência do fenómeno interrogado, num primeiro momento, o investigador abdica-se de teorias e explicações, e vai de encontro dos sujeitos que experienciaram o fenómeno, ou seja, diretamente ao mundo, e para isso, necessita da ajuda redução fenomenológica (CORRÊA, 1997).

Ao se utilizar da *epoché*, o investigador coloca-se numa posição neutra, no sentido de apreender, refletir e compreender as experiências da maneira própria, o que possibilita extrair o sentido dos acontecimentos que antes não tinham sido adequadamente observados, evidenciados e discutidos. Isso significa que por meio da *epoché*, apresenta-se um novo sentido à atitude natural das coisas (DE OLIVEIRA, 2008).

O principal interesse para a fenomenologia não é conhecer o mundo, mas sim compreender o modo como o conhecimento dele se realiza na consciência de cada ser humano (DE AMORIM GOMES, 2008).

Ao abordar a redução fenomenológica na ótica de Merleau-Ponty, Graça (2000, p.3), defende que “as essências trazem consigo todas as relações vivas da experiência e, conseqüentemente, estão vinculadas à existência”.

A proposta fenomenológica tem como finalidade mostrar o núcleo essencial do fenômeno, e para que isso aconteça, de acordo com Husserl, é necessário recorrer à Redução Fenomenológica ou “*Epoché*”, que é a colocação do mundo exterior entre parênteses para que a investigação se dê apenas com as operações realizadas pela consciência (GRAÇAS, 2000).

Neste sentido, a “redução” se confundiria com o próprio método fenomenológico, pois seria um “caminho” para se alcançar e clarificar filosoficamente a essência universal do conhecimento absoluto. Entretanto, na “atitude fenomenológica” a “atitude natural” é posta em questão, o que significa o exercício crítico do próprio conhecimento. (Galeffi, 2000, p.20)

“Husserl considera a consciência um fato irreduzível que nenhuma imagem física pode representar. Exceto, talvez, a imagem rápida e obscura do estouro” (SATRE, 1968, p.2).

Consoante Husserl, tendo em vista o método fenomenológico realiza-se uma série de reduções até alcançar o resíduo das coisas, as essências ou ideias (TRIVIÑOS, 1992 *apud* DE OLIVEIRA, 2008, p.5).

Uma das grandes vantagens da “redução fenomenológica” é a superar o próprio horizonte do “conhecimento natural”, o que implica no aparecimento de complexas tensões e obscuros problemas gnosiológicos (GALEFFI, 2000).

Entretanto, *epoché*, não deve ser compreendido como recusa ou delimitação do mundo, mas um modo de descontinuar qualquer juízo a seu respeito para poder conhecê-lo a partir de sua origem, intuindo a sua essência (GRAÇAS, 2000).

1.3. Método Fenomenológico descritivo de Giorgi

Amadeo Giorgi, psicólogo cuja área de interesse de investigação é o fenômeno humano enquanto experienciado e vivenciado, é um dos principais intérpretes do pensamento fenomenológico para as ciências humanas e um dos pioneiros no desenvolvimento de metodologias qualitativas para a investigação em psicologia (RESETH e BRENDRYEN apud MENDES, 2009).

O método fenomenológico descritivo de análise de Giorgi (1985, 1997), que tem como objetivo de obter “unidades de significado”, após a leitura e análise das descrições realizadas pelas participantes, que irão ser transformadas de modo a possibilitar a identificação da estrutura do fenômeno em estudo. Segundo Mendes (2007), Giorgi propõe 4 etapas processuais, essenciais, para a análise de dados resultantes da entrevista:

1 – Leitura da transcrição completa das entrevistas para obter o sentido todo da descrição, do que foi relatado pela entrevistada, acerca da sua experiência.

Esta etapa deve refletir uma ideia geral da experiência vivida da participante, por isso é necessário que se faça a leitura de todas as descrições para se obter o sentido global e destacar o que é relevante para análise.

2 – Nesta segunda fase é pertinente uma releitura profunda e minuciosa do texto. Uma análise da transcrição das entrevistas em que se deve adotar uma posição imparcial, sem deixar-se influenciar pelas próprias convicções e concepções, aceitando como verdade o que foi relatado pelas entrevistadas, para assim se possam realizar a discriminação das unidades de significado, de acordo com o fenômeno em estudo e na perspectiva disciplinar.

“Na abordagem fenomenológica a atitude do investigador tem de ser “orientada para a descoberta” (“*discovery-oriented*”), isto implica uma atitude suficientemente aberta para permitir o emergir de todo e qualquer tipo de significado ” (MENDES, 2009. p.117).

3 – Transformação da linguagem comum das unidades de significado numa linguagem científica – o principal objetivo dessa etapa é a organização de transformação da linguagem dita comum e espontânea (unidades de significados) em uma linguagem técnica/científica. Para isso é necessário que se sejam examinados, provados e reescritos as unidades de significados, atentando a que estes se possam tornar mais explícitos, tendo em conta o contexto disciplinar e a perspectiva fenomenológica.

4 – Finalmente esta última etapa está voltada para a síntese das unidades de significado transformadas numa estrutura do significado da experiência, isto é, sintetização e integração das unidades de significado, englobando diferentes variações obtidas pelas análises das distintas descrições, realizadas na terceira fase. “O investigador deverá sempre tentar chegar a uma única estrutura (síntese) resultante de todos os participantes do estudo” (GIORGI, 1997; p. 247).

O método fenomenológico de investigação em psicologia é uma metodologia qualitativa, adequada e rigorosa, para estudar o sentido da experiência humana, nas mais diversas relações que estabelece com o mundo. (GIORGI, 2010)

A abordagem qualitativa propõe-se, então, a elucidar e conhecer os complexos processos de constituição da subjetividade, diferentemente dos pressupostos “quantitativos” de predição, descrição e controle. (HOLANDA, 2006).

A pesquisa “empírico-fenomenológica” envolve um retorno à experiência para obter descrições compreensivas que darão a base para uma análise estrutural reflexiva criando um retrato da essência da experiência.

Segundo Holanda (2006), Giorgi (1985) aponta dois níveis descritivos:

I. Os dados originais são compostos de descrições genuínas obtidas através de questões “open-ended” (abertas) e diálogos;

II. O Pesquisador deve descrever as estruturas da experiência baseado nas análises reflexivas e interpretações, dos julgamentos ou histórias dos participantes da pesquisa.

Segundo Giorgi (2008), o produto final de uma análise fenomenológica científica, não é, pois apenas a estrutura essencial, mas sim tal estrutura em sua relações com as

diversas manifestações de uma identidade essencial (citado por CHASQUEIRA, 2011).

1.4. Fenomenologia no Processo de Humanização em Saúde

Na área da saúde, ainda prevalece, na prática, o predomínio positivista, manifestada pela visão focalizada na doença, na segmentação do sujeito, no reducionismo ao biológico, uma vez que a atuação dos profissionais é “cientificista”, “objetivista”, “excludente”, propondo ajustar o sujeito a um padrão ideal de bem-estar, enquadrando o paciente em comportamentos definidos, baseado em normas.

Também percebe-se um interesse crescente de algumas pessoas pela procura de um protótipo qualitativo no cuidado, tentando utilizar metodologias comprometidas com a totalidade da experiência humana e estimulando fontes de posicionamentos verdadeiramente humanos (DE AMORIM GOMES, 2008).

A assistência humanizada é um direito de todos os utentes, assim como é um dever de toda a equipe que presta serviços de saúde, por isso, não se deve negligenciar os direitos dos clientes dos serviços de saúde e nem o imperativo de uma assistência digna, que possa proporcionar um atendimento humanizado e eficaz no funcionamento da atenção a saúde tendo em vista as necessidades dos utentes (MERIGHI, 2006).

Apesar desta visão inclusiva, ressaltada pela abordagem fenomenológica, De Amorim Gomes (2008) sublinha que é nítida a falta de compreensão de alguns profissionais de saúde e da população em geral, assim como é desconhecido as causas dos fenómenos estruturais que envolvem, neste campo de ação, às discussões das relações de poder, dominação e estratificação social. Por isso, é necessário criar programas que visem recuperar e analisar a dialética e a estratificação política e econômica da nossa sociedade, para que se torne mais evidentes as articulações das estruturas do poder.

Uma vez que, “(...) não se pode perder de vista que o objeto da atuação do profissional é uma pessoa, com sentimentos e emoções que independem da possibilidade de possuir ou não convênio saúde” (MERIGHI, 2007, p.5).

E o método fenomenológico vem sendo reconhecido, principalmente no campo da enfermagem, como um método adequado a estudos na área de saúde, que pretendem recuperar a humanização da assistência (Idem).

O intercâmbio método fenomenológico, processo de humanização na saúde e promoção de saúde, não pode ser estabelecido por decreto, é uma decisão pessoal, uma deliberação coletiva e uma atividade constante. Para uma atuação (de qualquer pessoa em qualquer atitude) realmente humana são necessários um “achamento”, uma releitura de si mesmo e também uma visão avaliativa e crítica do que o rodeia. (MINAYO, 2000; MARTINS, 2004 *apud* DE AMORIM GOMES, 2008, p.3)

O conceito de humanização é “polissêmico”, pois empareda vários sentidos e significados, não sendo passível de classificações. Analisando documentos oficiais sobre a humanização da assistências, destacam-se o facto de que o conceito de humanização apesar de ainda não ter uma definição concreta, teórica e operacional, na prática esta sendo empregue dentro das normas da assistência, no intuito de se criar uma “praxis” para a assistência baseada na promoção da saúde e defesa da vida (DESLANDES, 2004 *apud* DE AMORIM GOMES, 2008).

A saúde, a doença e o cuidado, nos seus mais variados aspectos, podem ser refletidos pela perspectiva fenomenológica da existência e serem entendidos fenomenologicamente a luz de quem vivencia esses fenómenos (MERIGHI, 2007).

Um tratamento adequado dos significados imputados ao processo saúde/doença é de particular interesse para quem se dedica a estudar aspectos da promoção, prevenção e assistência à saúde considerando as perspectivas dos sujeitos implicados (FONTANELLA, 2011).

De acordo com Fontanella (2011) um adequado tratamento dos significados destinado ao processo saúde/doença deve ser de particular interesse de quem dedica-se a investigar aspectos da promoção, prevenção e assistência da saúde tendo em conta as dimensão dos sujeitos implicados.

Para melhor compreensão do conceito de fenómeno no campo da saúde, na relação com o utente/cliente, não se deve considerar a saúde meramente associada aos sintomas físicos, uma vez que esta concepção restringe à compreensão da problemática aos fatores causais, prejudicando a compreensão do fenómeno.

Vários estudos ressaltam que a recomendação da metodologia fenomenológica no sentido de investigar o significado da experiência vivida, e contribuir no estudo da compreensão da pessoa, como sujeito do cuidado, principalmente (MERIGHI, 2007).

Ao procurar novas formas de compreensão, assemelha-se conscientemente ou não, dos objetivos metodológica da fenomenologia. Esse novos horizontes de compreensão referem-se à visão do homem no seu todo, situado no mundo, em sua totalidade de vida, e não mais isoladamente ou em partes. Pretende ainda procurar superar as dualidades clássicos provenientes da conspeção “naturalista” do ser humano: mente e corpo; individuo e sociedade; pessoa e enfermo; saúde e doença; relacionamento pessoais e impessoais (CORREA, 1997).

A abordagem fenomenológica é especialmente útil quando um fenómeno de interesse não foi bem definido ou conceitualizado. Os assuntos adequados à fenomenologia são essenciais à experiência de vida dos seres humanos. Para os investigadores na área da saúde, estes abrangem assuntos como o “significado do estresse, a experiência do luto e a qualidade de vida com uma doença crônica”, entre outros a serem estudados (TERRA, 2006).

Deste modo, na área da saúde, com elevada complexidade, a Fenomenologia pode possibilitar a compreensão do encontro inter-humano de profissionais, usuários e membros familiares, promovendo a humanização (DE AMORIM GOMES, 2008).

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Todos os campos da ciência, sejam eles aplicados ou não, têm requisitado uma melhor estruturação metodológica dos trabalhos, buscando qualidade dos resultados.

Essa necessidade pode ser suprida pela seleção da melhor estratégia ou método de pesquisa. Sendo assim, cada vez mais, as pesquisas científicas têm sustentado a promoção do avanço teórico-científico, como forma de alinhar os resultados esperados e certificar os resultados obtidos.

Ao elaborar uma pesquisa o investigador deve estar atento na forma como pauta a sua

ação no desenvolvimento da investigação, através dos objetivos da pesquisa e referências que asseguram uma visão própria sobre o que se quer estudar/investigar, ou seja, quando o investigador escolhe os materiais e métodos do estudo ele não só deve colocar os modos de proceder, como também a sua atuação no terreno do conhecimento e a sua relação com o pesquisado (PADILHA, 2005).

Num trabalho de investigação descrever o percurso metodológico é tão importante quanto todo trabalho em si, visto que, a metodologia visa a credibilidade do trabalho, tornando-o viável.

2.1. Tipo de estudo

A abordagem qualitativa mostra-se bastante adequada por incluir estudos de “significados, significações, (re)significações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, etc.” (TURATO, 2003, p. 262).

Para Mucchielli (1991, p.3 *apud* Holanda, 2001), os métodos qualitativos são métodos das ciências humanas que pesquisam, explicitam, analisam, fenómenos (visíveis ou ocultos). Fenómenos estes que, por essência, não podem ser medidos, como por exemplo, uma crença, uma representação, um estilo pessoal de relação com o outro, uma estratégia face um problema, um procedimento de decisão; eles possuem as características específicas dos “fatos humanos”.

O investigador, utilizando o método de pesquisa qualitativa está preocupado em descrever como o mundo é interpretado e experienciado, entendido e produzido, ou seja, a pesquisa qualitativa procura a compreensão do mundo social, constituído por significados que são construídos pelo homem.

O método de pesquisa é adequado quando possibilita a correta concepção de dados, adaptando-os aos seus objetivos da investigação, e oferecendo elementos teóricos para a sua análise; e quando utilizado dentro dos limites de suas especificidades, poderá dar a precisa contribuição para o conhecimento da realidade (CODATO, 2006).

Um dos principais objetivos da pesquisa qualitativa é desenvolver conceitos que ajudam-nos a compreender um fenômeno social num cenário natural, seus significados, suas experiências, em vez de estudos experimentais (ALBINO, 2004).

Segundo Fontanella (2011) é necessário um tratamento adequado aos significados atribuídos a interação utente/profissional de saúde- em relação ao processo saúde/doença, visto que, a pesquisa qualitativa se torna de particular interesse para quem se dedica a estudar aspectos da promoção, prevenção e assistência à saúde, e busca descrever os significados dessa correlação.

Em qualquer momento histórico-cultural, a área da saúde precisará conhecer as representações e experiências subjetivas de usuários e profissionais, pois sempre se defrontará com diversidades socioculturais, dinâmicas epidemiológicas e mudanças tecnológicas cujas repercussões subjetivas, individuais ou coletivas merecerão ser compreendidas. (FONTANELLA, 2011, p.5).

Fontanella (2011) defende a adoção da pesquisa qualitativa em saúde, para que assim possamos captar e explorar a realidade empírica processual, cabendo aos investigadores procurar zelar pelo rigor científico dessas produções.

É de se ter em conta, primeiramente, o interesse do investigador voltando para a procura do significado das coisas, porque os significados tem um papel organizador nos seres humanos, visto que, as “coisas” (fenómenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, idéias, sentimentos, assuntos) representam, dá molde à vida das pessoas. Portanto, o significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde, o autocuidado.

No cenário da saúde em particular é importante conhecer os significados dos fenômenos do processo saúde-doença para que se possa agir nos diferentes tipos de prevenção, no âmbito da saúde pública e medicina preventiva, tais como: melhorar a qualidade da relação profissional-utente-família-instituição; promover maior adesão do utente e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos sentimentos, idéias e comportamentos dos utentes/clientes, assim como de seus familiares e mesmo da

equipe profissional de saúde (TURATO, 2005).

A metodologia qualitativa aplicada à saúde, visa não só estudar o fenómeno em si, mas também entender o significado deste fenómeno, na vida dos utentes, tanto na esfera coletiva, família e comunidade, como na esfera individual (Idem).

Para Albino (2004) citando Jones (1995), a investigação qualitativa começa ao aceitarmos que existem diferentes caminhos que nos dão o senso do mundo e diz respeito à descoberta do significado dado por aqueles que estão sendo pesquisados, entendendo suas visões de mundo, em vez da visão dos pesquisadores

A pesquisa qualitativa começa ao aceitarmos que existem diferentes caminhos que nos dão o senso do mundo e diz respeito à descoberta do significado dado por aqueles que estão sendo pesquisados, entendendo suas visões de mundo, em vez da visão dos pesquisadores. (Ibidem, p.1).

Assim, segundo Albino (2004), a pesquisa qualitativa em comparação com a quantitativa, é muito criticada, pela sua falta de “rigor científico”. Segundo esta autora, a pesquisa qualitativa sofre grandes críticas, visto que, é um método que esta sujeito fortemente a “viés subjetivos”.

No entanto, partindo desta perspectiva, Belei (2012) defende que, todo o investigador dever sempre levar em conta o seu lado inovador, procurando adequar-se às novas estratégias de pesquisa de campo, visto que, os resultados finais diferem mediante os objetivos do estudo e da técnica de coleta de dados, levando a diferentes meios de reflexão acerca do estudo.

Silva (2006), partilha a mesma opinião, quando alude sobre a peculiaridade das características da pesquisa qualitativa, sendo que, para realizar uma pesquisa deste género o pesquisador necessita de se aprofundar inteiramente nas circunstância e no contexto da pesquisa, reconhecendo os atores sociais como sujeitos que produtos conhecimentos, práticas, significados.

Do mesmo modo, Gunther (2006) apontam algumas destas características, tais como: a compreensão como princípio do conhecimento, ou seja, prefere-se estudar as relações

complexas ao invés de explicá-las por meio do isolamento de variáveis; a construção da realidade, visto que, a pesquisa é percebida como um ato subjetivo de construção.

Os resultados da investigação constituem o fruto do trabalho realizado coletivamente entre o pesquisador e o pesquisado, ou seja, ambos tem o mesmo peso de importância na investigação, levando assim a aceitar todos os fenômenos como equitativamente importantes e preciosos, tais como:

“(...) a constância e a ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio, as revelações e os ocultamentos, a continuidade e a ruptura, o significado manifesto e o que permanece oculto” (SILVA, 2006, p.1).

Conforme sublinha Codato (2006), apesar do seu aspecto subjetivo, amplo, a pesquisa qualitativa pode nos levar a resultados objetivos, desde que o investigador saiba transmitir o “real” sentido dos dados interpretados, e não ater a sua concepção pessoal sobre o assunto de investigação.

Segundo De Oliveira (2009, p.2):

A pesquisa qualitativa, embora tenha ampliado seu espaço e ganhado destaque, ainda é bastante questionada por alguns pesquisadores, que dizem que está não possui o mesmo rigor de coleta e análise de dados da pesquisa quantitativa, bem como a força da generalização dos resultados encontrados.

A ausência de dados numéricos, os posicionamentos e interpretações pessoais do investigador, estão intrínsecos na pesquisa qualitativa, o que dificulta o reconhecimento da validade do estudo, levando assim a fortes críticas.

Estudos que seguem com a metodologia da pesquisa quantitativa, analogamente a pesquisa qualitativa, são visto como pesquisa de menor rigor e neutralidade, por alguns autores. Porém, do mesmo modo a pesquisa quantitativa pode ser questionada, quando se analisa criticamente a forma de construção de conhecimento. “A existência de um fenômeno validado pela dimensão amostral não exclui a existência de elementos que contrapõem o resultado encontrado” (de Oliveira, 2009, p.2).

De Oliveira (2009, p.2), refere ainda que:

(...) a falta da precisão numérica não elimina da pesquisa qualitativa a necessidade de rigor e comprometimento com a construção do conhecimento científico. Ao contrário, existem elementos que embasam a forma de construir e de analisar os temas estudados.

Partindo-se do pressuposto de que as questões da pesquisas refletem os campos do saber e as esferas da vida, principalmente os problemas da existência humana, é necessário um método de pesquisa, que excede as idoneidades do modelo tradicional- o método quantitativo- possibilitando-nos compreender determinadas respostas, submerso no saber do domínio da vida, mas precisamente nos cuidados da saúde, tornando assim a pesquisas qualitativa um modelo de ciência positiva (BOSI, 2012).

Para complementar, é necessário realçar que deve-se investir mais nas pesquisas qualitativas no que concerne aos estudos dos processos humanos em detrimento aos estudos biotecnológicos, visando a alargar mais ainda a busca de informações/ “das coisas”, assimiladas culturalmente, tal como elas são.

Neste caso, temos que estar constantemente alertas, especialmente quando usamos metodologia qualitativa, para que, em vez de cientistas, não nos transformemos em militantes de uma causa ou de um movimento, que olham e procuram entender a realidade não como ela é, mas como gostaríamos que ela fosse.

Ou ainda, a tentativa de ver o indivíduo não mais como objeto, mas como sujeito do conhecimento e da história (DE SOUSA MARTINS, 2004).

Verifica-se então que, na investigação de natureza qualitativa a realidade é construída a partir do quadro referencial dos próprios sujeitos do estudo, mas “cabe ao pesquisador decifrar o significado da ação humana, e não apenas em descrever comportamentos” (SILVA, 2006, p.1).

2.2. Objetivos e questões orientadoras

O presente estudo tem por objectivos: descrever as experiências vividas por mulheres cabo-verdianas durante o trabalho de parto e parto em meio hospitalar e compreender as experiências vividas por mulheres cabo-verdianas durante o trabalho de parto e parto

em meio hospitalar.

Após a elaboração dos objetivos, foi elaborado um guião de entrevista, que contemplou as seguintes questões norteadoras, para cada um dos objetivos:

✓ Objectivo – Descrever as experiências vividas por mulheres cabo-verdianas durante o seu trabalho de parto e parto em meio hospitalar.

- Quais as expectativas que tinha em relação ao seu parto?

- Conte-me como se sentiu durante a sua experiência do nascimento do seu filho(a)?

✓ Objectivo – Compreender as experiências vividas por mulheres cabo-verdianas durante o trabalho de parto e parto em meio hospitalar.

- Como decorreu o seu parto?

Em que medida contou com o apoio dos profissionais?

- Recorda alguma situação em particular?

- Como se sentiu ao ser cuidada?

- Conte-me como viveu a experiência de ser cuidada durante o seu parto pelos profissionais de saúde?

- O que mais influenciou a sua experiência durante o parto?

- Esteve acompanhada durante o trabalho de parto e parto?

➤ Se sim, em que medida a ajudou?

➤ Se não, porquê?

2.3. Contexto do estudo

Para que se tenha validade neste tipo de estudo, deve-se compreender e analisar o

fenómeno, não por partes, mas sim num todo, de forma integrada, isto é, no seu contexto sociocultural na qual ele se insere.

Portanto, nos dados obtidos e analisado devem conter as características da dinâmica do fenómeno. O investigador, no seu contexto de estudo, deve conciliar os vários tipos de dados obtidos, sem esquecer a perspectiva das pessoas envolvidas na investigação, considerando também os vários pontos de vista (GODOY, 1995).

O contexto de estudo relaciona-se com o local da recolha de dados, isto é, o lugar onde os indivíduos experimentam o fenómeno (Mendes, 2009). Nesse contexto, o estudo desenvolveu-se no Centro de Saúde Reprodutiva da Fazenda, na Ilha de Santiago- Cabo Verde, entre o mês de Julho e Setembro. Foram realizadas entrevistas abertas com mulheres que tiveram os seus partos na maternidade do Hospital Agostinho Neto num período de 2 meses após o parto.

A escolha do local deu-se devido ao facto deste Centro de Saúde ser o maior de Cabo Verde, referencialmente a assistência á mulher no ciclo gravídico-puerperal.

2.4. Participantes do estudo

Numa entrevista aberta, o investigador deve posicionar-se como um “mediador”, auxiliando o entrevistado a olhar para si próprio a partir de um ponto de vista diferente, incentivando-o a procurar conexões entre a investigação, refletindo sobre suas próprias vidas e dando um novo sentido a elas para que ele possa assim o contribuir com a pesquisa, sendo a “matéria-prima” (DUARTE, 2004).

Desta forma, para Duarte (2004, p.220), a autoavaliação e autoafirmação, do entrevistado, torna-se de grande importância neste tipo de estudo, na medida em que, o entrevistado avalia a sua própria função perante o seu meio sociocultural, “legitimando-se como interlocutor e refletindo sobre questões em torno das quais talvez não se detivesse em outras circunstâncias”.

Silva (2006), reforça esta ideia sublinhando o facto de que, o investigador deve ser um sujeito neutro na pesquisa, reprovando relações “amigáveis” entre ele e o sujeito

pesquisado, pois, é necessário estabelecer “limites”, para que o sujeito não “confunda” os objetivos da pesquisa.

A seleção das mulheres participantes (amostra) foi acidental e não probabilística, as mulheres foram abordadas quando das idas para as consultas de retorno e puericultura, no respetivo centro de saúde, e que aceitaram voluntariamente colaborar no estudo após consentimento informado.

Consideram-se como critérios de inclusão:

- Mulheres com idades compreendidas entre os 15 e 45 anos;
- Encontrando-se num período de dois meses pós-parto;
- Que tiveram os seus parto no Hospital Agostinho Neto;
- Que quiseram participar na entrevista por livre e espontânea vontade, consequentemente elas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após receberem uma explicação detalhada sobre do que se trata a entrevista, e qual a sua finalidade.

Consideram-se como critério de exclusão:

- Mulheres que não foram assistidas em Cabo Verde, menores de 15 anos e maiores de 45 anos; mulheres que não se encontravam no período de dois meses após o parto; e que não aceitaram participar da pesquisa mediante consentimento informado.

2.4.1. Saturação da amostra (mulheres participantes do estudo):

A amostragem por saturação é usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, suspendendo a contínua recolha de dados.

Assim, segundo Fontanella (2008, p.18) comete-se um grande “equivoco” quando se fala que as amostras não probabilísticas não são suficientemente representativas, visto que, a representatividade não se adquire somente por propriedades igualmente atribuídas, num conjunto de dados “pré-estabelecidos”.

Ainda, na opinião do autor citado acima:

A avaliação da saturação teórica a partir de uma amostra é feita por um processo contínuo de análise dos dados, começado já no início do processo de coleta. Tendo em vista as questões colocadas aos entrevistados, que refletem os objetivos da pesquisa, essa análise preliminar busca o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando cada um dos tópicos abordados (ou identificados durante a análise) e o conjunto dos entrevistados. (Fontanella, 2008, p.18).

Com a recolha de dados na 39^a entrevista, a amostra foi saturada, contudo, entendeu-se de interesse como as mulheres já tinham assinado o consentimento informado e mostrado um grande interesse em participar do estudo e dar o seu contributo, a investigadora achou válido continuar a recolha de dados, a interrupção da recolha de dados decorre de um juízo consciente do investigador.

De acordo com Silva (2006) num determinado momento, o investigador constata a constância do discurso, já não surgindo nada de novo. Nesse momento, segundo o autor referido, ocorreu o ponto de saturação da informação e a recolha de dados chegou ao fim.

2.4.2. Caracterização geral das mulheres participantes

O grupo de mães participantes tem idades compreendidas entre os 16 e 39 anos, com a média de idade nos 25,8 anos. Quanto às habilitações literárias, maioritariamente (62%), essas mulheres, não tinham nem o ensino secundário, ou seja 12^o ano de escolaridade. A maioria das participantes (80%) também não tem nenhuma ocupação profissional, três possuem curso superior, cinco encontram-se na situação de estudantes de nível superior. Em relação ao estado civil só quatro são casadas, catorze coabitam com o companheiro.

2.5. Aspectos formais e éticos da recolha de dados

De Sousa Martins (2004) e De Oliveira (2009), consideram que, devido à proximidade entre o investigador e o investigado, e tendo em conta o investigador um papel ativo em

todo o processo de “concepção de conhecimento”, a método qualitativo em comparação a outros métodos de estudo levanta várias questões éticas.

Segundo Padilha (2005), com o avanço da ciência e suas tecnologias há uma maior capacidade de intervir direta ou indiretamente na vida humana, visto que, aumentaram também o conhecimento do humano sobre o seu próprio ser, permitindo intervir sobre a vida individual, coletiva e planetária. O que requer uma maior necessidade de controlo social e ético, relativamente aos atos praticados em nome da ciência e utilizando como ferramenta de intervenção a tecnologia.

“O espaço da ética é o espaço do corpo histórico e da liberdade, de forma que esteja sempre presente, no âmbito da pesquisa, a liberdade de escolha do pesquisador e do pesquisado, a qual não é exterior à ética” (*Ibidem*, p.9).

Por conseguinte, Padilha (2005) enfatiza que a responsabilidade com o desenvolvimento da pesquisa é intrínseco à condição de pesquisador, logo, este exerce a função de responder, decidir e assumir-se como autor; tal responsabilidade requer também, do investigador, um conhecimento “digno” e “enriquecedor”, para assim, compartilhar os resultados aos sujeitos da pesquisa.

Após delimitar o campo da pesquisa, no caso um dos Centros de Saúde da Cidade da Praia, Ilha de Santiago-Cabo Verde, e pesquisadora solicitou junto ao Delegado de Saúde da Praia, uma declaração autorizando a realização do Estudo numa estrutura de Saúde sobre a sua tutela. Mas, anteriormente a isso, a pesquisadora submeteu a proposta do projeto de pesquisa ao Comissão de Ética da Faculdade de Medicina e também ao Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde de Cabo Verde.

Obtidas as autorizações com o deferimento do pedido, em ambas as instituições, para a elaboração do estudo, deu-se o seguimento com as entrevistas.

Todas a mulheres participantes foram inicialmente informadas sobre os objetivos do estudo com uma explicação detalhada do estudo e qual a sua finalidade e o motivo da entrevista, solicitando assim o consentimento informado bem, como o pedido de autorização para a audiogravação das entrevistas, iniciando a entrevista após a aprovação e o consentimento informado, assegurando a confidencialidade e o anonimato da informação.

O investigador deve dispor de sensibilidade para agir em todos os momentos e particularidades da investigação; sendo capaz de desenvolver um significado, de indicar e responder a preocupações éticas, quando estas surgirem na pesquisa (DE OLIVEIRA, 2009).

Do mesmo modo, De Oliveira (2009), defende que a postura do investigador deve ser ponderada e reflexiva, pois este deve representar a conhecimento na sua “dimensão ética”, respeitando os participantes do estudo, conduzindo de melhor modo a pesquisa, o tratamento e dados e os resultados obtidos e apresentados.

2.6. Processo de recolha de dados

A natureza deste estudo exige interação entre o investigador e o sujeito investigado, visto que, o objeto de estudo é o próprio sujeito, na medida em que estes, compartilha as suas experiências, vivências, sentidos. E a entrevista torna-se a técnica adequada para a recolha de dados (SILVA, 2006).

No mesmo âmbito Belei (2012, p.9), afirma que a técnica de entrevista é uma “das opções mais frequentes e apresenta inúmeros caminhos e cuidados, devendo ser reconhecido como um método de qualidade para a coleta de dados”.

A recolha de dados foi realizada através de entrevistas abertas, recorrendo a tópicos de um guião de orientação previamente elaborado, com perguntas orientadoras básicas sobre experiências de contato das mulheres com a maternidade (acesso, assistência hospitalar, relatos do último parto e partos anteriores), sem perder o foco da pesquisa.

“(…) a melhor forma de preparar entrevistas é livremente, com perguntas abertas, com a finalidade de obter respostas amplas e de orientar o processo de elaboração do pensamento do entrevistado” (Silva, 2006, p.9).

Essas entrevistas decorreram no período de 29 de Julho de 2014 a 29 de Setembro de 2014, com a duração média de 24,9 minutos. Por não haver rigor no período de tempo da duração das entrevistas, estas decorreram de acordo com a disponibilidade/estado de espírito de cada uma das entrevistada, dando-se por encerrado quando a entrevistada

percebia que não tinha nada mais a “acrescentar”.

As entrevistas semiestruturadas, abertas, de histórias de vida, etc., em certos momentos, podem “provocar”, algumas vezes, situações formais e informais simultaneamente, dado a sua complexidade. A dificuldade está em preservar a parte formal da pesquisa (atendendo aos objetivos do estudo), da parte informal, determinado por um discurso mais ou menos livre, e ambos devem ser significativos e articulados, no contexto do estudo, tal como refere Duarte (2004).

As entrevistas iniciaram-se após uma breve apresentação do entrevistador e uma explicação detalhada para as mulheres sobre do que tratava o estudo e qual a sua finalidade, o motivo da entrevista e a necessidade de autorização para a audiogravação das entrevistas, assegurando a confidencialidade e o anonimato da informação. Finalmente, após o consentimento informado iniciou-se assim, à gravação das entrevistas em suporte magnético, sendo estas, posteriormente, transcritas na íntegra.

Durante todo o processo de entrevista, a investigadora adotou uma postura ativa, receptiva e empática, uma vez que os dados obtidos são extremamente valiosos. Essa postura propicia um clima agradável e libera os medos e constrangimentos entre as entrevistadas e a investigadora.

Foram desenvolvidas todas as questões presentes no guião de entrevistas á todas a mulheres participantes, é importante realçar que, por ser entrevista aberta, cada entrevista teve a sua singularidade, algumas foram mais prolongadas do que outras; as entrevistadas não se limitaram ás perguntas norteadoras, colocavam sempre mais assuntos, das quais achavam ter sido pertinente, que expressassem o real retrato da sua experiência.

A preocupação da investigadora, no decorrer da entrevista, foi de preservar a espontaneidade, desenvolver uma atmosfera facilitadora entre ambos (investigador-entrevistada), possibilitando assim interação favorável, propiciando um pequeno “vínculo” entre ambos, e no decorrer das entrevistas, gradativamente as mulheres participantes e o investigador sentem uma confiança crescente na compreensão emergente do fenómeno” (SILVA, 2006). A investigadora teve também, a preocupação de não usar terminologia demasiado técnico-científica, nem afirmações diretivas, a fim

de conservar a espontaneidade citada acima.

2.7. Procedimentos para a análise de dados

Quando há uma grande quantidade de dados, é preciso a intervenção do pesquisador para selecionar o corpus que interessa aos objetivos de pesquisa, sem deixar com que a complexidade dos dados obtidos se percam, já que a complexidade de dados obtidos gera uma grande dificuldade nas pesquisas que usam esse tipo abordagem metodológica, adequada para retratar cenas da vida social a fim de analisar os usos, funções, características da linguagem nessas cenas (DE GRANDE, 2007).

No momento da análise de dados, percebemos consideráveis divergências de opiniões de diferentes entrevistados, o que De Souza Martins (2004) denomina de “heterodoxia”, que é uma importante característica da pesquisa qualitativa. Por isso, o investigador deve apelar a sua capacidade de promover a integração descritiva e “analítica” dos vários materiais obtidos qualitativamente, influenciado pelo desenvolvimento de uma capacidade criadora e intuitiva.

A entrevista é uma importante técnica para a recolha de dados, visto que, fornece-nos dados básicos para a compreensão das relações entre a sociedade e o fenómeno, possibilitando uma compreensão pormenorizada das crenças, atitudes, valores e motivações, relacionadamente a diferentes tipos de comportamento das pessoas no meio em que habitam (SILVA, 2006, p.2).

Para a realização da entrevista, neste trabalho, foi utilizado audiogravação, com gravação direta. Que tem como vantagem de registar todas as expressões orais, imediatamente, deixando o entrevistador livre para prestar toda a sua atenção ao entrevistado. Será, porém, uma limitação se só registar as expressões orais, deixando de lado as expressões faciais, os gestos, as mudanças de postura, podendo representar para alguns entrevistados um fator constrangedor, por isso a necessidade de anotações durante as entrevistas, visto que, nem sempre o entrevistado se mantém inteiramente à vontade e de forma natural ao ter sua fala gravada (SILVA, 2006, p.9).

Sabendo que a análise da entrevista exige muita cautela com interpretação dos dados, cuidado na construção de categorias e, principalmente, com uma tendência bastante comum entre pesquisadores de debruçar-se sobre o material empírico procurando

“extrair” dali elementos que justifiquem a contextualização do estudo, Duarte (2004) citando Romanelli (1998), realça que, é necessário estar atento aos nossos próprios julgamentos, tendo em conta a subjetividade do estudo, ter consciência dela e assumi-la como parte do processo de investigação.

Silva (2006, p.10), no seu estudo relacionado a “Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa”, aponta algumas vantagens e desvantagens da utilização da entrevista, como por exemplo:

Vantagens: possibilitar a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social; a entrevista é uma técnica muito eficiente para obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano; os dados obtidos são suscetíveis de classificação e de quantificação; é uma técnica que pode ser aplicada com pessoas que não sabem ler e escrever; permite maior privacidade, no caso da entrevista individual; permite um contato mais próximo do sujeito da pesquisa, e isto possibilita ao investigador, identificar dúvidas por ele demonstradas.

Desvantagens: a falta de motivação do entrevistado para responder às perguntas que lhe são feitas; a inadequada compreensão do significado das perguntas; o fornecimento de respostas falsas, determinadas por razões conscientes ou inconscientes; a influência exercida pelo aspecto pessoal do entrevistador sobre o entrevistado; a influência das opiniões pessoais do entrevistador sobre as respostas do entrevistado; os custos com o treinamento de pessoal e a aplicação das entrevistas; a inabilidade ou mesmo incapacidade do entrevistado para responder adequadamente, em decorrência de limitação vocabular ou de problemas psicológicos.

Para realização da análise de dados optou-se pelo método de Giorgi (2008), conforme já descrito anteriormente e que se organiza conforme quadro abaixo identificado.

Método Fenomenológico de Giorgi

O método fenomenológico descritivo segundo de Giorgi (1985, 1997) , tem 4 etapas processuais, essenciais, para a análise de dados resultantes da entrevista, conforme mencionadas anteriormente.

Quadro 1 - Resumo das etapas processuais do método fenomenológico de análise segundo Giorgi:

Etapas	Descrição
1 – Obter o sentido do todo	Leitura da transcrição completa das entrevistas para obter o sentido todos.
2 – Discriminação das unidades de significado	O investigador volta às entrevistas transcritas e relê-las de novo, de forma demorada, e de cada vez que o investigador identifique uma transcrição de significado nas transcrições, estas são assinaladas. No final desta etapa, obtemos uma série de unidades de significado ainda expressas na linguagem comum dos participantes.
3 – Transformação da linguagem comum das unidades de significado numa linguagem científica.	Transformação da linguagem do dia-a-dia expressa pelas participantes numa linguagem mais rigorosa para o discurso científico, tendo em conta o contexto disciplinar e a perspectiva fenomenológica.
4 – Síntese das unidades de significados transformadas numa estrutura descritiva do significado da experiência	Integrar as unidades de significado em constituintes – chaves e sintetizar uma descrição da estrutura essencial e geral da experiência vivenciada pelas participantes, relativamente ao fenómeno em estudo.

Fonte: Mendes (2009)

2.8. Critérios de validade e de rigor da pesquisa

O método qualitativo devido ao seu carácter subjetivo, requer uma maior necessidade de apelar para a “validade” e “fidedignidade” do próprio estudo, uma vez que o rigor metodológico é resolutamente demarcado neste modelo investigativo.

Analogamente ao metodologia quantitativa que busca realizar e descrever um estudo estatístico mediante a apresentação, ou não, de uma “equação matemática”, o método qualitativo também não esta aquém de um rigor metodológico, por isso, e de acordo com Loureiro (2006), é também certo que não devemos deixar ancorada a descrição da investigação qualitativa no livre arbítrio do investigador.

Todavia, Loureiro (2006), afirma ainda que, à procura de possíveis estratégias para garantir o rigor e a credibilidade dos estudo, especialmente os de abordagem fenomenológica, devemos atentar a questões de validade e fidelidade dos mesmos, tomando como referencia a sua natureza qualitativa.

Castro (2011), a este propósito, sublinha o facto de que, para que se possa entender a mediação entre a exata evidência e os resultados da investigação, qualquer pesquisa deve partir do pressuposto de validade e de adequação científica específicos. Mesmo que tais pressupostos não sejam enumerados, esse processo de mediação deve ser explanado na descrição da investigação, com intuito de permitir entendimento sobre os preceitos sustentados para a análise de dados.

Miyata e Kai (2009) citado por Castro (2011) sugerem quatro eixos, denominados de “binários paradigmáticos”, que podem sustentar a explicação das variações de adequação científica em uma pesquisa. São eles: validade x credibilidade, confiabilidade x dependência, objetividade x confirmabilidade e generalização x transferibilidade. De acordo com tais autores, a díade validade x credibilidade refere-se à definição dos critérios de análise antes (validade) ou durante (credibilidade) a realização de uma pesquisa. A díade confiabilidade x dependência indica a opção de se assumir ou não a estabilidade de uma regra de análise no processo de investigação.

Seguindo os parâmetros citados acima, Castro (2011) efetivou a sua própria interpretação, concluindo que: ou se confia plenamente na regra de análise estabelecida na preparação da pesquisa (confiabilidade) ou se definem novas regras pela dependência

da manifestação variável dos dados (dependência). Ainda no eixo objetividade x confirmabilidade, o interesse recai sobre a possibilidade ou não de neutralidade das análises, sendo a indicação da neutralidade associada à objetividade do pesquisador e a não neutralidade à confirmação subjetiva dos dados pelo pesquisador. Finalmente, no eixo generalização x transferibilidade, para Castro (2011) o foco é a extensão aplicativa dos achados de uma pesquisa. No caso da transferência plena dos achados sem a discussão das especificidades de cada contexto de transferência, vale a regra de generalização. Já na relativização dos achados, conforme as especificidades de cada contexto de transferência dos dados, prevalece o princípio da transferibilidade.

2.8.1. Credibilidade (validade interna)

Segundo Loureiro (2006, p.6), o conceito de credibilidade surgiu no intuito de responder a seguintes pergunta: “Até que ponto existe adequação entre as realidades tal como são descritas e interpretadas pelo investigador e a realidade tal e qual ela é vivida pelo participante na investigação?”. Ou seja, a credibilidade refere-se à qualidade de uma investigação científica, isto é, em que medida as interpretações realizadas correspondem à presença dos fenômenos estudados.

Uma vez que, o que procuramos, com o método fenomenológico, é a realidade tal como ela é vivida pelas mulheres participantes, ou seja, investigamos uma realidade complexa, “multilapadada”, na qual só se poderá apropriar pela riqueza de informação fornecida pelas mulheres entrevistadas. A credibilidade responde pois à questão da precisão dos nossos achados, tal como são descritos pelas participantes.

Assim como nos refere (Aires, 2011, p.40), “a credibilidade destas relações depende da perspectiva adoptada na abordagem do problema da causalidade”. Com a pesquisa qualitativa, podemos descrever o acontecimento de determinado fenómeno, determinar um caminho do porquê esse fenómeno ocorreu, “porquê das coisas”.

Neste âmbito, Azevedo (2013) reforça que, nas investigações de metodologia qualitativa, a credibilidade muitas vezes é colocado “à prova”, no momento da análise e descrição dos resultados, que são traduzidos da realidade “tal como ela é”.

Como citado anteriormente, a credibilidade de uma pesquisa qualitativa questiona se haverá conformidade entre aquilo que descrevemos e aquilo que efetivamente é

experimentado e descrito pelos participantes (Loureiro, 2006), e para responder a esse questionamento, Azevedo (2013, p.9) propõe as seguintes disposições que podem ser feitas para que os investigadores promovam a credibilidade:

- Optar por um tamanho de amostra casual; na pesquisa uma abordagem aleatória pode evitar acusações de parcialidade;
- Usar um grande numero de participantes; essa estratégia permite a “triangulação” por meio de diversas fontes de dados;
- “Dar preferência”: a participação deve ser de livre e espontânea vontade de quem participa, deve ser dada ao participante a oportunidade de reusar a sua participação na investigação, de forma a garantir que a coleta de dados envolvam apenas os que estão realmente dispostos e preparados para oferecer dados livremente. “Os participantes devem ser encorajados a serem francos desde o início de cada sessão, com o objetivo de estabelecer um relacionamento desde o momento da abertura.”;
- Oferecer ao participante um consentimento informado e requerer a sua assinatura, enfatizando a garantia da privacidade dos seus dados: para que estes possam contribuir livre e espontaneamente, com a pesquisa, sem receio de perder a sua credibilidade; informa-los que é de direito deles de retirar-se da pesquisa quando lhes convier e sublinhar que eles só devem responder as questões quando sentirem-se confortáveis para tal;
- Descrever detalhadamente o fenômeno sob investigação. Uma descrição detalhada do objeto pode ser importante para aquisição de credibilidade, uma vez que ajuda a transmitir as situações reais que foram investigadas e, em certa medida, os contextos que os rodeiam.

2.8.2. Transferibilidade

Conforme Aires (2011), nos estudos qualitativos a transferibilidade nos permite assegurar a aplicação teórica da amostra em vários contextos, nesta perspectiva a autora considera que, a sua confirmação permite-nos encontrar elementos tanto comuns, como específicos no âmbito da descrição dos dados, e detectar condições que permitem a confirmação, ou não, de determinadas hipóteses.

A transferibilidade pode também ser denominada de “validade externa”, isto quer dizer que, no método fenomenológico reprovam-se as “generalizações” dos dados recolhidos.

A transferibilidade do estudo visa o partilhar dos resultados com o público leitor, e este pode fazer a sua apreciação, comparativamente a sua atual situação (LOUREIRO, 2006).

Essas informações adicionais devem ser consideradas antes de qualquer tentativa de transferência. Azevedo (2013) sugere que as seguintes informações: as instituições envolvidas; restrições do estudo; delimitação da amostra; a técnica utilizada para coleta de dados; o número e a duração das sessões de coleta de dados; o período de tempo durante o qual os dados foram coletados.

Desta forma, e para Loureiro (2006), a transferibilidade pode ser estabelecida mediante uma apresentação esquemática do fenómeno do estudo, ou seja, demonstrar a organização estrutural dos constituintes chaves dos fenómenos, facilitando assim a compreensão do “leitor”.

2.8.3. Dependência (Objetividade)

A dependência ou objetividade, uma vez que o investigador é o principal agente na recolha e análise da informação, é um dos critérios mais difíceis à seguir. Dado a sua complexidade de diferenciar a subjetividade inerente ao processo de pesquisa, devido à diversidade de realidades que se investigam.

Esse critério permite-nos identificar o fato subjetivo do estudo a fim de auxiliar a identificar os vieses gerados pelo investigador ou participantes do estudo, “através de descrições minuciosas dos informantes, identificação do status e do papel do investigador, observações do contexto físico, social e interpessoal, e identificação das técnicas de análise e de recolha da informação” (Aires, 2011, p.56).

Nesta sequência, segundo Colas (1992, p.279 *apud* Aires, 2011), para que se garanta a dependência ou estabilidade dos dados da pesquisa é necessário a exposição de todos os processos de decisão adotados pelo investigador na elaboração da contextualização e da metodologia do estudo, visto que, estes formam os elementos fundamentais para o estudo.

Loureiro (2006) por sua vez, defende que uma das formas de verificar a dependência do estudo, é este passar por uma “auditoria”, como seguimento ao próprio método de

investigação. Para isso, todo o trabalho ou processo de pesquisa, bem como as decisões metodológicas tomadas, devem ser entregues ao auditor para uma avaliação dos resultados do estudo. Esta estratégia visa assegurar que, face à documentação, outros investigadores sejam capazes de seguir o processo de investigação e possam chegar a conclusões semelhantes, tendo em conta os dados recolhidos e a perspectiva do estudo.

2.8.4. Confirmabilidade

O conceito de confirmabilidade é análogo à preocupação do investigador quantitativo com a objetividade. Aqui devem ser tomadas medidas que possam assegurar, tanto quanto possível, que a conclusão do trabalho não seja influenciado pelas opiniões ou preferências do investigador mas sim, que os resultados possam refletir as experiências e ideias dos participantes da investigação.

A confirmabilidade busca responder essa questão: “em que medida os achados do estudo são o produto do foco da investigação e não uma interpretação arbitrária e enviesada do próprio investigador?” Com o auxílio do auditor, no exercício das suas competências, realizar-se-á um percurso adequado que permite averiguar se os resultados do estudo podem ser “localizadas até à sua fonte” (LOUREIRO, 2006, p.30).

O autor enfatiza ainda que a confirmabilidade traduz-se geralmente no acordo entre observadores.

Por isso, de acordo com Azevedo (2013), as “crenças” utilizados para sustentar as deliberações metodológicas devem ser elucidados na descrição dos resultados da investigação, bem como as razões para favorecer uma abordagem e não outra.

Uma vez que, referente aos resultados, as hipóteses que o investigador tinha inicialmente, e por fim, na análise de dados não foram comprovadas pelos dados, também devem ser discutidas. Sublinhando, mais uma vez, que a descrição metodológica detalhada permite ao leitor determinar a qualidade dos dados (AZEVEDO, 2001).

Aires (2011) conclui no seu estudo que a investigação qualitativa, como qualquer método científico, tem de assegurar a validade das constatações e inferências que apresenta. Por isso, o desenvolvimento de técnicas específicas que assegurem a

plausibilidade, robustez e validade dos resultados dos projetos de pesquisa constitui uma grande preocupação para a credibilidade dos estudos de natureza qualitativa.

CAPÍTULO II: APRESENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo é realizada a apresentação de descrição dos resultados na ótica fenomenológica, do estudo – **“Assistência ao parto em Cabo Verde: retrato das experiências vividas por mulheres cabo-verdiana”**.

A apresentação e descrição dos dados foi realizada com base no protocolo das etapas processuais do método fenomenológico de análise de Giorgi (2008). De acordo com o autor, neste capítulo deve conter as unidades de significados que resultantes dos discursos das mulheres participantes, a fim de elucidar os dados obtivos da investigação para que finalmente se realize a discussão e síntese do trabalho, posteriormente. Portanto, neste capítulo deve estar incluído as descrições textuais e as síntese dos significados que retratam as experiências vividas pelas mulheres participantes na maternidade e no parto.

Segundo Giorgi (*apud* Mendes, 2007) para que não se perca a fluência do discurso, evidenciado nos resultados deste trabalho, que emergiram como necessários para as estruturas encontradas no retrato das experiências vividas por mulheres cabo-verdiana, neste contexto, as unidades de significado devem ser extraídas, a partir das entrevistas, na sua totalidade e a exemplificação das unidades de significados transformada, remetem para o Apendice II.

O curso da apresentação inicia-se com a descrição das estruturas essenciais, seguida pela descrição dos seus respectivos constituintes chaves, destacando as unidades de significado transformados, que se apresentam nessa descrição.

E o capítulo finaliza-se com a síntese dos constituintes chave, representados num esquema do retrato das experiências das mulheres cabo-verdianas no parto, de modo a evidenciar o processo de redução fenomenológica, mencionado anteriormente.

1. ASSISTÊNCIA AO PARTO EM CABO VERDE: RETRATO DAS EXPERIÊNCIAS VIVIDAS POR MULHERES CABO-VERDIANA

No fim de cada semana da realização das entrevistas, foi feita a transcrição das mesmas, o que permitiu uma leitura paralela do material da investigação a medida que estavam sendo realizadas, possibilitando uma revisão semanal do material e também um primeiro contato com os dados colhidos. Após uma leitura detalhada de cada entrevista transcrita, procedeu-se a delimitação das unidades de significado. Essa fase foi a mais demorada, devido a leitura exaustiva de todo material, e sempre que necessário voltar à audição das entrevistas para comparar com o que estava transcrito, realizar uma releitura novamente para que assim poder assimilar o sentido do todo, o que permitiu reconhecer o perfil particular de cada mulher entrevistada, e seguidamente proceder à transformação das unidades de significado.

Na apresentação das unidades de significado optou-se por designar cada uma das mulher entrevistada por um símbolo, o qual corresponderá à letra E (entrevistada) e a um número, como por exemplo, E1, neste caso correspondem à ordem em que as mulheres participantes foram entrevistados.

Recorreu-se, igualmente, à utilização de alguns símbolos/códigos cujo significado é o seguinte:

- (...) – excerto da transcrição original sem relevância para a análise;
- ... – pausas no discurso.

A etapa seguinte originou à estrutura essencial, que esta sempre ligada ao fenómeno em estudo (retrato das experiências das mulheres Cabo-Verdianas na maternidade e no parto) experienciados nos seguintes contextos: medo; acolhimento; influência do grupo social; interação com a equipe de profissionais de saúde; dor no parto; parto; tipo de parto e pós-parto.

Quadro 2 – Estrutura essencial relativo ao retrato das experiências vividas por mulheres cabo-verdianas:

Estrutura Essencial

As experiências da maternidade e da *maternagem* desde sempre permite a mulher pensar em como ela vivenciou ou pode vivenciar o mistério feminino que é gerar e parir um filho. Atendendo a tal pressuposto, surgiram algumas questões, como por exemplo: como ela pode lidar com os seus medos e expectativas em relação ao parto e pós-parto; como evitar as intervenções de rotina durante o parto normal hospitalar; como lidar com a dor do parto; quais os profissionais que irão dar-lhes assistência; quais as principais mudanças após a chegada do bebé; e várias dúvidas sobre a amamentação e sobre os cuidados com o bebé, sem esquecer da parte emocional.

A mulher cabo-verdiana “não foge à regra”, mas, é importante realçar que a maior preocupação dela em relação a expectativa da maternidade e do parto é como ela será tratada pelos profissionais de saúde que irão assistir-lá no trabalho de parto e parto.

Para ela não existe o parto ideal, existe o parto real, de preferência o parto normal, visto que, culturalmente é-lhes inculcida a ideia de que parir é só uma consequência de ser mulher, não deve-se dar grande importância, nem prestar muita atenção na dor do parto, porque logo que é bebé nasce, pelo parto normal, a dor desaparece. E parir de partor normal é mais uma das importantes afirmações da mulher cabo-verdiana, considerada uma “mulher forte”!

Então surgiu a necessidade de levantar mais uma questão: Porque a mulher “crioula” tem tanto medo desse momento da vida dela, que lhe faz engrandecer mais ainda como mulher? Já que ela não da tanta importância a dor parto, do que ela afinal tem medo? Para responder essa questão é necessário retroceder a quarenta anos atrás, quando o parto hospitalar em Cabo Verde, tirou lugar ao parto domiciliar, e as

parteiras tradicionais, deram lugar as enfermeiras e médicos obstetras, o que trouxe grandes benefícios na assistência obstétrica, melhorando os indicadores de saúde a nível da obstetrícia.

Contudo, a maioria das mulheres que foram assistidas na maternidade, relatavam que foram, não mal assistidas, mas “mal tratadas” e a maternidade ao longo do tempo foi ganhando essa “má fama”, má fama essa que continua sendo transmitida culturalmente.

Então, quando a investigadora fazia a simples pergunta para as entrevistadas de qual eram as expectativas delas em relação ao seu parto, elas respondiam, logo a primeira, e em maioria absoluta, as seguintes frases: “Por acaso, eu fui bem tratada” ou “Eu fui muito mal tratada”

Relativamente ao medo, também as respostas eram semelhantes: tinham medo de serem maltratada na maternidade, de não serem bem acolhidas; da equipe de profissionais que lhes prestavam assistências deixa-las sozinhas. Porque elas passaram a vida a ouvir as familiares, amigas, vizinhas e conhecidas, a realatarem o quão mal tratadas foram na maternidade, e como grávida, as opiniões só aumentavam e o medo também.

Isto não quer dizer que todas têm essa mesma opinião, já que agora os tempos são outros.

Ou seja, a experiência do parto é dominada por um clima de medo crescente para a parturiente: medo da dor, medo da morte ou do que pode acontecer a ela ou a seu filho, medo de ser maltratada.

Após a apresentação da estrutura essencial relativa ao retrato das experiências das mulheres cabo-verdianas do parto, da-se o seguimento da descrição de cada um dos seus constituintes chaves, de uma forma mais detalhada, utilizando o recurso nesta descrição das unidades de significado transformadas e transcrição das respectivas unidades de significado, sempre que se julgue necessário.

1.1. Contexto da envolvimento social

A experiência da gravidez é um momento único da vida da mulher, envolvendo não só a família mas todo o seu contexto social e permeado por aspectos sócias, culturais, psicológicos, espirituais e emocionais.

As crenças e os ensinamentos, pelas quais as mulheres se deparam durante a gravidez, são derivados dos constituintes das várias estruturas sociocultural da qual elas pertencem, como por exemplo, dos ensinamentos da mãe e de mulheres mais velhas, que já passaram por essas experiências.

Essas crenças e ensinamentos que são respeitados, assimilados e aceites e a mulher quando descobre-se grávida põe em prática toda a aprendizagem concebida culturalmente, considerados de grande importância e que vai de acordo com as normas da sociedade.

“As pessoas diziam-me para ficar calma no trabalho de parto e na hora do parto, que tudo ia correr bem, porque muitas mulheres vão na maternidade e dão escândalo, gritam, ficam a toda hora a chamar pela enfermeira . Tentei seguir esses conselhos, fiquei calma, não gritei, não incomodei as enfermeiras, e correu tudo bem”. (E35)

A maneira como as mulheres vivenciam a sua gravidez, recheada de crenças, mitos e valores, adquiridos socialmente, mostra o importante papel que a sociedade e a cultura representam na vida reprodutiva de cada mulher, uma vez que a gravidez é marcada por momentos de espera, ansiedade e incerteza.

○ **Da família**

A família, como o núcleo da sociedade, tem um importante papel nesta fase da vida da mulher, uma vez que mantém um contato direto com ela, suportando-a nas suas necessidades gravídicas e apoiando-a quando necessário.

Nas entrevistas, as mulheres relatavam experiências dos seus familiares em comparação

com a sua própria experiência.

“(...) eu chorava muito, porque cesariana é horrível, eu sei isso porque a minha irmã teve cesariana e ela não conseguia fazer nada em casa, tinha que ficar sempre deitada ... a minha recuperação pós cesariana foi muito rápida, também, não sou como a minha irmã. Sentia muitas dores, mas mesmo assim, fazia as coisas em cima da dor, porque senão os meus filho poderiam passar fome”. (E24)

“Eu acho que o parto normal é melhor, principalmente na recuperação, porque tenho uma prima que teve cesariana e ela na época não podia fazer nenhum trabalho doméstico”. (E7)

○ **Dos amigos**

A maioria das mulheres entrevistadas não realizou consulta de vigilância pré-natal, entre estas, algumas nem tinham conhecimento que existe essas consultas e nem sabiam para quê serviam.

Os amigos ou vizinhos é que as “orientavam” sobre como devem atuar na gravidez, no parto e no pós-parto.

“As pessoas falavam que na maternidade nos corremos muitos riscos, que as enfermeiras mandavam as mulheres ficar sempre deitadas e calar a boca. Avisaram-me para não fazer nenhum “disparate”, para ficar quieta, no meu lugar”. (E2)

“Senti mais dor neste segundo parto, dizem que o parto de menina dói mais do que de menino, mas correu tudo bem, depois de ter a minha filha todo o medo desapareceu, e a dor também, mas chorei muito, de alegria”. (E33)

“Estava com muito medo porque ouvia as pessoas falarem muitas coisa horríveis sobre o que aconteceu com elas na gravidez e no parto, e eu, como mãe de primeira viagem, claro que senti muito medo”. (E9)

“No começo da gravidez estava tranquila, não senti medo, mas a medida que se aproximava do mês do parto, aumentava a ansiedade e o medo também, pois cada pessoa dizia uma coisa, uns diziam que doía, outros diziam que não, por isso fiquei com um pouco de receio, mas felizmente, correu tudo bem”. (E14)

Diversas experiências são relatadas socialmente, com intuito de a mulher auxiliar no seu processo gravídico-puerperal.

“Sempre ouvi dizer que no hospital eles tratam as pessoas mal, mas nunca pensei que comigo seria assim, fui muito mal cuidada”. (E30)

“(...)o clima na maternidade não é muito bom, e as pessoas falam que se o seu bebê demorar no hospital ele pode adoecer e até morrer, porque no hospital nós contraímos muitas doenças, de lá mesmo, e já presenciei pessoas entrarem com boa saúde e saírem doentes de lá”. (E33)

“Durante o período que estive grávida, todos me diziam para comportar bem no hospital; comportar como deve ser. Fiz tudo o que me disseram e, por isso, foi tranquilo. As pessoas disseram-me que, quando chegasse a minha hora, para ficar deitada, na minha cama e quando estivesse a sentir dor, para levantar para passear, mas se a dor estiver forte, deitar de lado e respirar fundo”. (E45)

“Diziam para andar muito, que não ficasse sentada, porque assim iria conseguir ter um parto normal”. (E49)

1.2. Contexto da envolvimento da equipa

O vínculo entre o profissional de saúde e a parturiente deve ser efectivado e fortalecido quando a mulher é admitida no pré-parto, uma vez que, com isso, a parturiente sentirá mais tranquila neste momento de ansiedade e inquietação. Quando essa boa interação não acontece, a experiência do parto é vivenciada negativamente.

○ **A experiência de ser cuidada no parto**

O cuidado durante o trabalho de parto e parto não se limita apenas no alívio da dor. *Cuidar é olhar, enxergando; ouvir, escutando; observar, percebendo; sentir, empatizando com o outro, estando disponível para fazer com ou para o outro.* (Carraro, 2006, p.98)

“Eu quase não falava com eles, e eles também só falavam entre si, então foi tudo muito tranquilo”. (E2)

“Não gostei muito dos doutores da maternidade, eu falava que estava com muita dor, pedia para eles me avaliarem, mas eles só me mandavam fazer força e ou me deixavam lá sozinha, eu chamava-os e eles gritavam comigo, diziam que eu não estava a ajudar, então não chamei mais e o meu bebê nasceu na cama e sozinha”. (E8)

“As vezes eu chamava as enfermeira mas elas não atendiam, principalmente a noite, ninguém atendia”. (E21)

“Elas falam mal com as pessoas, tratam mal as pessoas, não gostei. Lembro-me que na hora do parto estava sem forças, mas a enfermeira fez cara feia, cruzou os braços, e não me ajudou a levantar para ir para sala de parto, não consegui ir sozinha, tive o meu parto ali mesmo na cama, felizmente o meu filho nasceu bem”. (E46)

○ **O acolhimento**

As mulheres, na sua maioria, relataram terem sido “maltratadas” pelo profissionais que as assistia, e por medo de serem mais maltratada ainda e deixadas sozinhas sem nenhum tipo de assistência, por opressão ou “desinformação” não reclamaram da situação.

“A mim nada me disseram, quando cheguei no hospital estava sem liquido, foi a justificativa que deram-me para me operar, tive cesariana, mas depois trataram-me bem”. (E12)

“Estava com fome, pedi-lhes comida, mas eles disseram-me para pedir para alguma familiar meu trazer alguma coisa para comer, então continuei com fome”. (E20)

“Estava a espera que tudo corresse bem, tranquilamente, mas foi difícil, não trataram-me bem, foi mesmo triste e, por isso, não quero ter mais filho... gritavam comigo, que eu poderia ter matado o meu bebê, se eu era doída, que o meu filho poderia ter nascido no chão, falavam coisas horríveis para mim, e eu só chorava”. (E30)

Outras entrevistadas também se queixam quanto à falta de informações claras ao mesmo tempo em que acabam por confiar na decisão médica, mais uma vez renunciando ao seu julgamento pessoal num ténue limite entre o que é da ordem da confiança e o que é da ordem da submissão.

“Não tenho nenhuma queixa da equipe, eu fiquei no meu lugar, não chamei ninguém e também ninguém me maltratou, naquele pouco período de tempo aguentei a minha dor, só falaram-me para ficar sempre deitada, porque estava com vontade de andar. Mas do resto fiquei muito satisfeita”. (E9)

“ (...) temos que ouvir os conselhos, fazer como as enfermeiras mandam, se começares a fazer disparates, a gritar, elas largam-te sozinha mesmo, nem olham para você, mas se ficares comportada, ai sim, o tratamento é outro. Quando cheguei no hospital elas falaram comigo, assimilei tudo o que disseram-me e fiz exatamente igual, e por isso, tive o meu filho rápido”. (E11)

“Não fui nem bem, nem mal cuidada. Só os vi algumas vezes, e também ficava no meu lugar, não chamava-os por nada, não queria levar espanto”. (E17)

“Não queriam que eu levantasse para não sujar o chão, penso que era por causa disso. Do resto trataram-me bem, não tenho muita queixa a fazer, só que as vezes as médicas são muito mal educadas, e eu, quando são mal educadas comigo eu sou também com eles”. (E32)

○ **Interação com a equipa de profissionais de saúde**

As que mencionaram que foram bem cuidadas, relataram que ficaram muito surpreendidas com a assistência e a atenção que receberam da equipa, e na opinião delas, essa relação contribuiu para que tudo corresse bem durante o trabalho de parto e parto.

“Estava a espera que corresse tudo bem e foi isso que aconteceu. Fui bem cuidada pelos profissionais de saúde...nem passei por maus tratos”. (E15)

“ (...) tive minha filha de manhã e logo no próximo dia já estava em casa, então não tive muito tempo para interagir com a equipe e nem de ser maltratada”. (E16)

“No começo não foi muito bom, porque reclamava de dores com as enfermeiras e elas chateavam-se comigo, mas depois quando viram que era dor de verdade, a nossa relação melhorou, ficou tudo bem”. (E22)

“Foi um espetáculo! Gostei muito, trataram-me muito bem, estava preparada para o pior, pois ouvia muitas pessoas dizerem que na maternidade as mulheres são tratadas muito mal...enquanto estive lá, constatei muitas coisas erradas sim, mas, penso que essas coisa acontecem devido a falta de profissionais...da atenção dispensada a mim não tenho que reclamar”. (E44)

1.3. Contexto pessoal

A experiência da mulher no parto pode ser descrito como um acontecimento determinado pela reestruturação pessoal, em consequência da sua nova condição como mãe, ou como a mais um experiência dela do parto, salientando que cada gravidez é uma gravidez e cada parto é um parto.

○ **Medo**

O parto é um momento simples e complexo ao mesmo tempo, dependendo de como decorre o ato em si, permeado por sentimentos distintos e contraditórios, como a felicidade da futura união da parturiente com o seu bebé e o medo de que algo de errado pode acontecer com ela ou com o seu filho; a ansiedade e a vontade de cuidar do seu filho, mas também a vontade de ser cuidada dignamente pelos profissionais que a assiste; a segurança por estar numa maternidade com profissionais competentes e desconfiança de que estes mesmos profissionais podem tratar ela mal.

“As minhas amigas sempre me falavam coisas horríveis a respeito do parto, por exemplo, que na hora do parto a mulher pode morrer ou a criança nascer morta, que na maternidade os profissionais deixam as mulheres sozinhas, mandam calar a boca...ouvi muitas coisas horríveis, por isso, estava com muito medo de quando chegasse a minha vez”. (E2)

“Eu estava com muito medo porque o parto do meu primeiro filho foi normal, e quando me falaram que desse seria cesariana precipitei-me, fiquei muito nervosa e triste, porque as pessoas falavam que o parto cesariana doía muito”. (E5)

“Quando comecei a sentir as primeiras contrações em casa não estava com medo, mas quando cheguei no hospital, foi como se tivesse caído a ficha, comecei a sentir muito medo(...)” (E6)

“Eu ouvia as pessoas falarem coisas horríveis sobre a gravidez e o parto e eu como mãe de primeira viagem claro que senti muito medo”. (E9)

“ (...)a medida que se aproximava do mês do parto, aumentava a ansiedade e o medo, pois cada pessoa dizia uma coisa, uns diziam que doía muito, outros diziam que não, por isso fiquei com um pouco de receio, mas felizmente, correu tudo bem”. (E14)

“Senti muito medo, mas em compensação não senti tanta dor como dizem”. (E32)

“ (...)estive muito mal, não conseguia ter o bebê sozinha, foi preciso que me fizessem pressão na barriga para o bebê sair...estava com muito medo quando entrei na sala de parto” . (E47)

“Não senti dor, mas tive medo. Medo de receber os maus tratos, como outras pessoas diziam que acontecia na maternidade, por isso, estava com muito medo, era o meu primeiro filho” . (E48)

Para além do medo de serem mal cuidadas, as mulheres também relataram muito medo de intervenção como episiotomia e de serem encaminhadas para o parto por cesariana.

“Este foi o meu segundo parto, levei muitos pontos, levei pelo menos 4 pontos, a dor do parto sempre esperamos, o meu medo era de levar muitos pontos lá em baixo e, por isso, até queria fazer cesariana, mas de resto, já esperava tudo” . (E26)

“Esperava que tudo corresse bem nesse parto, como foram os outros, mas nesse parto senti muito medo, até pensei que seria cesariana” . (E27)

“Estava com medo pois antes fiz uma cesariana, e estava com medo de voltar a fazer, mas felizmente foi normal” . (E29)

○ **A experiência pessoal do parto**

Na descrição das mulheres ficou nítido que a posição adotada na maternidade para as mulheres durante o trabalho de parto, é a posição supina-em decúbito dorsal. Posição que não agrada a muitas mulheres e dificulta também a descida do bebê que, consequentemente, interfere no curso normal do trabalho de parto.

“ (...) durante o trabalho de parto fiquei sempre deitada” . (E1)

“Porque das outras vezes o meu colo de útero dilatou, e foram todas cesarianas, esse também seria. Marcaram a data provável do parto para dia 03, e orientaram-me á voltar na maternidade, se até o dia 05 eu não entrar em trabalho de parto. Como nada aconteceu, voltei no dia 06 para a maternidade; fiquei internada(...)enquanto estive

internada no hospital fiquei deitada, por recomendação das enfermeiras”. (E4)

“(...) não consegui ter o meu filho rapidamente pois tinha ficado muito tempo sentada. Porque disseram-me para ficar deitada, mas o corpo as vezes manda, e o meu só estava a pedir para levantar e levantei, andava de um lado para o outro, não aguentava mais ficar deitada ou sentada”. (E32)

“Quando sentia muita dor, chamava os enfermeiros e eles sempre me atendiam. Fiquei mais sentada, porque mandavam-me sentar”. (E46)

As mulheres demonstraram também estarem descontentes com as intervenções realizadas pela equipe no trabalho de parto. Aquelas que receberam indução ou condução do trabalho de parto com ocitocina relataram uma total desaprovação, e as que não receberam deram “graças a Deus”, o mesmo acontece com a episiotomia.

Atualmente, devido mobilização sobre a humanização do parto, há uma grande discussão sobre o uso exacerbado dessas intervenções, visto que, há outros métodos não farmacológicos para acelerar o trabalho de parto e menos intervencionas para trabalhar o períneo.

“(...) colocaram-me um soro, por volta das 9h da manhã para induzir o parto, aos 13h as dores começaram a aparecer, cada vez mais intensas, e a noite eu tive o meu parto, normal e sem corte”. (E4)

“Foi rápido, mas também aguentei por muito tempo em casa antes...correu tudo bem, não levei corte, toda a equipe foi educada comigo”. (E7)

“(...)demorou uma hora e meia, mais ou menos, fui para o hospital por volta das 13:50 e o meu parto foi às 15h16. Foi parto normal mas levei vários pontos”. (E9)

“(...) foi rápido, penso que foi devido ao tratamento que recebi, porque se tivessem me tratado mal eu teria me sentido mal também e o parto podia ser mais demorado. Não me colocaram o soro, foi muito rápido mesmo”. (E11)

“Foi parto normal, mas levei vários pontos. Cheguei no hospital 06h e tive o meu filho 1h de madrugada”. (E13)

“Foi um pouco demorado...eles colocaram-me o soro para aumentar a dor e acelerar o trabalho de parto”. (E14)

“Todos os meus partos foram partos normais, mas os outros dois anteriores foram mais tranquilos, já neste nem tanto, levei 4 pontos...” (E23)

“Eu tive um bom parto, não tenho nada a queixar (...) Não me colocaram soro, nem levei o corte na vagina, e na primeira hora após o parto já estava tranquilamente amamentando”. (E27)

“Graças a Deus não levei o corte na vagina, como aconteceu no meu primeiro parto, só colocaram-me o soro”. (E46)

No que se refere a escolha do tipo de parto, as participantes preferem o parto normal em vez do parto por cesariana. É-lhes culturalmente instruídas que a mulher que é “parideira” pare de parto normal, porque o parto por cesariana é muito complicado e perigoso, por isso, quando acontece a uma parturiente ter o seu parto por via alta, esta fica muito triste e amedrontada.

“Fui para uma consulta no centro de saúde e encaminharam-me logo para a maternidade para ser internada. No hospital fiquei 12 dias antes até ter o meu filho, porque tentaram avaliar se conseguiria ter parto normal, mas após 12 dias de tentativas, resolveram fazer cesariana”. (E5)

“Todos os meus partos foram cesariana, esse também não seria diferente. Colocaram-me o soro par ajudar no trabalho de parto, mas não fez efeito, talvez porque estava muito nervosa e chorava muito”. (E17)

“(...) passei por vários processos para ver se me dava dor, mas nada resultou, por isso foi cesariana”. (E45)

Também neste sentido, as mulheres relataram a sua insatisfação e pesar por terem sido

mal cuidadas e deixadas sozinhas sem nenhuma assistência.

“ (...) da primeira vez não me tratam muito bem, mas desta vez foi melhor, não me deram muita atenção, mas também não me trataram mal. Como não estava a gritar de dor, eles me deixaram sozinha, eu chamava-os e eles mandavam-me calar a boca, diziam que não estava a sentir nada, que nem dor eu tinha, que ainda não ia descer, só quando viram a cabeça do bebé aparecer é que levaram-me, a correr, para a mesa de parto (marquesa)”. (E18)

“Tive o bebé sozinha, quando fui para o hospital fiquei a aguardar, cheguei na maternidade por volta das 4 horas e quando eram 6h, a enfermeira que cuidava de mim foi apanhar luvas para voltar, quando voltou o bebé já tinha nascido, na cama. Depois ela levou o bebé para limpar e me entregou de volta”. (E43)

○ **A experiência da dor do parto**

“O parto não é uma doença a ser curada.” O momento do parto pode ser considerado como uma “passagem”, e de acordo com o relato das mulheres entrevistadas, é apropriado dizer que a dor do parto é suportável.

“Quando cheguei na maternidade estava sem dor, então eles colocaram-me um remédio dentro da vagina para provocar dor e iniciar o trabalho de parto”. (E2)

“A partir de tarde comecei a sentir uma dor intensa, isso aconteceu depois que colocaram-me o soro, e no outro dia eu tive o meu parto normal”. (E4)

“Foi tranquilo, senti uma dor intensa em casa, aguentei-a por muito porque estava sozinha, até tive medo de parir em casa, depois de mais ou menos 5h o meu marido apareceu e fomos para o hospital”. (E10)

“A dor não foi muito intensa, ela nasceu na ambulância enquanto dirigia-me para o hospital, senti apenas umas contrações, mas foi bem rápido”. (E19)

“ (...) eu as chamava, mas ninguém respondia, o meu filho quase nasceu dentro da sanita... estava com uma dor intensa, foi urinar, mas não consegui chegar na sanita porque o bebê nasceu no chão, depois que eu comecei a gritar de espanto é que elas vieram correndo e viram que o bebê já tinha nascido”. (E30)

A percepção da intensidade da dor do parto é relativo a cada mulher, algumas relataram terem sentidos dores de grande intensidade e, por isso, a experiência do parto foi vivenciada de forma negativa.

“Estava com uma dor intensa, depois do doutor me avaliar, autorizou que aplicassem-me o soro, passei a maioria do tempo deitada, pois achava que assim sentiria menos dor”. (E26)

“Antes de chegar ao hospital estava com uma dor insuportável, e quando cheguei na maternidade, poucas horas depois, tive o meu bebê”. (E36)

“Sentia uma dor insuportável, não sabia em que posição ficar, se deitada, sentada ou de pé, porque nenhuma ficava confortável. Em casa, no pós parto também estava toda dolorida, por causa dos pontos que eu levei”. (E3)

“(...) estava deitada pois, a dor era intensa”. (E37)

“Foi boa experiência de ter o meu filho, mas doía muito e estava também muito ansiosa, queria que terminasse logo”. (E41)

Elas relatam que o sofrimento provocado pela dor do parto é passível de suportar, já que como foi anteriormente referenciado, elas sofrem mais quando são deixadas sozinhas, quando são maltratadas, humilhadas, do que com as contrações do trabalho de parto ativo.

○ **Percepção (autoavaliação) do seu comportamento durante o trabalho de parto e parto**

As mulheres para além de avaliarem a equipa de profissionais que as assistiram, também fizeram uma avaliação delas mesmas (autoavaliação). De um modo geral, relataram que tiveram um bom comportamento, visto que, ficaram omissas, “caladas”, “deitadas”. Seguiram os conselhos que os amigos e familiares lhes deram para que não fossem mal tratadas e assim recebessem uma boa assistência.

“Penso que comportei-me muito bem, não fiz nenhum disparate, fiquei quieta no meu lugar, sem dar nem um “pio”, por isso, acho que tive uma boa assistência, elas vinham me avaliar sempre”. (E2)

“Sempre ouvi as pessoas falarem que na maternidade eles tratam mal as mulheres, mas a mim eles sempre trataram-me super bem, não. Das vezes que fui na urgência com dor abdominal, eles me atendiam, avaliavam, e passam ecografia para fazer”. (E11)

“Dessa vez tive uma experiência melhor do que das outras vezes. O parto aconteceu mais rápido, recebi uma assistência melhor do que na primeira vez. A primeira vez foi cesariana, o segundo foi parto normal, mas não gostei da forma que fui tratada”. (E25)

“Fiquei sentindo um pouco culpada e triste por não conseguir ajudar o meu bebê, e triste também pelo o que as enfermeiras me falaram, mas o meu bebê nasceu bem, saudável e é isso que importa”. (E41)

“O que mais influenciou para que tudo corresse bem no meu parto foi a atenção que recebi durante a operação”. (E42)

“Foi uma experiência boa, pena que o bebê se encontrava enrolado no cordão umbilical e por isso, estava perto de ir para o bloco operatório, tirando isso, foi tudo normal”. (E44)

Outras mostraram nos seus relatos que não confiam na competências dos profissionais de saúde de Cabo Verde, por isso, preferem viajar para outros países para serem assistidas, como refere a E15.

“O meu primeiro filho tive na maternidade aqui, me trataram muito mal, quase que eu morria, já o meu segundo parto fui ter em Portugal, muito diferente, outra coisa, nesse aqui estava me preparando para ir mas não deu tempo, nasceu antes, e não foi de todo o mal”. (E15)

“(...)eu não confio nesses doutores de Cabo Verde para operar, todos os dias eles matam pessoas na mesa de operação, ainda bem que o meu filho nasceu vivo e eu estou viva até agora, foi mesmo Deus que olhou por nós. Quando estive internada, os médicos não passavam visitas, se algo de ruim acontecesse comigo, ninguém ia perceber, estão mesmo a ganhar sem trabalhar, e nós, coitados, temos que ficar calados porque senão ai é que eles matam-nos de propósito”. (E21)

○ **A experiência pessoal do puerpério**

Muitas destas mulheres entrevistadas não realizaram consultas de pré-natal, muito menos, foi-lhes explicadas da importância da amamentação na primeira hora de vida e as técnicas e posições corretas para amamentar; incentivadas a amamentação exclusiva; e preparadas para possíveis complicações do pós-parto, como por exemplo, os ingurgitamentos, as mastites e fissuras mamárias.

A amamentação é a melhor maneira de proporcionar o alimento ideal para o crescimento saudável e o desenvolvimento do lactentes, além de propiciar o vínculo do binómio, mãe e bebé. Como também traz grandes benefícios para a puérpera, ajudando na liberação de ocitocina que por sua vez auxilia na involução uterina, diminuindo os riscos de hemorragia pós-parto, auxilia também a mulher na perda de peso ganho na gravidez, entre outros.

“Amamentei logo após o parto e até o momento estou a amamentar, eles incentivam a amamentar até aos 6 meses”. (E14)

“Ela nasceu muito esfomeada, fiquei muitas horas após o parto amamentando-a. Sentia-me muito bem”. (E15)

“Logo depois que o bebê nasceu, coloquei-o no peito e amamentei-o... em casa, estava com dor nos pontos, e nas costas. Não conseguia sentar-me devidamente. Mas, estar em casa foi um alívio”. (E18)

“Logo após o parto amamentei. Sentia-me bem, contente, com um pouco de dificuldade por causa dos pontos lá em baixo. Estava contente porque o meu folho nasceu saudável”. (E33)

“Sentia-me bem, mas estava a sangrar muito após o parto; estava também com muita dor abdominal, comentei com a doutora e ela disse-me que era por causa do sangramento, que se eu amamentasse muito e meu bebê, o sangramento desapareceria mais rápido”. (E39)

As entrevistadas relaram que tiveram alguns problemas no puerpério imediato, tais como, a recusa do bebê em pegar, a "falta de leite", "leite fraco" e complicações mamários citados acima.

“Após o parto passei muito mal, tive problemas com a amamentação do meu filho, o meu peito direito ficou dolorido e inchado, fui para a urgência da maternidade e não me atenderam bem, mandaram-me de volta para casa, poucos dias depois fez ferida e tive que voltar de novo para a maternidade, então fiquei internada, foi horrível, graças a Deus tudo passou”. (E2)

“Não amamentei o meu filho logo após o parto, porque o meu peito não tinha leite. Coitado do meu bebê que ficou com fome, pois só no outro dia que levaram o leite para ele, do banco de leite...em casa consegui amamentar tranquilamente, estou até com leite”. (E3)

“Logo após o parto não consegui amamentar, porque o leite não saia, mas depois vieram com água quente, fizeram massagem no peito e depois leite desceu. Nas primeiras semanas após o parto, o meu peito doía muito, estava com muito leite, as mamas ficaram duras, empedradas (...)”. (E4)

“(...)ele teve dificuldades de pegar o peito, fiquei preocupada e chamei as enfermeiras e o levaram lá para cima. Orientaram-me a subir, de duas em duas horas, para dar-lhe de mamar, e como ele

começou a pegar o peito sem problemas, deixaram ele comigo”.
(E37)

“O meu bebê nasceu e não chorou, então eles colocaram ele na incubadora, só a noite do outro dia que coloquei ele no peito. Passei muitos dias com dor no ponto, porque tive o corte lá em baixo, fiquei mesmo triste no pós-parto”. (E13)

Todas enfatizaram o seu contentamento ao estar em casa após a alta da maternidade, porque apesar das dificuldades surgidas no pós-parto imediato, preferiram estar em casa aos cuidados da família do que permanecer na maternidade.

“Fiquei muito contente, muito satisfeita, e quando saí do hospital fiquei ainda melhor, já estava a me sentir recuperada, renovada”.
(E20)

“(...) contente, por estar em casa com vida e saúde e por ter saído do hospital”. (E21)

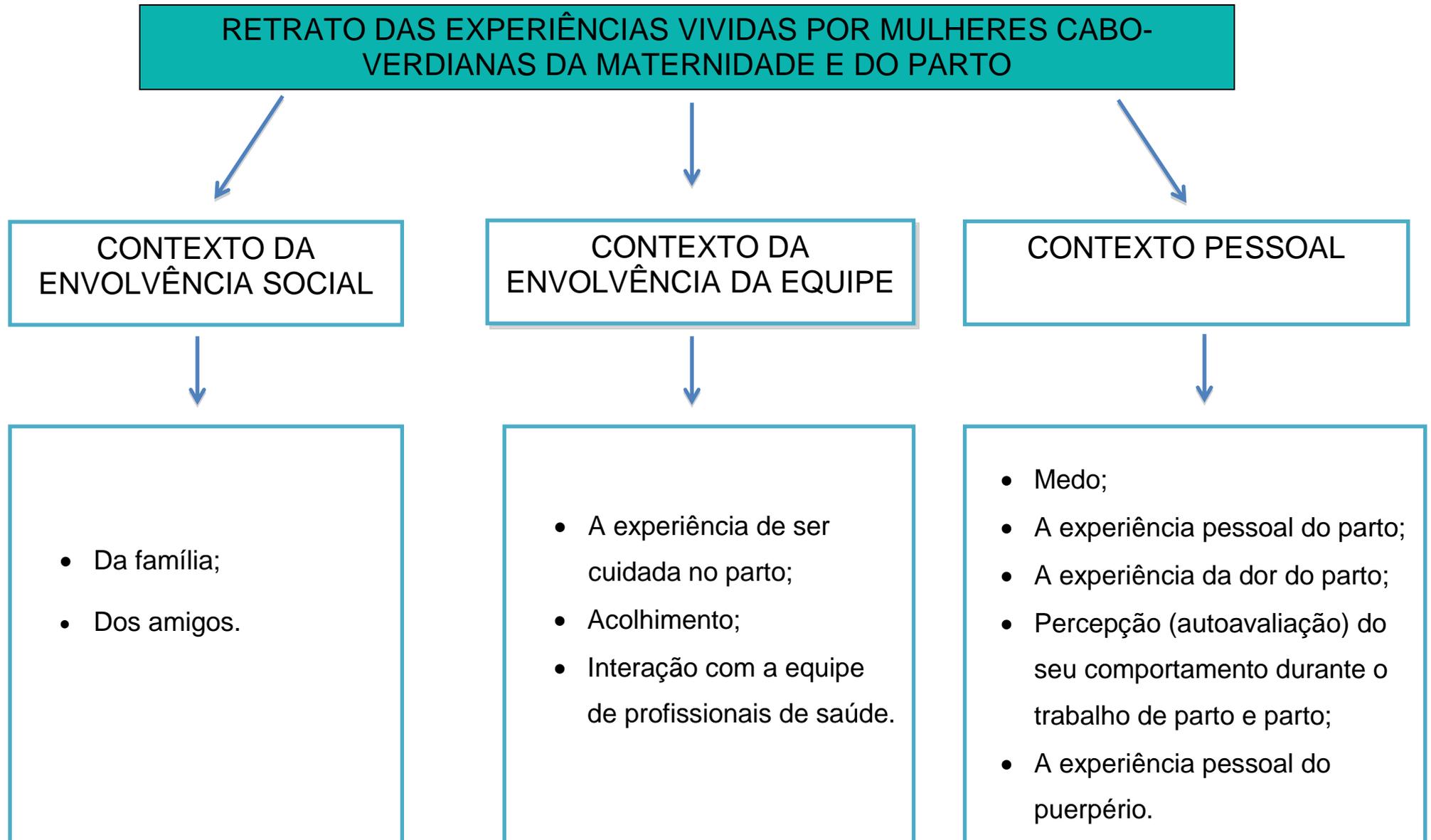
“(...) estava com problemas, tive que fazer uma nova cirurgia, pois esqueceram gazes dentro de mim, que só veio a manifestar-se 3 dias após o parto. Quando recebi alta, fiquei muito contente por voltar para casa, mas triste também, pelo que tinha se passado. Estava com muita dor abdominal, levei 15 dias para recuperar”. (E22)

“Levei dois pontos, recuperei-me bem e os pontos secaram todos. Estar no conforto da sua casa, com a sua família é muito bom”. (E35)

“(...) estava com muita dor, não conseguia andar, nem sentar, mas agora já estou melhor, só quando abaixo é que sinto dores nas costas”. (E4)

Sintetizando a descrição dos retratos das experiências das mulheres cabo-verdianas do parto, encerra-se este capítulo com a apresentação do esquema na qual estão incluídos os constituintes chaves da descrição do fenómeno, como se pode observar no Esquema 1.

REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA EXPERIÊNCIA DO PARTO VIVIDA POR MULHERES CABO-VERDIANAS



CAPÍTULO III: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo será realizada a discussão dos resultados apresentados e descritos, ou seja, dos significados concebidos dos relatos das experiências das mulheres cabo-verdianas do parto. Apoiando-se nas mais diversas revisões de literatura, visando uma melhor compreensão e contextualização do fenómeno estudado, que é o principal objetivo deste trabalho.

Com isto, pretende-se uma possível conceptualização dos resultados emergidos dessa investigação, visto que todas as considerações finais dizem respeito a este capítulo em específico, refletindo a validade e a confirmabilidade deste estudo.

1. Retrato das experiências vividas por mulheres cabo-verdianas no seu contexto de envolvimento social

A influência das amigas, pessoas conhecidas e família, favoreceram as eminentes a escolhas pelo parto normal, pelo protagonismo da mulher e pela melhor recuperação pós-parto. Em geral, essas mulheres apresentaram uma visão negativa da cesariana e sentem-se incentivadas a terem partos normais, pela preferência do seu grupo social.

De Sousa Gama (2009) denomina o parto como um ato cultural, pois nele também estão refletidos os valores prevalentes de cada sociedade. Como todos os determinantes sociais, o parto também é regulado por normas, bem como a sua assistência, uma vez que são respectivamente o processo e produto das relações de gênero, segundo as suas representações corporais, étnico-raciais e geracionais, e classe social.

“As pessoas diziam-me para ficar calma no trabalho de parto e na hora do parto, que tudo ia correr bem, porque muitas mulheres vão na maternidade e dão escândalo, gritam, ficam a toda hora a chamar pela enfermeira . Tentei seguir esses conselhos, fiquei calma, não gritei, não incomodei as enfermeiras, e correu tudo bem”. (E35)

○ **Da família**

Para Martins (2004) a influência é numa primeira fase gerada no seio da família e mais tardiamente pela comunidade. Segundo a autora, a mulher ouve vários relatos e histórias das experiências do parto vividas por outras mulheres (avó, mãe, tias, irmãs, primas), e ela vai formalizar as suas próprias crenças e mitos, que futuramente vão determinar os seus comportamentos e construir a sua própria representação da gravidez.

“(...) eu chorava muito, porque cesariana é horrível, eu sei isso porque a minha irmã teve cesariana e ela não conseguia fazer nada em casa, tinha que ficar sempre deitada ... a minha recuperação pós cesariana foi muito rápida, também, não sou como a minha irmã. Sentia muitas dores, mas mesmo assim, fazia as coisas em cima da dor, porque senão os meus filho poderiam passar fome”. (E24)

“Eu acho que o parto normal é melhor, principalmente na recuperação, porque tenho uma prima que teve cesariana e ela na época não podia fazer nenhum trabalho doméstico”. (E7)

Toda a mulher que viveu a experiência da gravidez entende este acontecimento como extraordinariamente importante não só para si mas, também, para a sua família.

○ **Dos amigos**

Igualmente não podemos esquecer que a mulher faz parte de uma sociedade a esta sujeita a influências sócio-culturais através do processo de interação social nos seus grupo de pares ou amigos.

“As pessoas falavam que na maternidade nos corremos muitos riscos, que as enfermeiras mandavam as mulheres ficar sempre deitadas e calar a boca. Avisaram-me para não fazer nenhum “disparate”, para ficar quieta, no meu lugar”. (E2)

“(...)o clima na maternidade não é muito bom, e as pessoas falam que se o seu bebê demorar no hospital ele pode adoecer e até morrer, porque no hospital nós contraímos muitas doenças, de lá mesmo, e já

presenciei pessoas entrarem com boa saúde e saírem doentes de lá”.
(E33)

“Durante o período que estive grávida, todos me diziam para comportar bem no hospital; comportar como deve ser. Fiz tudo o que me disseram e, por isso, foi tranquilo. As pessoas disseram-me que, quando chegasse a minha hora, para ficar deitada, na minha cama e quando estivesse a sentir dor, para levantar para passear, mas se a dor estiver forte, deitar de lado e respirar fundo”. (E45)

Ferreira (2009), citando Helman (2003), aponta para o facto de que em todas as sociedades as pessoas têm necessidade de procurar assistência à saúde não profissional, recorrendo ao conselhos de pessoas significativas, parentes, amigos, mas que sejam leigas no contexto do assunto.

2. Retrato das experiências vividas por mulheres cabo-verdianas no seu contexto de envolvimento da equipa

Para essas mulheres, o agente importante da assistência é o respeito, dos profissionais por elas, e a não experiência de situações de maus-tratos. Elas ressentiram-se pela falta de informação no que diz respeito à condição clínica do bebé e/ou ao entendimento do diagnóstico que levou à cesariana ou episiotomia.

Ela entende que a equipa fez os procedimentos necessários, mas que não a comunicam ou compartilham os resultados, ou seja, há uma falta de diálogo da equipa para com elas.

○ A experiência de ser cuidada no parto

As mulheres ao optarem pelo cuidado do profissional dos serviços de saúde, o que ela muitas vezes consegue é a assistência de profissionais mal-humorados, frios, autoritários, impacientes e nem sempre preparados (CARRARO, 2008).

O principal motivo que leva a parturiente a ir para a maternidade e a não ficar em casa, é a segurança de ter ao seu lado, nesse momento, profissionais competentes que vão

cuidar pela sua segurança e do seu bebé que vai nascer, ou seja, ela vai para maternidade para se sentir cuidada, receber uma assistência de qualidade, ter um profissional responsável do seu lado dispensando-lhe total atenção.

Facto que, de acordo com as descrições das entrevistadas, não aconteceu. Muitas relataram experiência de abandono, frieza e excesso de intervenções nos partos, o que as fez avaliar negativamente a presente experiência.

“Não gostei muito dos doutores da maternidade, eu falava que estava com muita dor, pedia para eles me avaliarem, mas eles só me mandavam fazer força e ou me deixavam lá sozinha, eu chamava-os e eles gritavam comigo, diziam que eu não estava a ajudar, então não chamei mais e o meu bebé nasceu na cama e sozinha”. (E8)

“As vezes eu chamava as enfermeira mas elas não atendiam, principalmente a noite, ninguém atendia”. (E21)

“Elas falam mal com as pessoas, tratam mal as pessoas, não gostei. Lembro-me que na hora do parto estava sem forças, mas a enfermeira fez cara feia, cruzou os braços, e não me ajudou a levantar para ir para sala de parto, não consegui ir sozinha, tive o meu parto ali mesmo na cama, felizmente o meu filho nasceu bem”. (E46)

Para Schraiber (2008, *apud* Aguiar, 2010) a relação de confiança médico/paciente está em crise, visto que se tornou numa relação interpessoal e acontece por intermédio da tecnologias, puramente biomédico, uma relação que apesar de humana, não é humanizada. O que prevalece são as intervenções e procedimentos técnicos e tecnológicos – o profissional realiza os procedimentos clínicos e dispensa a utente, sem antes interagir com ela enquanto sujeito.

○ **O acolhimento**

Aguiar (2009) no seu trabalho realizado sobre a violência institucional no parto considera no seu estudo que o maltrato frequentemente é retratado pelas entrevistadas como um mau atendimento pela ocorrência de complicações após a alta médica

(traduzida por uma negligência ou falha técnica na assistência); pelo abandono ou negligência; pela exposição desnecessária da intimidade da paciente; por dificuldades na comunicação, desvalorização de suas queixas ou falta de escuta ao que elas têm a dizer e, sobretudo, por tratamento grosseiro e discriminatório.

Aspectos estes que definem um mau acolhimento e atendimento para as parturientes.

“Não fui nem bem, nem mal cuidada. Só os vi algumas vezes, e também ficava no meu lugar, não chamava-os por nada, não queria levar espanto”. (E17)

“Estava com fome, pedi-lhes comida, mas eles disseram-me para pedir para alguma familiar meu trazer alguma coisa para comer, então continuei com fome”. (E20)

“Estava a espera que tudo corresse bem, tranquilamente, mas foi difícil, não trataram-me bem, foi mesmo triste e, por isso, não quero ter mais filho... gritavam comigo, que eu poderia ter matado o meu bebê, se eu era doída, que o meu filho poderia ter nascido no chão, falavam coisas horríveis para mim, e eu só chorava”. (E30)

“Não queria que eu levantasse para não sujar o chão, penso que era por causa disso. Do resto trataram-me bem, não tenho muita queixa a fazer, só que as vezes as médicas são muito mal educadas, e eu, quando são mal educadas comigo eu sou também com eles”. (E32)

A repressão dos sentimentos da parturiente, e percepções em relação ao (des)cuidado recebido por elas, dificulta que essas posturas sejam modificadas e adequadas ao modelo humanizado de assistência ao parto. (FRELLO, 2010)

○ **Interação com a equipa de profissionais de saúde**

A boa interação entre o profissional que presta os cuidados de saúde e a utente depende da disponibilidade do próprio profissional de saúde, uma vez que cabe a ele estabelecer relações de ajuda e de acolhimento. Devido ao modelo de formação académica destes

profissionais, enfatizados na relação biomédica de saúde-doença, ele podem não estar preparados para prestar uma assistência além desse modelo (CARON, 2002).

Após a descrição realizado no capítulo anterior, compreende-se que as mulheres participante preferem não opinar e nem decidir já que são “obrigadas” a transferir essas decisões para a equipe, e não acreditam no vínculo que pode ser estabelecido entre elas e a equipe, devido ao comportamento de distância e frieza que últimos podem ter.

“Estava a espera que corresse tudo bem e foi isso que aconteceu. Fui bem cuidada pelos profissionais de saúde...nem passei por maus tratos”. (E15)

“ (...) tive minha filha de manhã e logo no próximo dia já estava em casa, então não tive muito tempo para interagir com a equipe e nem de ser maltratada”. (E16)

“No começo não foi muito bom, porque reclamava de dores com as enfermeiras e elas chateavam-se comigo, mas depois quando viram que era dor de verdade, a nossa relação melhorou, ficou tudo bem”. (E22)

A introdução de novas tecnologias e o aprimoramento clínico da assistência, por si só não foi suficiente para proporcionar a maioria das mulheres uma positiva experiência do parto (CASTRO, 2003).

O parto e o nascimento são momentos em que o enfermeiro pode desempenhar uma atuação determinante neste processo. Sendo que o diferencial do modelo de cuidado prestado por este profissional consiste na capacidade de comunicação e apoio, o que favorece a interação efetiva entre parturiente e o enfermeiro. Através dessa comunicação terapêutica, normalmente é possível gerar autoestima, apoio, conforto, confiança, resultando em segurança e satisfação no processo de parturição. (LOPES, 2009, p.2)

3. Retrato das experiências vividas por mulheres cabo-verdianas no seu contexto pessoal

Segundo a descrição das mulheres entrevistadas, elas não estavam adequadamente preparadas para o parto. Desconheciam várias informações necessárias sobre o assunto, tais como, a evolução e os procedimentos realizados no trabalho de parto e parto eutócico e as possíveis intercorrências que possam levar ao parto distócico (cesariana), as suas indicações e riscos, para que assim ela possa experienciar em momento de forma segura e participativa.

De acordo com Castro (2003) a falta de conhecimento das parturientes quanto aos procedimentos do trabalho de parto, parto e pós-parto e a pouca oportunidade de participação nas decisões relativas a tais procedimentos implica diretamente na detioração da qualidade da experiência ao parto, das mulheres.

○ **Medo**

As grávidas manifestam o medo de perder o controle frente a dor do trabalho parto e serem punidas pela equipe pelo “mau comportamento”. A mulheres relatavam falhas da equipe na assistência ao parto anterior, muitas referem terem sido abandonadas no pré-parto durante o trabalho de parto (DIAS, 2006).

“As minhas amigas sempre me falavam coisas horríveis a respeito do parto, por exemplo, que na hora do parto a mulher pode morrer ou a criança nascer morta, que na maternidade os profissionais deixam as mulheres sozinhas, mandam calar a boca...ouvi muitas coisas horríveis, por isso, estava com muito medo de quando chegasse a minha vez”. (E2)

“ (...) estive muito mal, não conseguia ter o bebê sozinha, foi preciso que me fizessem pressão na barriga para o bebê sair...estava com muito medo quando entrei na sala de parto” . (E47)

“Não senti dor, mas tive medo. Medo de receber os maus tratos, como outras pessoas diziam que acontecia na maternidade, por isso, estava com muito medo, era o meu primeiro filho”. (E48)

De acordo com Franca (2014), quanto mais informadas estiverem as grávidas sobre os procedimentos realizados, menores serão os seus medos e ansiedade, o que irá proporcionar-lhes uma maior coragem e segurança no parto. O ambiente acolhedor, as tecnologias do cuidado e alternativas para alívio da dor aliviam as tensões sentidas pela gestante, contribuindo para o resgate de um trabalho de parto e parto mais fisiológico e menos traumático para a mulher e seu bebê.

“Este foi o meu segundo parto, levei muitos pontos, levei pelo menos 4 pontos, a dor do parto sempre esperamos, o meu medo era de levar muitos pontos lá em baixo e, por isso, até queria fazer cesariana, mas de resto, já esperava tudo”. (E26)

“Esperava que tudo corresse bem nesse parto, como foram os outros, mas nesse parto senti muito medo, até pensei que seria cesariana”. (E27)

A precariedade das informações deixa as mulheres inseguras, principalmente aquelas que tiveram um parto por cesariana após um parto normal, porque tiveram suas cesarianas decididas durante o trabalho de parto.

Mulheres com intercorrências na gestação apenas eram simplesmente comunicadas sobre a possibilidade do parto delas vir a ser cesariana, sem uma explicação prévia da causa, e em multíparas com expectativa de ter parto normal, os médicos não abordavam essa temática.

“Eu estava com muito medo porque o parto do meu primeiro filho foi normal, e quando me falaram que desse seria cesariana precipitei-me, fiquei muito nervosa e triste, porque as pessoas falavam que o parto cesariana doía muito”. (E5)

○ **A experiência do parto**

A posição no trabalho de parto interfere na sensação dolorosa da parturiente, na posição vertical ou lateral há uma diminuição da intensidade da dor em comparação com a posição supina ou litotômica, por apresentarem redução do período expulsivo, os puxos nos períodos expulsivos são mais eficientes, o risco de lacerações é menor, a taxa de períneo intactos é maior e o sangramento no pós parto tende a ser menor.

“(...) durante o trabalho de parto fiquei sempre deitada”. (E1)

“(...) não consegui ter o meu filho rapidamente pois tinha ficado muito tempo sentada. Porque disseram-me para ficar deitada, mas o corpo as vezes manda, e o meu só estava a pedir para levantar e levantei, andava de um lado para o outro, não aguentava mais ficar deitada ou sentada”. (E32)

“Quando sentia muita dor, chamava os enfermeiros e eles sempre me atendiam. Fiquei mais sentada, porque mandavam-me sentar”. (E46)

“(...) colocaram-me um soro, por volta das 9h da manhã para induzir o parto, aos 13h as dores começaram a aparecer, cada vez mais intensas, e a noite eu tive o meu parto, normal e sem corte”. (E4)

“Foi rápido, mas também aguentei por muito tempo em casa antes...correu tudo bem, não levei corte, toda a equipe foi educada comigo”. (E7)

Ainda neste sentido, as parturientes ficam mais ativas e participativas, uma vez que facilita a movimentação, diminui o cansaço, a duração do período expulsivo e as intervenções obstétricas.

A posição vertical é a mais adequada para a condução do trabalho de parto. Nesta posição as contrações são mais rítmicas e apresentam menos irregularidades, por isso, a posição vertical interfere favoravelmente sobre as contrações, permitindo: uma melhor qualidade na obtenção da dinâmica uterina; diminuição na duração do trabalho de parto e na necessidade de administração da ocitocina para condução do trabalho de parto; salientando que na posição vertical, a ação da gravidade sobre o feto é sinérgica com a

das contrações (NILSEN, 2011).

Por isso, a posição supina e litotômica para o trabalho de parto e parto, receptivamente, não deve ser incentivado. A melhor postura que a equipe deve tomar é deixar a mulher livre de escolher qual a posição que mais a satisfaz, inclusive no período expulsivo.

“ (...) da primeira vez não me tratam muito bem, mas desta vez foi melhor, não me deram muita atenção, mas também não me trataram mal. Como não estava a gritar de dor, eles me deixaram sozinha, eu chamava-os e eles mandavam-me calar a boca, diziam que não estava a sentir nada, que nem dor eu tinha, que ainda não ia descer, só quando viram a cabeça do bebê aparecer é que levaram-me, a correr, para a mesa de parto (marquesa)”. (E18)

“ (...) eu as chamava, mas ninguém respondia, o meu filho quase nasceu dentro da sanita... estava com uma dor intensa, foi urinar, mas não consegui chegar na sanita porque o bebê nasceu no chão, depois que eu comecei a gritar de espanto é que elas vieram correndo e viram que o bebê já tinha nascido”. (E30)

Quando as atitudes da parturiente fogem à expectativa do profissional, é o motivo ideal para a violência simbólica e o desrespeito aos direitos da mulher (Franca, 2014)

○ **A experiência da dor do parto**

Nilsen (2011), defende que a equipe não deve levar como parâmetro para avaliar a dor o comportamento da parturiente, visto que, as mulheres buscam controlar as suas emoções para que não sejam vistas como descontroladas e descompensadas pela equipe.

“Estava com uma dor intensa, depois do doutor me avaliar, autorizou que aplicassem-me o soro, passei a maioria do tempo deitada, pois achava que assim sentiria menos dor”. (E26)

“Sentia uma dor insuportável, não sabia em que posição ficar, se deitada, sentada ou de pé, porque nenhuma ficava confortável (...)” (E3)

“ (...) eu as chamava, mas ninguém respondia, o meu filho quase nasceu dentro da sanita... estava com uma dor intensa, foi urinar, mas não consegui chegar na sanita porque o bebê nasceu no chão, depois que eu comecei a gritar de espanto é que elas vieram correndo e viram que o bebê já tinha nascido”. (E30)

Segundo Caron (2002), as parturientes que não mantêm autocontrole sobre suas ações tidos como indesejáveis, como gritar, chorar, agitar-se, provocam, nos profissionais, julgamentos e emissões de desaprovação. Ações essas que podem ser um meio de manifestações de alívio de tensão para elas, que, por certo, não encontram outra maneira de atenuar seus temores.

○ **Percepção (autoavaliação) do seu comportamento durante o trabalho de parto e parto**

O trabalho de parto e o parto são constituintes de um período de transição que apresenta, a cada momento, uma situação, reação e sentimentos diferentes, que requerem sensibilidade da equipe, que assiste a mulher, para serem percebidos (CARRARO, 2008).

Franca (2014) considera que apesar do parto ser um processo fisiológico da mulher, as respectivas decisões dela é permutado pela decisão da equipe, que sugeri que a parturiente já não se encontra no seu estado normal de faculdades mentais, retirando-lhes o direito de escolha. Deste modo, muitas mulheres possuem um sentimento de dependência e submissão em relação a equipe.

“Penso que comentei-me muito bem, não fiz nenhum disparate, fiquei quieta no meu lugar, sem dar nem um “pio”, por isso, acho que tive uma boa assistência, elas vinham me avaliar sempre”. (E2)

“Fiquei sentindo um pouco culpada e triste por não conseguir ajudar o meu bebê, e triste também pelo o que as enfermeiras me falaram, mas o meu bebê nasceu bem, saudável e é isso que importa”. (E41)

“O que mais influenciou para que tudo corresse bem no meu parto foi a atenção que recebi durante a operação”. (E42)

As participantes relataram falta de informação durante todo o processo, bem como a pouca ou nenhuma oportunidade de participar na tomadas das decisões relativas ao momento e oportunidade colaborar com a equipe, pois isso podia ajuda-las a diminuir as suas preocupações e aumentar a confiança na capacidade profissional da equipe.

“O meu primeiro filho tive na maternidade aqui, me trataram muito mal, quase que eu morria, já o meu segundo parto fui ter em Portugal, muito diferente, outra coisa, nesse aqui estava me preparando para ir mas não deu tempo, nasceu antes, e não foi de todo o mal”. (E15)

“(...)eu não confio nesses doutores de Cabo Verde para operar, todos os dias eles matam pessoas na mesa de operação, ainda bem que o meu filho nasceu vivo e eu estou viva até agora, foi mesmo Deus que olhou por nós. Quando estive internada, os médicos não passavam visitas, se algo de ruim acontecesse comigo, ninguém ia perceber, estão mesmo a ganhar sem trabalhar, e nós, coitados, temos que ficar calados porque senão ai é que eles matam-nos de propósito”. (E21)

○ **A experiência pessoal do puerpério**

Apesar do desgaste do trabalho de parto e parto, as mulheres participantes relataram a sua resiliência de segurar e amamentar os seus bebés logo após parto.

Deste modo Martins (2006), sublinha que a puérpera enfrenta o desconforto de segurar o recém-nascido (RN), suportando o cansaço, a espera da dequitação, o incómodo dos pontos da episiorrafia, pela sua responsabilidade de ser mãe, facto marcado pela construção social e histórica da maternidade, em que as mães devem sacrificar-se pelos filhos.

“Não amamentei o meu filho logo após o parto, porque o meu peito não tinha leite. Coitado do meu bebê que ficou com fome, pois só no

*outro dia que levaram o leite para ele, do banco de leite...em casa
consegui amamentar tranquilamente, estou até com leite". (E3)*

*"Logo após o parto amamentei. Sentia-me bem, contente, com um
pouco de dificuldade por causa dos pontos lá em baixo. Estava
contente porque o meu folho nasceu saudável". (E33)*

*"Sentia-me bem, mas estava a sangrar muito após o parto; estava
também com muita dor abdominal, comentei com a doutora e ela
disse-me que era por causa do sangramento, que se eu amamentasse
muito e meu bebê, o sangramento desapareceria mais rápido". (E39)*

Promover o contacto precoce da puérpera e RN fomenta o respeito ao desejo e compreensão deste momento de tamanha importância para o binómio.

Stefanello (2005) reforça que o puerpério é o momento de maior vulnerabilidade a intercorrências da mulher, como por exemplo, hemorragias, infecções, intercorrências mamárias da lactação e, ainda, a depressão puerperal, mas também é uma fase em que a mulher é mais desassistida pela equipe.

O autor justifica a afirmação pelo facto de que durante esta etapa, as atenções são essencialmente voltadas ao recém-nascido, sendo destinada uma pequena parcela de atenção à mulher. Já que neste período e de se esperar que a mulher esteja completamente restabelecida dando os primeiros cuidados ao RN, realizar as suas capacidades como mãe[...]“As ações voltadas ao aleitamento materno têm carácter disciplinatório e técnico, o aleitamento materno é visto como uma prática natural e instintiva, e remonta de concepções higienistas”.

Segundo uma revisão da literatura realizado por Rea (2004), o aleitamento materno precoce traz vários benefícios importante para a saúde da mulher, tais como: o menor risco de câncer de mama, antes e depois de menopausa; proteção contra alguns tipos de câncer epitelial do ovário; perda mais rápida de peso na vigência da amamentação; maior espaçamento entre gestações.

A responsabilidade do cuidado do puerpério da mulher é transferida para o seio da sua família, uma vez que é neste espaço em que se realizam os saberes estabelecidos socialmente para o cuidado da mulher, num ambiente privado, protegido e favorável para a

experiência positiva da mulher no puerpério.

“Fiquei muito contente, muito satisfeita, e quando saí do hospital fiquei ainda melhor, já estava a me sentir recuperada, renovada”.
(E20)

“(...) contente, por estar em casa com vida e saúde e por ter saído do hospital”. (E21)

“(...) estar no conforto da sua casa, com a sua família é muito bom”.
(E35)

No final do processo do parto, "tudo é alegria e os maus tratos são, de certa forma, esquecidos". De acordo com a descrição das mulheres, pode-se considerar que o tipo de assistência que tiveram representa um cuidado padronizado, em que a mulher é tratada como “mais uma utente”, a partir de uma rotina estabelecida que nem sempre assegura o melhor para esta, e que por vezes a marginaliza, ao desconsiderar seus sentimentos e necessidades (FRELLO, 2010).

PARTE III
CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

No presente capítulo pretende-se apresentar as considerações finais desta investigação, assim como as suas limitações e implicações para prática do cuidado face aos resultados obtidos neste trabalho.

Com base nos objetivos traçados na proposta inicial dessa investigação de descrever as experiências vividas por mulheres cabo-verdianas durante o trabalho de parto e parto em meio hospitalar e compreender as experiências vividas por mulheres cabo-verdiana durante o trabalho de parto e parto em meio hospitalar, é importante realçar que tais objetivos foram concretizados, através da essência do fenómeno em estudo.

A apresentação e análise das descrições das entrevistas, permitiu compreender que o grupo de mulheres cabo-verdianas participantes deste estudo apresentaram um défice de informação e literacia no que toca a sua vida reprodutiva, refletindo diretamente na forma como ela experiencia a maternidade e o parto especialmente.

Do que ficou descrito sobressai a noção de que estas mulheres não dispõem de informações coerentes acerca do seu ciclo gravido-puerperal, não fizeram o planeamento familiar, ou para ser mais preciso, não sabem o que significa planeamento familiar, nem a importância da vigilância pré-natal para ela e para o bebé.

Retrato das experiências vividas por mulheres cabo-verdianas no seu contexto de envolvência social

De acordo com as descrições das entrevistadas, na gravidez as mulheres cabo-verdianas estão quase sempre em contato com outras pessoas, familiares ou amigos, a conversar sobre assuntos da gravidez, parto e pós-parto, como forma de lidar com o medo e a ansiedade na gravidez e do parto.

Dessas conversas resultam crenças e mitos variados sobre todo o processo de parturição, que são assimilados pelas grávidas de forma inconsciente, e em consequência disso as mulheres pré-estabelecem, através de expectativas, como será a sua experiência em relação ao parto e à maternidade. Essa expectativa não só é vivenciada pela grávida, mas por toda a sua família e seus amigos.

Segundo Martins (2004) a gravidez e a maternidade, refletem expectativas sociais e culturais muito amplas e integram o imaginário social ligado à saúde, à vida, à felicidade ou à continuação da sua vida, da sua família ou da própria espécie. Embora o significado da gravidez mude ao longo do tempo e no interior de cada cultura, traz sempre consigo um processo de reavaliação e de cuidado com a concepção de um/uma filho/filha saudável.

Retrato das experiências vividas por mulheres cabo-verdianas no seu contexto de envolvimento da equipa

O processo de parturição é um momento importante, sensível e inesquecível para cada mulher, contudo os vários resvalos na relação entre o profissional e esta pode avivar sentimentos negativos vividos na experiência do parto, tendo em conta a sua situação de vulnerabilidade. O sentimento expresso pelas participantes foi de que para os profissionais de saúde estas eram mais uma grávida no trabalho de parto num contexto preestabelecido de rotina do cuidado, o que na maioria das vezes, não vai de acordo com as expectativas da mulher para o seu trabalho de parto e parto, já que os seus sentimentos, suas necessidades, individualidade e singularidade foram sentidos como desvalorizados pela equipa.

Para a mulher a vivência do parto é um momento único, o nascimento do seu filho, neste sentido, para as participantes é importante que os profissionais estejam mais sensíveis a essa situação de vulnerabilidade da mulher, dado o contexto não familiar da maternidade, ou seja expresso como um lugar desconhecido com pessoas desconhecidas. Acresce ainda, a descrição de algumas das participantes da interação negativa entre estas e a equipa de profissionais de saúde, sublinhando nas entrevistas sentimentos de insegurança, preocupação, agitação, durante todo o processo de parturição, o que permitiu que ficassem inibidas, omissas e não vivenciassem positivamente a experiência ao parto.

Ao contrario do que foi descrito, as parturientes merecem ser cuidadas com respeito, atenção e conforto, deve ser dado a elas a oportunidade de decidir sobre o seu próprio corpo e de estar ativa em todo o processo do nascimento do seu filho/filho; a equipa deve contribuir para que esse momento não seja traumático para a mulher em toda a sua

vida, e para que assim ela possa influenciar positivamente outras grávidas.

No cuidado à mulher é possível considerar que a comunicação terapêutica entre os profissionais e a parturiente – aquela que tem a qualidade curativa ou benéfica – ocorra quando se solidifica um cuidado promotor de conforto, apoio, confiança, segurança física e emocional, conduzindo a mulher no curso do trabalho de parto. (CARRARO, 2008, p.3).

Então podemos concluir que a relação entre a parturiente e a equipa afeta negativamente ou positivamente na vivência da experiência da mulher ao parto, dado que quando é oferecido à mulher uma assistência de qualidade e humanizada esta vivencia positivamente a experiência do parto, assim como, segundo estudos consultados, diminui a necessidade de intervenções, medicalização, partos instrumentados e reduz o tempo de trabalho de parto.

Retrato das experiências vividas por mulheres cabo-verdianas no seu contexto pessoal

Segundo relatos das mulheres entrevistadas, existe um sentimento de insatisfação quando não podem participar na tomada de decisões em relação às intervenções que foram realizadas, o que faz com que estas participantes se sentissem emocionalmente desconfortáveis, com sentimentos negativos em relação a ela e ao bebé, ao longo do trabalho de parto e parto.

O período da duração do trabalho de parto e parto também influenciou de forma positiva ou negativa a experiência ao parto, uma vez que as participantes relacionaram a pouca duração do trabalho de parto com uma boa experiência ao parto e vice-versa. É de realçar também que a intensidade da dor no trabalho de parto também interferiu na condição da vivência, apesar de que algumas consideram que a dor é necessária para que haja a “gratificação final” que é o/a filho/filha nascer saudável.

Em relação às expectativas na gravidez sobre a experiência do parto e as participantes relataram que não tinham expectativas positivas em relação ao parto, que antes do parto estavam ansiosas e com muito medo, uma vez que já tinham passado por uma péssima experiência prévia, ou então escutavam outras mulheres que já tinham vivenciado o

parto, com uma experiência pouco gratificante nomeadamente na forma como foram cuidadas, mas que afinal a sua experiência do parto enquanto experiência pessoal não foi vivida de forma negativa.

Em relação ao tipo de parto (normal ou cesariana), as mulheres participantes não enfatizaram nenhuma característica associada aos sentimentos positivos ou negativos em comparação com ambos os tipos de parto. As que tiveram parto por cesariana não descreveram que este tipo de parto influenciou negativamente na sua experiência ao parto, mas ressaltaram que preferem o parto normal do parto por cesariana, visto que, o parto normal facilita o vínculo mãe e bebé.

O momento do parto em si não foi considerado pelas entrevistadas como o mais importante do processo de parturição, uma vez que para elas o parto é apenas um momento espontâneo e de transição, para que possam ter o seu filho/filha nos braços.

Para as participantes a experiência da dor do parto é esperada e intrínseca durante o trabalho de parto e parto, portanto para maioria delas a dor é esperada e normalmente sentida, sendo que é mais uma das extensões preeminente de todo o processo.

É importante realçar que as participantes sentiram mais medo de serem “maltratadas”, conforme suas palavras, deixadas sozinhas sem nenhum acompanhamento e assistência pela equipa, do que propriamente o medo da dor do parto.

Felicidade, bem-estar emocional, alegria, felicidade são alguns sentimentos vivenciados no puerpério descritos pelas mulheres participantes do estudo. E o motivo dessas sensações é referido porque já se encontram em casa com o RN, aos cuidados da família.

De acordo com as descrições, a experiência do pós-parto influencia muitas vezes de forma direta a opinião da mulher sobre a sua vivência de forma negativa ou positiva ao parto, por exemplo, quando a mulher se depara com problemas na amamentação, o sentimento de culpa por não estar a nutrir devidamente o bebé, é sentido como repercussões da experiência negativa do parto.

Por último, aprendizagem é a palavra chave para designar esse trabalho. No decorrer da investigação foi-se adquirindo novos conhecimentos sobre a real situação em que as

mulheres experienciam os seus partos, não se apegando meramente nas suposições, mas sim aos factos descritos, uma vez que a investigadora faz parte da sociedade onde realizou a pesquisa, onde não só conseguiu atingir os objectivos do estudo, mas também contextualizar todo o estudo, com base em evidências, fazendo assim refletir a credibilidade da investigação.

1. Limitações do estudo

Para uma melhor clareza do estudo é necessário apontar as respectivas limitações dos mesmo, uma vez que apesar de realizado todo o percurso metodológico, esta investigação, assim como muitas outras esta sujeito a falhas devido algumas limitações, sendo importante reconhecer essas falhas cogitando estar mais atentos a elas numa próxima investigação.

A principal limitação deste estudo foi com a objetivação do mesmo, uma vez que a investigadora e as entrevistadas fazem parte de um mesmo meio sócio-cultural, então a subjetividade da investigadora foi colocada em causa.

Uma outra limitação foi de que á princípio para a privacidade da entrevistada e conseqüentemente uma maior liberdade de expressão, propôs-se a realização das entrevistas num ambiente privado, onde somente iriam estar a investigadora e a entrevistada. O que não aconteceu, uma vez que o centro de saúde onde realizaram-se as entrevistas não tinha uma sala privada para colocar a disponibilidade da investigadora, mas este facto não teve grande impacto no depoimento da maioria das entrevistadas.

A tradução da língua crioula para a língua portuguesa foi também uma limitação do presente estudo. As entrevistas foram realizadas em crioulo, visto que, grande parte das entrevistas não tem “familiaridade” com a língua portuguesa, então a investigadora decidiu realizar as entrevistas na sua língua materna, o que foi mais prático para as mulheres participantes.

É apropriado citar também algumas limitações gerais da investigação, como por exemplo: a sua subjetividade o que compromete e validade do estudo; o grande numero de amostra, o que implica também a não generalização; o período intenso da realização da pesquisa; e por fim a percepção das próprias limitações do estudo.

2. Implicações para a prática de cuidados

Da leitura dos discursos das participantes transparece a existência de uma relação com grande distanciamento entre a comunidade e os profissionais de saúde, o que reflete diretamente na saúde de toda a população. Neste sentido seria importante por parte do profissional de saúde, no âmbito da assistência no ciclo gravídico-puerperal estar mais próximo da comunidade, para um melhor conhecimento das crenças culturais das quais as grávidas estão envoltas e, deste modo, poderem interagir com os conhecimentos atualizados que lhes são fornecidos ao longo da formação. Dado que, devido ao facto destas mulheres não terem ainda interiorizado a importância de realizarem a vigilância pré-natal, elas levam mais em conta as recomendações das sociais do que dos profissionais de saúde.

Deve-se realizar campanhas de sensibilização para as mulheres grávidas aderirem as consultas de vigilância pré-natal, e encararem o profissional especialista em obstetrícia como um aliado dotado de competências para lhe prestar cuidados obstétricos humanizados e de qualidade, e não como um profissional que pratica maltratos e é “frio”, como muitas descrevem, pela fama ou por experiência própria.

No atendimento pré-natal é preciso criar um espaço de acolhimento, onde as mulheres desfrutem da abertura para que possam colocar suas histórias, sentimentos, dúvidas e medos. Dessa forma, os profissionais de saúde podem desenvolver sua capacidade de reconhecer os diferentes contextos das gestantes, possibilitando um cuidado que leve em consideração as crenças e práticas inerentes à gravidez. (SANFELICE, 2013, p.13).

Ainda neste sentido, é importante sublinhar o facto de que a mulher ao obter uma preparação de qualidade para o parto na gravidez. Se traduz para estas na compreensão das mudanças no seu corpo, falar dos seus medos e anseios, esclarecer suas dúvidas em relação ao desenvolvimento do bebé, detectar precocemente problemas decorrentes da gravidez para que se possa trata-los também precocemente, sem causar danos a ela e ao bebé, etc.

Tudo isso traz vantagens não só para a mulher, mas também para a equipa que irá assisti-lá no trabalho de parto e parto uma vez que a equipa terá uma parturiente melhor

preparada para passar por todo o processo, munida de suficientes e importantes informações, o que faz com que ela interaja melhor com a equipe, seja uma parturiente ativa e participativa e que saiba colocar devidamente também as suas escolhas baseadas na informações adquiridas previamente.

Segundo (Tornquist, 2013) o parto é vivenciado como um ritual de passagem, que assinala mudanças tanto corporais, quanto familiares e sociais, uma vez que parto e nascimento são eventos a um só tempo biológico, cultural e individual: mulheres dão à luz de formas diferenciadas, conforme o contexto histórico em que vivem, sua cultura particular e experiências pessoais - incluindo- se as narrativas e lembranças guardadas na memória. Situando-se menos como uma doença – à exceção dos partos em que há graves dificuldades e mais como um fenômeno que envolve corpo e saúde.

A experiência de ser mãe é extremamente transformadora, então o processo que envolve o trabalho de parto e parto deve ser provido de atenção, sensibilidade, cuidado, paciência, escuta, empatia, humanização. O que nos leva a questionar sobre a nossa atual postura mediante todo esse processo, que foi ao longo dos tempo foi artificializado, perdendo o seu carácter autóctone e natural.

Será também de todo injusto não falar da situação e condição em que a equipa dispõe para trabalhar. Um dos grandes problemas da equipa de profissionais de saúde da sala de partos é a superlotação prejudicando o atendimento personalizado às parturientes. Os profissionais que prestam assistência têm também as suas limitações, como todo o ser humano. Num setor onde há a superlotação de utentes, espaço físico e os recursos humanos são limitados, a equipa acaba por não prestar um cuidado adequado e de qualidade à parturiente.

Neste contexto Dornfeld (2011) salienta que situações tais como a superlotação e a sobrecarga de trabalho fazem com que a equipa não comunique sempre de forma mais adequada com as utentes. E esta comunicação interpessoal pode causar incidentes de segurança, visto que, é possível considerar que uma comunicação nestes trâmites pode gerar danos.

De acordo com o autor acima citado, no contexto específico do trabalho de parto, a comunicação estabelecido entre a equipa e a parturiente, é na maioria da vezes, relações

de autoridade e poder, onde a mulher é levada a submissão, sujeitando-se às decisões do profissional de saúde acerca do que é melhor tanto para ela como para o seu bebê.

Ou seja, a relação entre a equipa de saúde e parturiente é uma relação hierarquizada, verticalizada, onde quem esta no topo é o profissional e a mulher deve submeter-se a ele, fazendo assim uma analogia, o que se propõe é uma relação horizontal, onde a protagonista é a mulher, e é ela quem decide qual a melhor forma de experienciar todo esse processo de trabalho de parto, parto e pós-parto, mediante supervisão, ajuda e cuidado da equipe, já que o parto é dela, ela “faz” o parto e o profissional não só assiste, como também deve estar preparado para intervir caso seja necessário.

3. Implicações para a investigação

Com a realização deste trabalho a investigadora pretende divulgar o fenómeno em estudo, para que os profissionais que acompanham as parturientes na sala de parto saibam do impacto negativo que a sua assistência esta a causar, e na medidas das suas possibilidades resgatem a humanização da assistência na sala de parto e não só, contribuindo assim para uma experiência positiva do parto das nossas futuras mães cabo-verdianas.

Este trabalho também serve como uma nota de observação para os preceptores desta área de ensino – obstetrícia – tanto a nível de enfermagem como a nível médica, já que eles desempenham o mais importante papel na formação dos profissionais, o de ensinar. Sem esquecer, dos não menos importantes, administradores dos serviços de saúde em obstetrícia, uma vez que são os responsáveis pela elaboração de programas de políticas publicas relacionados a área.

Ainda nesta perspectiva incentivar a realização de outros estudos semelhantes, uma vez que o nosso país carece de estudos epidemiológicos e não só, para traduzir e confrontar com o que é realmente vivenciado.

Cabo Verde é um arquipélago de dez ilhas, e devido à sua insularidade, dispõe de uma rede organizacional de prestação de cuidados de saúde muito fragmentada, então pretende-se realizar uma investigação neste molde no âmbito de todas as ilhas, ou então das principais onde se situam as maternidade de referência, uma vez que, apesar de

terem sido entrevistadas mulheres de maioria das ilhas com predominância da ilha de Santiago, as experiências destas entrevistadas podem não ser representativas a todas as mulheres do arquipélago.

Seria também interessante realizar um estudo a nível da equipa que presta assistência na sala de parto, com intuito de compreender o porquê da descrição de tanta falta de cuidado sentido e descrito pelas entrevistadas deste estudo.

Nota: As citações e referências bibliográficas deste trabalho foram realizadas segundo as regras gerais da Associação Brasileira de Normas Técnicas – (ABNT), que podem ser consultadas na seguinte referência: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520:** informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002a.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AGUIAR, Janaína Marques de. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. 2010. PhD Thesis. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina.
- ALBINO, Rubia Maria; GROSSEMANN, Suely. *Pesquisa qualitativa, quando e por que?*. Arquivos Catarinenses de Medicina, 2004, 33.1: 114-127.
- AIRES, Luísa. *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. 2011.
- AZEVEDO, C. E. F., et al. *A estratégia de triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo*. V Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e contabilidade (ANPAD). Brasília, 2013.
- BATINDER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARBOSA, Gisele Peixoto, et al. *Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cesarean sections: who wants them and under what circumstances?*. Cad. saúde pública, 2003, 19.6: 1611-1620.
- BELEI, Renata Aparecida, et al. *O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa*. Cadernos de Educação, 2012, 30.

- BOSI, Maria Lúcia Magalhães. *Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. Qualitative research in collective health: overview and challenges*. 2012.
- CARVALHO, Meire Pinheiro Soares; PINTO, Sandra Regina Gonçalves; VAZ, Maria José Rodrigues. *Parto humanizado: percepção de puérperas*. Saúde Coletiva, 2005, 2.7: 79-83.
- CARON, Olga Aparecida Fortunato; SILVA, Isilia Aparecida. *Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2002, 10.4: 485-492.
- CARRARO, Telma Elisa, et al. *Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres*. Texto Contexto Enferm, 2006, 15.1: 97-104.
- CARRARO, Telma Elisa, et al. *O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas*. Texto Contexto Enferm, 2008, 17.3: 502-9.
- CASTRO, Thiago Gomes de; ABS, Daniel; SARRIERA, Jorge Castellá. *Content analysis In Psychology research*. Psicologia: Ciência e Profissão, 2011, 31.4: 814-825.
- CODATO, L.; NAKAMA, Luiza. *Pesquisa em saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa*. Revista Espaço para a Saúde, 2006, 8.1: 34-5.
- COVA, Anne. *História da Maternidade: em que ponto estamos?*. 2012.
- COLTRO, Alex. *A fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade*. Caderno de Pesquisas em administração, 2000, 1.11: 37-45.
- CORREA, Adriana Katia. *Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem*, Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v5,n1,p83-88. Rio de Janeiro, 1997.
- COSTA, Raquel, et al. *Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação*. Psicologia, Saúde & Doenças, 2003, 4.1: 47-67.

- DA COSTA VARGENS, Octavio Muniz; PROGIANTI, Jane Márcia; DA SILVEIRA, Anna Carolina Ferreira. *O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2008, 42.2: 339-346.
- DA SILVA FRANCA, Bruna Suellen, et al. *Violência institucional obstétrica no ambiente hospitalar*. Revista Rede de Cuidados em Saúde, 2014, 8.2.
- DAS GRAÇAS, Elizabeth Mendes; DOS SANTOS, Geralda Fortina. *Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2009, 43.1: 200-207.
- DE OLIVEIRA, Guilherme Saramago; DE OLIVEIRA CUNHA, Ana Maria. *Breves considerações a respeito da fenomenologia e do método fenomenológico*. 2008.
- DE AMORIM GOMES, Annatália Meneses, et al.. *Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação*. Saúde soc, 2008, 17.1: 143-152.
- DE SOUSA GAMA, Andréa, et al. *Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada* *Women's representations and experiences with vaginal and cesarean delivery in public*. Cad. Saúde Pública, 2009, 25.11: 2480-2488.
- DE SOUZA PADILHA, Maria Itayra Coelho, et al. *A responsabilidade do pesquisador ou sobre o que dizemos acerca da ética em pesquisa*. Texto & Contexto Enfermagem, 2005, 14.1: 96-105.
- DE OLIVEIRA, Sidinei Rocha; PICCININI, Valmiria Carolina. *Validade e reflexividade na pesquisa qualitativa*. Cadernos EBAPE. BR, 2009, 7.1: 88-98.
- DE OLIVEIRA, Guilherme Saramago; DE OLIVEIRA CUNHA, Ana Maria. *Breves considerações a respeito da fenomenologia e do método fenomenológico*. 2008.
- DE SOUZA MARTINS, Heloisa Helena T. *Metodologia qualitativa de pesquisa*. Educação e pesquisa, 2004, 30.2: 289-300.

- DE GRANDE, Paula Baracat. *Desafios da pesquisa qualitativa: um percurso metodológico inicial*. Língua, Literatura e Ensino-ISSN 1981-6871, 2007, 2.
- DIAS, Ana Cristina Garcia; LOPES, Rita de CS. *Representações de maternidade de mães jovens e suas mães*. *Psicologia em estudo*, 2003, 8: 63-73.
- DIAS, Marcos Augusto Bastos, et al. *Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência*. *Cad Saúde Pública*, 2006, 22.12: 2647-55.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. 2001. PhD Thesis. Universidade de São Paulo.
- DOS SANTOS MONTEIRO, Juliana Cristina; AZEVEDO, Flávia; GOMES, Ana Márcia Spanó Nakano. *Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto*. *Acta Paul Enferm*, 2006, 19.4: 427-32.
- DORNFELD, Dinara; PEDRO, Eva Neri Rubim. *A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2011, 13.2: 190-8.
- DUARTE, Rosália. *Entrevistas em pesquisas qualitativas Interviews in qualitative research*. *Educar em revista*, 2004, 24: 213-225.
- FERRAZ, Marcus Sacrini Ayres. *Fenomenologia e ontologia em Merleau-Ponty*. 2009. PhD Thesis. Universidade de São Paulo.
- FERREIRA, Patrícia Margarida Costa Duarte. *Um olhar para além do ventre materno" Crenças, comportamentos e estratégias das primigestas na gravidez*. 2011.
- FIGUEIREDO, Bárbara; COSTA, Raquel; PACHECO, Alexandra. *Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas*. *Análise Psicológica*, 2002, 2.20: 203-217.
- FORGHIERI, Yolanda Cintrão. *Fenomenologia e psicologia*. In: *Fenomenologia e psicologia*. Cortez, 1984.

- FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos, et al. *Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica* [Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation]. *Caderno de Saúde Pública*, 2011, 27: 389-394.
- FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. *Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas* [Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions]. *Cad saúde pública*, 2008, 24.1: 17-27.
- FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa. *Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2010, 12.4: 660-8.
- GALEFFI, Dante Augusto. *O que é isto—A Fenomenologia de Husserl*. *Revista Ideação*, Feira de Santana, 2000, 5: 13-36.
- GARNICA, Antonio Vicente Marafioti. *Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia*. *Interface—Comunicação, Saúde e Educação*, São Paulo, 1997, 1.1.
- GIORGI, Amedeo; SOUSA, Daniel. *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. *Fim de Século*, Lisboa, 2010.
- GRAÇAS, Elizabeth Mendes das. *Pesquisa qualitativa e a perspectiva fenomenológica: fundamentos que norteiam sua trajetória*. *REME rev. min. enferm*, 2000, 4.1/2: 28-33.
- GURGEL, Almerinda Holanda, et al. *Fenômeno da dor no trabalho de parto: depoimentos de parturientes*. *Rev. baiana enferm*, 1997, 10.1/2: 95-105.
- GRIBOSKI, Rejane Antonello; GUILHEM, Dirce. *Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento*. *Texto & contexto enferm*, 2006, 15.1: 107-14.
- GODOY, Arlinda S. *Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais*. (artigo). *RAE-Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, 1995: FGV, 35.

- GUNTHER, Hartmut. *Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão*. Psicologia: teoria e pesquisa, 2006, 22.2: 201-210.
- HOLANDA, Adriano. *Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica*. Análise psicológica, 2006, 24.3: 363-372.
- HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig, et al. *O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica* Childbirth as I see it.... or the way I wish it was? Expectations of pregnant women towards. Cad. Saúde Pública, 2002, 18.5: 1303-1311.
- HUSSERL, Edmund. *Idéias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica*. Idéias & Letras, 2006.
- KESSELRTNG, C.; BASTEI, B. *Preparando-se para enfrentar o parto e o pós-parto: a experiência da participação em grupo de gestantes*. São Paulo, 2001, 82 p. PhD Thesis. Dissertação (Mestre em Enfermagem)-Escola de Enfermagem-Universidade São Paulo.
- LOPES, Caroline Vasconcellos, et al. *Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho*. Cogitare enferm, 2009, 14.3.
- LOPES, Rita de Cássia Sobreira, et al. *O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto*. Psicologia: Reflexão e crítica, 2005, 18.2: 247-254.
- LOUREIRO, Luís Manuel de Jesus. *Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem-crítica, estratégias e possibilidades*. Revista Referência, II, 2006, 2: 21-32.
- MACEDO, Priscila de Oliveira. *Significando a dor no parto: expressão feminina da vivência do parto vaginal*. 2007. PhD Thesis. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem.
- MAMEDE, Fabiana Villela. *O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto*. 2005. PhD Thesis. Universidade de São Paulo.
- MARTINS, Maria de Fátima da Silva, et al. *A herança cultural de um povo: Segredos tradicionais no ventre*. 2004.

- MELCHIORI, Lígia Ebner, et al. *Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano*. Interação em Psicologia (Qualis/CAPES: A2), 2009, 13.1.
- MERIGHI, Míriam Aparecida Barbosa; GONÇALVES, Roselane; RODRIGUES, Isabela Granghelli. *Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social*. Revista Brasileira de Enfermagem, 2006, 59.6: 775-779.
- MENDES, Isabel Margarida Marques Monteiro Dias. *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. 2009.
- MERLEAU-PONTY, Maurice. *Ciências do homem e fenomenologia. trad., pref. e notas de salma tannus muchail*. Saraiva, 1973.
- MERIGHI, Míriam Aparecida Barbosa; GONÇALVES, Roselane; RODRIGUES, Isabela Granghelli. *Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social*. Revista Brasileira de Enfermagem, 2006, 59.6: 775-779.
- MOREIRA, Virginia, et al. *O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia*. Psicologia: reflexão e crítica, 2004, 17.3: 447-456.
- MOURA, Fernanda Maria de Jesus S., et al. *Humanization and nursing assistance to normal childbirth*. Revista brasileira de enfermagem, 2007, 60.4: 452-455.
- MOTT, Maria Lucia. *Parto*. Revista Estudos Feministas, 2002, 10.2: 399-401.
- MUCCHIELLI, R. (1991). *Les Méthodes Qualitatives*. Paris: Presses Universitaires de France, 1991: p.33. In: HOLANDA, Adriano. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. Análise psicológica, 2006, 24.3: 363-372.
- NILSEN, Evenise; SABATINO, Hugo; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. *The pain and behavior of women during labor and the different positions for childbirth*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2011, 45.3: 557-565.
- LOPES, Rita de Cássia Sobreira, et al. *O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto*. Psicologia: Reflexão e crítica, 2005, 18.2: 247-254.

- LOPES, Caroline Vasconcellos, et al. *Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho*. Cogitare enferm, 2009, 14.3.
- PELLOSO, Sandra Marisa; PANONT, Kelly Tatiana; SOUZA, Katia Michelli Prudêncio de. *Opção ou imposição! motivos da escolha da cesárea*. Arq. ciências saúde UNIPAR, 2000, 4.1: 3-8.
- PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. *A dor e o protagonismo da mulher na parturição*. Rev. bras. anesthesiol, 2011, 61.3: 382-388.
- PICCININI, Cesar Augusto, et al. *Gestação e a constituição da maternidade*. Psicologia em estudo, 2008, 13.1: 63-72.
- PRODANOV, Cleber Cristiano; DE FREITAS, Ernani Cesar. *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico-2ª Edição*. Editora Feevale, 2013.
- REA, Marina F. *Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher*. J Pediatr (Rio J), 2004, 80.5 Supl: S142-6.
- RUANO, Rodrigo, et al. *Dor do parto: sofrimento ou necessidade?*. Revista da Associação Médica Brasileira, 2007, 53.5: 384-384.
- SANFELICE, Cheila, et al. *crenças e práticas do período gestacional: uma revisão integrativa*. Saúde (Santa Maria), 2013, 39.2: 35-48.
- SCAVONE, Lucila. *Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero*. Interface e Comunic Saúde Educ, 2001, 5.8: 47-60.
- SEIBERT, Sabrina Lins, et al. *Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história*. Rev. enferm. UERJ, 2005, 13.2: 245-251.
- SARTRE, Jean-Paul. *Uma ideia fundamental da fenomenologia de Husserl: a intencionalidade*. Situações IV. Lisboa: Publicações Gurapa-América, 1968.
- SILVA, Grazielle Roberta Freitas, et al. *Interview as a technique of qualitative research-a literature review*. Online Brazilian Journal of Nursing, 2006, 5.2.

- SOUSA, Valmi D.; DRIESSNACK, Martha; FLÓRIA-SANTOS, Milena. *Como escrever o resumo de um artigo para publicação*. Acta Paulista de Enfermagem, 2006, 19.3: V-VIII.
- STEFANELLO, Juliana. *A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães*. 2005. PhD Thesis. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- TEDESCO, Ricardo Porto, et al. *Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto*. RBGO, 2004, 26.10: 791-8.
- TESIS, ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO SOBRE DISERTACIONES Y.; CON, EN ENFERMERÍA. *Estudo bibliométrico sobre dissertações e teses em enfermagem com abordagem fenomenológica: tendência e perspectivas*. Rev Latino-am Enfermagem, 2007, 15.4.
- TERRA, Marlene Gomes, et al. *Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem*. Texto Contexto Enferm, 2006, 15.4: 672-8.
- THÉBAUD, Françoise. *A medicalização do parto e suas conseqüências: o exemplo da França no período entre as duas guerras*. Revista Estudos Feministas, 2002, 10.2: 415-26.
- TORNQUIST, Carmen Susana, et al. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. 2004.
- TURATO, Egberto Ribeiro. *Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa* Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. Rev Saúde Pública, 2005, 39.3: 507-14.
- TURATO, Egberto Ribeiro. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Vozes, 2003.
- RUANO, Rodrigo, et al. *Dor do parto: sofrimento ou necessidade?*. Revista da Associação Médica Brasileira, 2007, 53.5: 384-384.

- Y HOSPITALARIO, Parto Domiciliar. *A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2007, 11.1: 98-104.
- VIEIRA, Elisabeth Meloni; GIFFIN, K.; COSTA, S. H. *A medicalização do corpo feminino*. Editora Fiocruz, 2002.

ANEXOS

ANEXO I

Guião das Entrevistas

GUIÃO DE ENTREVISTA

Entrevista n° -----

Data -----

Hora de início -----

Hora de término -----

Preliminares

- Apresentação pessoal: nome, profissão, aluna do Curso de Mestrado em Saúde Pública
- Apresentação do estudo: âmbito do trabalho, seus objectivos e importância da entrevista
- Pedido de consentimento informado: para continuar a entrevista, necessidade de gravar em suporte magnético; realçar o carácter confidencial

Questões para Entrevista

- ✓ Objectivo – Descrever as experiências vividas pelas mulheres durante o seu trabalho de parto e parto em meio hospitalar.
 - Quais as expectativas que tinha em relação ao seu parto?
 - Conte-me como se sentiu durante a sua experiência do nascimento do seu filho(a)?
- ✓ Objectivo – Compreender as experiências vividas pelas mulheres durante o trabalho de parto e parto em meio hospitalar.
 - Como decorreu o seu parto?
 - Em que medida contou com o seu apoio?
 - Recorda alguma situação em particular?
 - Como se sentiu ao ser cuidada?
 - Conte-me como viveu a experiência de ser cuidada durante o seu parto profissionais de saúde?

- O que mais influenciou a sua experiência durante o parto?
- Esteve acompanhada durante o trabalho de parto e parto?
 - Se sim, em que medida a ajudou?
 - Se não, porquê?

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1) Nome (iniciais):

2) Idade _____ anos

3) Estado civil

- Solteira
- Casada / União de Facto
- Divorciada / Separada

4) Habilitações Literárias / Grau de Escolaridade

- Sem habilitações literárias
- 1º Ciclo (até à 4ª classe)
- 2º Ciclo (até ao 9º ano)
- 3º Ciclo (até ao 12º ano)
- Curso Médio
- Curso Superior

5) Profissão: _____

HISTÓRICO OBSTÉTRICO

6) Número de: Partos normais () Cesarianas () Abortos ()

7) Lugar onde ocorreu o parto: Hospital () Domicílio ()

QUESTÕES REALACIONADOS AO ÚLTIMO

- 8) A gravidez foi planeada, desejada?**
- 9) Quanto tempo durou o seu trabalho de parto dentro do hospital (desde o momento da internação até o nascimento)?**
- 10) Que tipo de parto teve?**
- 11) Durante a sua internação, como foi a sua interação com os profissionais?**
- 12) Foram realizados alguns dos seguintes procedimentos médicos sem que lhe tenham pedido o seu consentimento ou explicado o porquê da sua necessidade?**
- 13) Durante o trabalho de parto em que posições ficou?**
- 14) Durante o parto, em que posição ficou para o bebê nascer?**
- 15) Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê:**
 - Amamentou
 - Ficou com o bebê no colo
 - Apenas viu o seu bebê
 - Não teve contacto com o seu bebê
- 16) Depois do parto, ainda no hospital, como se sentiu?**
- 17) Como se sentiu nas primeiras semanas após o parto?**
- 18) Acha que esses sentimentos têm a ver com o tipo de assistência que tivestes?**

Obrigada!

ANEXO II

Carta de Apresentação do Protocolo de Pesquisa ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Saúde de Cabo Verde

**CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE PESQUISA AO COMITÊ
NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA PARA SAÚDE**

Gisseila Garcia

Rua Castro Matoso, nº14, Sé Velha

Coimbra, Portugal

6 de Junho de 2014

À Comitê Nacional de Ética em
Pesquisa Para a Saúde
Palácio do Governo,
Direção Geral de Saúde, Cp. 47,
Praia – Cabo Verde

Assunto: Proposta de Projeto de Investigação

Exmos. Presidente do Comité e Membros,

Eu, Gisseila Andrea Ferreira Garcia, aluna matriculada no Mestrado em Saúde Pública na Universidade de Coimbra, sob orientação da Dra. Isabel Margarida Mendes, venho requerer a vossa anuência para a efetivação de um Projeto de Investigação, no âmbito da dissertação do mestrado, intitulado: “**Assistência ao parto em Cabo Verde: retrato das experiências das mulheres cabo-verdianas**”.

Pretendo, com esta investigação, apelar à humanização da assistência obstétrica, num contexto de urgente resgate do carácter fisiológicos do processo parturitivo, reprovando qualquer imposição de intervenções que possam causar danos à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições em que são atendidas, bem como a limitação da sua autonomia. O método humanizado baseia-se na adoção de boas práticas sustentadas por evidências científicas, no que respeita à condução do trabalho de parto e

do parto em si.

Esta investigação destina-se a realização de entrevistas abertas à mulheres que tiveram os seus partos na maternidade do Hospital Agostinho Neto num período de 2 meses após o parto, com a finalidade de investigar a experiência do parto na voz das mulheres, permitindo conhecer as suas expectativas e vontades relativamente a esse momento de tamanha importância nas suas vidas.

Sem outro assunto, e na expectativa de vossas prezadas notícias, subscrevo-me com elevada estima e consideração, deixando em anexo a Proposta de Dissertação do Mestrado, o meu curriculum vitae, da minha Orientadora e do meu Co-orientador, também anexado a Proposta de Dissertação encontram-se o Formulário de Informação e Consentimento Informado e o Guião de Entrevista a aplicar.

Ciente da vossa atenção.

Atenciosamente,

Gisseila Andrea Ferreira Garcia

E-mail: gisseilagarcia6@gmail.com

Tel: 00351911125600

ANEXO III

Parecer do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Saúde de Cabo Verde e Autorização do Delegado de Saúde da Cidade da Praia



COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A SAÚDE

(CNEPS)

Parecer final

1-Foi submetido a 13/6/14, nos termos do artigo 5º do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de Julho, para apreciação do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS) o Projecto de Investigação intitulado: **Assistência ao parto em Cabo-Verde: retrato das experiências das mulheres Cabo-Verdianas, pela mestrandia Gissella Andrea Ferreira Garcia**

2-A pesquisa visa a dissertação de Mestrado em Saúde Pública na Universidade de Coimbra, sob a orientação da Drª Isabel Margarida Mendes.

3-Como documentos de suporte, foram apresentados:

-Carta de apresentação do protocolo de Pesquisa

-A proposta de Dissertação de Mestrado em Saúde Pública

-Guião da Entrevista

-Formulário do consentimento Livre e Informado,

Curriculum vitae da pesquisadora

-Síntese Curricular da orientadora

-Autorização da entidade acolhedora do estudo (pendente)

4-O CNEPS fez a análise documental da proposta na sua 46ª Reunião Ordinária, realizada a 26 de Junho de 2014, e deliberou no sentido da aprovação do estudo ,por cumprir os requisitos ético-legais, ao abrigo do nº11 do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de Julho ,devendo a investigadora manter o CNEPS informado do andamento dos trabalhos e dos resultados alcançados.

Cidade da Praia 30 de Junho de 2014

A Presidente do CNEPS

Maria da Conceição Moreira de Carvalho





Direcção - Nacional da Saúde

Delegacia de Saúde da Praia

Praia, 18 de Julho de 2014

AUTORIZAÇÃO

Projeto de Pesquisa: Assistência ao parto em Cabo Verde: retrato das experiências das mulheres cabo - verdianas.

Autoriza – se a aluna Gisseila Andrea Ferreira Garcia em realizar a sua pesquisa – **Assistência ao parto em CABO Verde: retrato das experiências das mulheres cabo – verdianas-** no Centro de Saúde Reprodutiva da Fazenda.

O Delegado de Saúde

/Dr. Domingos Teixeira/



ANEXO IV

Formulário de Informação e Consentimento Informado

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

Está a ser convidada a participar, como voluntária, no Projeto de Investigação – **Assistência ao parto em Cabo Verde: retrato das experiências das mulheres cabo-verdianas** - caso concorde em participar, por favor assine no final do documento.

A sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, poderá revogar o seu consentimento. A sua recusa não prejudicará a sua relação com o investigador ou com a instituição.

Receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do investigador principal, podendo tirar dúvidas acerca do projeto e da sua participação.

TÍTULO DO PROJETO : Assistência ao parto em Cabo Verde: retrato das experiências das mulheres cabo-verdianas

INVESTIGADOR ORIENTADOR:

Prof. Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes

Prof. Doutor José Paulo Achando Silva Moura

INVESTIGADORA RESPONSÁVEL:

Gisseila Andrea Ferreira Garcia

ENDEREÇO: Achada São Filipe - Praia

TELEFONE: 261-86-23/261-37-32 **TELEMÓVEL:** 5989852

OBJETIVO: Descrever as experiências vividas pelas mulheres durante o trabalho de parto e parto em meio hospitalar;

Compreender as experiências vividas pelas mulheres durante o trabalho de parto e parto em meio hospitalar.

JUSTIFICATIVA: Espera-se que o resultado da pesquisa contribua para traçar o perfil da assistência ao parto em Cabo Verde e permita uma reflexão sobre o que pensam as mulheres relacionadamente a assistência que obtiveram e a conduta dos profissionais, a cerca do processo de parto.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Se concordar em participar na investigação terá que: assinar o presente termo de consentimento e responder às questões da entrevista

que será aplicada numa sala reservada e privada, sem a presença de terceiros, exceto se for da vontade do voluntário. A entrevista durará cerca de 15 a 35 minutos e os dados servirão de subsídio para o investigador analisar ajudar a traçar o perfil da assistência ao parto em Cabo Verde na ótica das mulheres cabo-verdianas. Os dados serão sigilosos e será mantido o seu anonimato.

RISCOS E DESCONFORTOS: A entrevista pode gerar desconforto emocional, ansiedade e constrangimento aos indivíduos pesquisados.

BENEFÍCIOS: Como benefício social, a pesquisa poderá contribuir para melhorar o cuidado às gestantes em trabalho de parto e parto através da identificação variadas de situações vividas pelas entrevistadas.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação. Nenhuma cobrança será realizada e também não receberá nenhum pagamento pela sua participação.

EXPOSIÇÃO PESSOAL: A sua privacidade e anonimato serão mantidos. Não haverá exibição de imagens, fotografias ou gravações. O nome utilizado será fictício.

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A
MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER
RECEBIDO
RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

Eu, _____, declaro que li as informações contidas neste documento, fui devidamente informado(a) pela investigadora – **Gisseila Andrea Ferreira Garcia** – acerca dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, exposição pessoal, concordando ainda em participar na pesquisa.

Foi-me garantido que posso revogar o meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalização ou comprometimento do meu acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro ainda que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Poderei consultar o investigador responsável (acima identificado), no seu endereço em Achada São Filipe, pelo telefone ou no e-mail: gisseilagarcia6@hotmail.com sempre que achar necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de investigação e acerca da minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Nome do

Participante _____

Assinatura : _____

Data: _____ / _____ / _____

Nome de Testemunha / Representante

Legal: _____

Assinatura: _____

Data: _____ / _____ / _____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objectivos e os procedimentos do Estudo acima mencionado.

Nome do

Investigador: _____

Assinatura: _____

Data: _____ / _____ / _____

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Perfil das Participantes

	<u>Idade</u>	<u>Planejou</u>	<u>Est. Civil</u>	<u>Escolaridade</u>	<u>Profissão</u>
1. IIGIIPN	31	Não Planeada	Solteira	7 ano	Doméstica
2. IGIIPN	18	Não Planeada	Solteira	8 ano	Doméstica
3. IGIPN	24	Não Planeada	Solteira	2 ano de C.	Estudante
4.	20	Não Planeada	Solteira	9 ano	V. ambulante
5. IIGIIPN	29	Planeada	Solteira	7 ano	Doméstica
6. IGIPC	19	Não Planeada	Solteira	10 ano	Doméstica
7. IIGIIPN	25	Planeada	Solteira	8 ano	Doméstica
8. IGIPN	16	Não Planeada	Solteira	10 ano	Estudante
9. IGIPN	21	Planeada	Solteira	12	Doméstica
10. IIGIIPN	21	Não Planeada	Solteira	10	Doméstica
11. IIGIAIPN	25	Não Planeada	Solteira	6 ano	Loja chinesa
12. IGIPC	25	Não Planeada	Solteira	6 ano	Doméstica
13. IGIPN	22	Não Planeada	Solteira	12 ano	Doméstica
14. IGIPN	23	Não Planeada	Solteira	12 ano	Doméstica
15. IIIGIIPN	21	Não Planeada	Solteira	10 ano	Doméstica
16. IIIGIIPN	29	Não Planeada	União de Facto	10 ano	Doméstica
17. IIGIIPN	29	Não Planeada	União de Facto	10 ano	Doméstica
18. IIGIIPN	19	Não Planeada	Solteira	6 ano	Doméstica
19. IVGIVPN	30	Não Planeada	Solteira	5 ano	V. ambulante
20. IIGIIPN	21	Não Planeada	Solteira	10 ano	Doméstica
21. IIIGIIPNIPC	31	Planeada	União de Facto	12 ano	Camareira
22. IIGIPNIPC	37	Não Planeada	União de Facto	5 ano	Doméstica
23. IIIGIIPN	27	Não Planeada	Solteira	7 ano	Doméstica
24. IVGIIIPNIPC	30	Não Planeada	União d.	4 ano	Doméstica
25. IIIGIIPN	29	Não Planeada	Casada	7 ano	Doméstica
26. IIGIIPN	30	Não Planeada	União de Facto	12 ano	Doméstica
27. VGGPN	37	Não Planeada	União de Facto	6 ano	Doméstica
28. IIGIIPN	27	Não Planeada	Solteira	7 ano	Doméstica
29. IIIGIIPNIPC	29	Não Planeada	União de Facto	12 ano	Doméstica
30. IGIPN	22	Não Planeada	Solteira	1 ano de curso	Estudante
31. IIIGIIPNIPC	26	Planeada	União de Facto	8 ano	Doméstica
32. IGIPN	22	Não Planeada	Solteira	12	Doméstica
33. IIGIIPN	23	Não Planeada	Solteira	7 ano	Doméstica
34. IVGIVPN	31	Não Planeada	Casada	12 ano	Doméstica
35. IGIPN	19	Não Planeada	Solteira	2 ano de curso	Estudante
36. IGIPN	26	Não Planeada	Solteira	12 ano	Func. de Limpeza
37. IIGIIPN	22	Não Planeada	União de	10 ano	Doméstica

			Facto		
38.IVGIVPN	38	Planeada	União de Facto	2 ano de curso	Estudante
39.IIGIIPN	27	Não Planeada	Solteira	8 ano	Doméstica
40.IGIPN	18	Não Planeada	Solteira	1 ano de curso	Estudante
41.IIGIIPN	35	Não Planeada	Casada	Licenciada	Professora
42.IIGIIPN	39	Planeada	União de Facto	Licenciada	Professora
43.IIGIAIPN	24	Não Planeada	Casada	11º ano	Doméstica
44.IIGIIPN	38	Planeada	Solteira	Licenciada	Gestora
45.IGIPN	21	Não Planeada	Solteira	12 ano	Doméstica
46.IIGIIPN	28	Não Planeada	Solteira	9º ano	Doméstica
47.IGIPN	27	Não Planeada	Solteira	12 ano	Doméstica
48.IGIPN	29	Planeada	Solteira	1 ano de curso	Estudante
49.IGIPN	21	Planeada	União de Facto	8 ano	Doméstica
50.IVGIAIIPN	28	Não Planeada	União de Facto	6 ano	Doméstica

APÊNDICE II

Algumas unidades de significados

MEDO

E1 - *No primeiro filho eu não senti medo do parto, talvez pela ansiedade de ser a minha primeira gravidez, tudo correu muito bem. Agora nesse aqui, passei muito mal durante gravidez, tive muita náusea, vômito e muito medo do parto. Me sentia fraca, estava com sérios problemas de anemia, mas com a ajuda dos doutores, tive uma boa assistência ao parto, me senti cuidada.*

E8 - *Estava com medo, não só da dor do parto, mas também medo por causa da escola, dos meus pais. Medo que o pai do meu filho no início não quisesse assumir a criança, eu sou muito nova, quando engravidei estava só com 15 anos, agora tenho 16.*

E16 – *Não tive medo pois já tinha experiência, fui bem tratada, graças a Deus.*

E17- *Não sei dizer se foi por causa do nervosismo, mas na hora que eu ia para a sala do parto comecei a chorar, de medo.*

E35 - *Não senti medo, só queria que ele nascesse com vida com saúde e de parto normal.*

E42 – *Essa foi a minha segunda cesariana. Dizem que só podemos ter no máximo três cesarianas, por isso, estava sim com medo. Não doeu muito.*

E49 - *Sentia muita dor e estava com medo, não queria ter cesariana.*

O ACOLHIMENTO

E1 – *Senti-me bem acolhida pela equipe, bem cuidada, não me colocaram o soro para ter mais dor, só teve o corte lá em baixo, levei muitos pontos, mas acho que foi necessário.*

E10 - *Como eu não fiz pré-natal e nem tinha o caderno do pré-natal não quiseram me deixar fazer a ficha do internamento, fiquei por muito tempo, na entrada da maternidade, esperando, até me deixarem entrar. Quando cheguei na sala de pré- parto a cabeça do bebê já estava insinuada, quase que o meu filho nascia no corredor. E as enfermeiras gritavam comigo, para fechar as pernas para o bebê não sair e escorregar, foi horrível.*

E43 – *Fui bem acolhida, toda hora perguntavam se eu precisava de alguma coisa e levavam uma maquina para ver ouvir o coração do meu bebê.*

A INFLUÊNCIA DO GRUPO SOCIAL

E1 – *Pelas coisas que ouvi falar sobre como as parturientes eram mal tratadas na maternidade, estava com muito medo.*

E32 - *Muito daquilo que me disseram não aconteceu. Disseram-me que a dor é intensa, insuportável, que os médico tratam mal as mulheres, disseram-me muitas coisas horríveis, por isso, fiquei com medo.*

E40 - *Ouvi dizer que doía muito, mas eu fiz cesariana, ouvi dizer também que na maternidade não tratavam muito bem as pessoas.*

E45 - *Durante o período que estive grávida, todos me diziam para comportar bem no hospital; comportar como deve ser. Fiz tudo o que me disseram e por isso , foi tranquilo lá. As pessoas dizem-me para que, quando chegasse a minha hora, ficar na minha cama, quando sentir dor, para levantar para passear, mas se a dor estiver forte, deitar de lado e respirar fundo.*

DOR

E25 - *Em casa, esta a sentir dor em pouca intensidade, mas não imaginei que fosse dor de parto, que estava a chegar a minha hora e também não queria nem ir ao hospital. Mas a preocupação aumentou, e fui para o hospital ver se algo tinha acontecido a meu bebê, quando cheguei na maternidade, a enfermeira da urgência perguntou-me se eu morava perto, disse-lhe que sim, então ela me encaminhou para a doutora e esta me internou, justificando que já estava em trabalho de parto.*

E31 - *Cheguei ao hospital cerca das 9h da noite, internaram - me e só entrei na sala de parto às 7:30 da manhã. Mas não estava com dor.*

E34 - *Sempre espero ter o parto normal, pois nunca fiz cesariana, fiquei com muito medo de sentir dor insuportável, pois no segundo também era menino e senti muitas dores, mas não senti*

nenhuma dor, foi rápido.

PARTO

E15 - Não demorou quase nada, cheguei ao hospital e logo dei á luz, nem subi para a sala de parto, tive o me filho na sala de urgência, depois me levaram para sala de pós-parto, lá tive um bom tratamento, tomei um banho (o hospital agora tem bom casa de banho, da outra vez não tive coragem de tomar banho), a comida é mais ou menos boa, foi tranquilo.

E30 – (...) eu chamava mas ninguém respondia, o meu filho quase nasceu dentro da sanita, senti muita dor, foi urinar, mas não consegui chegar na sanita porque o bebê nasceu no chão, depois que eu comecei a gritar mesmo, de espanto é que elas vieram correndo e viram que o bebê já tinha nascido.

E32 – (...) chegando na maternidade deambulei muito, não consegui ter o filho rapidamente pois tinha ficado muito tempo sentada. Porque me disseram para ficar deitada, mas o corpo as vezes manda, e o meu só estava a pedir para levantar e eu levantei, andava de um lado para o outro, não aguentava mais ficar deitada ou sentada.

E35 - O meu bebê já estava com 9 meses e um semana, mas ainda não havia nascido, por isso fiquei internada desde a segunda-feira e só na quarta colocaram soro e dei á luz.

E44- Cheguei ao hospital às 7 horas da manhã, e só tive o bebê as 9 horas da noite, demorei muito para ter o bebê porque ele se encontrava enrolado no cordão umbilical, antes de ir para a sala de parto, andava, deitava, dependia do meu estado de espírito, mas depois fiquei a maior parte do tempo deitada.

A EXPERIÊNCIA

E3 - Eu acho que eles atendem as pessoas bem, agora com tudo o que escutas por ai, ficas mesmo com medo. Só acho que eles me tocaram muito, e como estava com muita dor então acho que isso foi uma parte negativa, e também estava com uma “malita” na vagina, então pior

ainda.

E 26 - Levei muitos pontos, acho que foi o mesmo numero de pontos dos partos anteriores. Todos os meus dois filhos nasceram muito grandes, nasceram com aproximadamente 4 quilos.

E38 - Estava á espera que fosse mais complicada, pois a minha idade já está avançada, mas correu tudo bem, senti dores mais intensas nesse parto do que nos outros.

E47 - Dizem que quando vais ter um filho tens de ter responsabilidade, esperava que fosse mais simples, só que estive muito mal, pois, não consegui ter o bebê sozinha, foi preciso que me fizessem pressão para o bebê pudesse sair, senti muita dor, estava com muito medo quando entrei na sala de parto .

PÓS-PARTO

E2 - Após o parto passei muito mal, tive problemas com a amamentação do meu filho, o meu peito direito ficou dolorido e inchado, fui para a urgência da maternidade e não me atenderam bem, mandaram-me de volta para casa, poucos dias depois fez ferida e tive que voltar de novo para a maternidade, então fiquei internada, foi horrível, graças a Deus tudo passou.

E3 - Não amamentei o meu filho logo após o parto, porque o meu peito não tinha leite. Coitado do me bebê que ficou com fome, pois só no outro dia que levaram o leite para ele, do banco de leite. Mas em casa consegui amamentar tranquilamente, estou até com leite demais no meu peito, depois que fizeram-me uma massagem nos peitos, o leite desceu. Eu tive filho sábado mas fui para casa na Segunda-feira, porque estava a tomar antibióticos por causa da malita.

E11 – Logo após o parto amamentei, depois tomei banho, tomei café da manhã, bom café da manhã. Me senti satisfeita, por acaso não tenho nada a reclamar.

E 17 - Voltei ao hospital porque os pontos da cesariana abriram, mas não me deram nenhum remédio, só orientaram-me a voltar após os 4 meses para fazer uma nova consulta, estava com dor nas costas também, mas disseram que era normal e estava com hematomas na ferida.

E19 - E em casa, após o parto, estava muito satisfeita, foi tudo muito rápido, já no segundo

dia fui trabalhar, porque eu vendo roupas, até hoje não tenho nenhuma queixa.

E22 – (...) estava com problemas, tive que fazer uma nova cirurgia, pois esqueceram gases dentro de mim, que só veio a manifestar-se 3 dias após o parto. Quando recebi a alta, fiquei muito contente por voltar para casa, mas triste também, pelo que tinha se passado. Estava com muita dor abdominal, levei 15 dias para recuperar.

E23 - Tinha um pouco de dificuldades em andar mas com o tempo a comecei a melhorar.

E24 – A recuperação após cesariana foi rápida, também não sou como a minha irmã, sentia muitas dores, mas mesmo assim fazia as coisas em cima da dor, porque senão os meus filhos poderiam passar fome.

E26 - Meu único problema foi a dor, depois de quase dois meses é que comecei a melhorar.

E27 - Estava bem, não sentia dor. Sentia-me contente, estava satisfeita.

E28 – (...) o leite atrasou um pouco para descer, com isso fiquei triste, o meu bebê estava com muita fome, ainda bem que o leite desceu depois. Em casa, estive muito tempo deitada, estava muito desconfortável, não era dor, era desconforto mesmo, mas depois ficou tudo bem. Estar em casa é diferente de estar no hospital, ninguém mais manda em você.

E30 – Não amamenteei após o parto, estava com muito medo, só quando tive alta, em casa que consegui amamentar, e estou muito feliz com o meu bebê.

E36 - Senti um grande alívio, depois que vi o meu menino, tudo passou.

E40 – (...) estava com muita dor, não conseguia andar, nem sentar, mas agora já estou melhor, só quando abaixo é que sinto dores nas costas.