
PERSPECTIVAS DE DOR DO PARTO NORMAL DE PRIMIGESTAS NO PERÍODO PRÉ-NATAL¹

Nilza Alves Marques Almeida², Marcelo Medeiros³, Marta Rovey de Souza⁴

¹ Artigo baseado na tese - A dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, em 2009.

² Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem (FEN) da Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiás, Brasil. E-mail: nilza@fen.ufg.br

³ Doutor em Enfermagem. Professora Associado da FEN/UFG. Goiás, Brasil. E-mail: marcelo@fen.ufg.br

⁴ Doutora em Ciências Sociais. Professora Associado do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da UFG. Goiás, Brasil. E-mail: martary@gmail.com

RESUMO: Estudo descritivo de abordagem qualitativa com o objetivo de analisar as perspectivas de dor do parto normal de primigestas e suas relações com o contexto sociocultural e de assistência pré-natal. Primigestas de uma maternidade pública de Goiânia-GO, Brasil foram entrevistadas no terceiro trimestre de gestação, e suas falas, analisadas pelo Método de Interpretação de Sentidos. As dez participantes apresentaram-se com faixa etária entre 18 e 31 anos e gestação normal. Por meio da retratação social da dor do parto normal, ora como fenômeno natural inerente ao parto, ora como fenômeno de sofrimento para a mulher, as primigestas construíram percepções e sentimentos ambíguos. Mesmo assim, elas sustentaram suas expectativas no sentido da dor como fenômeno natural inerente ao parto, com a perspectiva de ter uma vivência parturitiva saudável e satisfatória. Estes resultados podem subsidiar ações educativas no pré-natal que favoreçam um olhar direcionado à integralidade da mulher como agente do parto.

DESCRIPTORIOS: Dor do parto. Parto normal. Pré-natal. Enfermagem obstétrica. Saúde da mulher.

PERSPECTIVES OF NORMAL DELIVERY PAIN OF PRIMIGRAVID DURING THE ANTENATAL PERIOD

ABSTRACT: This qualitative and descriptive study aims at analyzing perspectives on normal labor pain of primigravid and their relationships with the social-cultural context, as well as the antenatal care. Primigravid from a Public Maternity Hospital in Goiânia-Goiás, Brazil, were interviewed during the third quarter of pregnancy and their speeches were assessed through the use of the Method of Interpretation of Meanings. The ten participants presented normal pregnancy and they were between 18 and 31 years old. From the primigravid interviews emerged ambiguous perceptions and feelings, either as a natural phenomenon inherent to childbirth or as a suffering phenomenon. Notwithstanding, they supported their expectations concerning pain as a natural phenomenon regarding labor, with the perspective of having a healthy and satisfactory childbirth experience. These outcomes can subsidize educating actions in the antenatal period favoring a view towards women's integrality as childbirth agents.

DESCRIPTORS: Labor pain. Natural childbirth. Prenatal care. Obstetrical nursing. Women's health.

PERSPECTIVAS DE DOLOR DE PARTO NORMAL DE PRIMERIZAS EN EL PERIODO PRENATAL

RESUMEN: Estudio descriptivo de abordaje cualitativo con el objetivo de analizar las perspectivas de dolor del parto normal de primerizas y sus relaciones con el contexto socio-cultural y de asistencia prenatal. Las primerizas de una maternidad pública de Goiânia-GO, Brasil fueron entrevistadas en el tercer trimestre de gestación y sus declaraciones fueron analizadas por el Método de Interpretación de Sentidos. Las diez participantes se presentaron con edad entre 18 y 31 años en gestación normal. Por medio de la retractación social del dolor del parto normal, ya sea como fenómeno natural inherente al parto, o como fenómeno de sufrimiento para la mujer, las primerizas construyeron percepciones y sentimientos ambíguos. Mesmo así, ellas han sustentado sus expectativas en el sentido del dolor como fenómeno natural inherente al parto, con la perspectiva de tener una vivencia durante el parto saludable y satisfactoria. Estos resultados pueden subsidiar acciones educativas en el prenatal que favorezcan una mirada hacia la integralidad de la mujer como agente del parto.

DESCRIPTORIOS: Dolor de parto. Parto normal. Atención prenatal. Enfermería obstétrica. Salud de la mujer.

INTRODUÇÃO

O parto normal, como um processo doloroso parece ser uma experiência tão antiga quanto a própria existência humana. A mais remota explicação conhecida para sua origem está contida na Bíblia Sagrada, no livro do “Gênesis” (3:16), onde Deus disse à mulher: “multiplicarei os sofrimentos de teu parto; darás à luz com dores...”^{1:51}

No curso de tantos séculos, a consagração da dor como sofrimento, no parto, por meio do mito “Parirás na dor”, tem sido infundida no imaginário feminino popular. Desse modo, constitui em componente cultural determinante de que, do ponto de vista emocional e físico, o parto normal tenha uma conotação e um significado de experiência traumática para a mulher.² A dor do parto normal é reconhecida histórica e culturalmente como uma experiência inerente ao processo de parturição, associada à ideia de sofrimento, e um evento esperado pela maioria das mulheres de diferentes culturas.³⁻⁴

Com o surgimento da obstetrícia como ciência, o parto normal deixou de ser um evento privativo pertencente à esfera familiar e ao acervo de conhecimento das mulheres, para ser um evento institucionalizado, amparado por inovações tecnológicas. Em consequência, o parto como um evento contextualizado culturalmente foi perdendo a sua essência diante o controle do processo parturitivo e o gerenciamento do corpo feminino, favorecendo a mudança da posição da mulher, de protagonista para colaboradora.⁵

Essas mudanças geraram na mulher a crença de que as intervenções tecnológicas beneficiariam totalmente o processo parturitivo, até mesmo abolindo a dor. Desse modo, o desenvolvimento da medicina e da tecnologia definiu também a forma predominante com que a sociedade moderna passou a significar o parto normal e, consequentemente, a dor do parto.⁶

Como triunfo social, a obstetrícia médica, além de manter o modelo intervencionista de assistência, passou a apontar o parto cirúrgico como uma das soluções para o problema da dor do parto normal, com base na ideia de que a mulher não é a culpada pela dor, mas sim vítima de sua própria natureza.⁷ Assim, por meio de uma cesárea eletiva, a dor do parto normal poderia ser evitada para a maioria das mulheres assistidas no setor privado, tornando-se uma intervenção, muitas vezes realizada por conveniências diversas da equipe médica, e até mesmo, da própria mulher

grávida.⁸⁻⁹ Em consequência dessa cultura do parto cesáreo, como estratégia para evitar a dor do parto normal, e da manutenção poder médico sobre o corpo feminino, desenvolveu-se uma insegurança na mulher em relação ao seu potencial de vivenciar o processo parturitivo como um evento natural e satisfatório, principalmente, no que tange ao enfrentamento da dor.

Em razão da difusão dessa prática, no final do século passado, o Brasil passou a ser conhecido como um dos países com as mais altas taxas de parto cesáreo. Ultrapassou significativamente os 15% de taxa anual do total de partos recomendada pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).¹⁰ Com isso, desde as décadas de 1980 e 90, o país encontra-se em processo de transição, em busca da redução da taxa de parto cesáreo, que, nesse período, apresentou-se em torno de 40%.¹⁰

Na atualidade, as taxas de parto cesáreo têm aumentando continuamente. Entre 2000 e 2009, foram correspondentes a 38% e 50,1%, respectivamente, mesmo com o Pacto para a Redução das Taxas de Cesarianas para 25%, firmado entre as administrações estaduais e o MS, no ano de 2000.¹¹ Assim, em 2009, as taxas de partos cesáreos foram maiores nas regiões Sudeste (56,8%), Sul (56%) e Centro-Oeste (55,8%), e menores nas regiões Norte (39,6%) e Nordeste (41,3%).¹²

Diante desse contexto, o Brasil, também passou a ser foco de atenção pelo aumento da morbimortalidade materna e perinatal.¹²⁻¹³ Tem-se apontado a relação entre este aumento e o modelo intervencionista hegemônico presente, tanto no sistema público como no privado de saúde, frente a uma prática obstétrica em descompasso com as recomendações internacionais fundamentadas em evidências científicas.¹⁴

Uma prática obstétrica preocupante é a “cesárea a pedido”, justificada também como meio de impedimento da dor do parto normal.^{4,10} Isto permite entender a dor do parto como um assunto que merece atenção na Saúde Pública. Nessa perspectiva, a retomada do protagonismo feminino na cena do parto normal e a redução do parto cesáreo passam a ser um desafio para o Brasil diante das Metas do Milênio da OMS, até 2015: promover a autonomia das mulheres, redução da mortalidade infantil e melhoria da saúde materna.^{10,15}

Esse panorama nacional fez surgir várias iniciativas de busca de mudança do paradigma da assistência intervencionista para a humanizada,

objetivando o resgate da natureza feminina e a cultura do parto natural. Iniciativas individuais e institucionais foram implementadas com essa finalidade. Entre elas, destacaram-se as experiências de Galba de Araújo, no Ceará (inspirado por práticas tradicionais de parteiras); de Moisés Paciornick, no Paraná (parto de cócoras); do Hospital Pio X, em Ceres-GO; da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA); além da criação de sites como “Amigas do Parto”, entre outros, que têm contribuído para a formação de um ideário de humanização do parto, centrado na satisfação e na segurança da mulher e de seu filho.^{7,16}

O foco da proposta de assistência humanizada implementada, com o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído por meio da Portaria/GM nº 569/2000, do MS, na perspectiva dos direitos de cidadania da mulher, busca o resgate do papel central e ativo da mulher no parto, com garantia do processo natural do parto e da saúde da mãe e do filho, com o mínimo possível de intervenção, compatível com segurança.^{6,16} A efetividade e a segurança dos procedimentos obstétricos e a qualidade da assistência foram apontados como o tripé para a humanização, por sua relevância na garantia da satisfação da mulher em relação ao processo parturitivo e, conseqüentemente, a garantia do seu direito ao parto como experiência prazerosa.⁶

Em nível mundial, o movimento pela humanização do parto e do nascimento é um desdobramento do “Ideário do Parto sem Dor”, iniciado com Dick-Read e Lamaze, a partir da criação dos métodos psicoprofiláticos de redução da dor no parto. Na segunda geração desse ideário, desponta a fase de valorização do casal igualitário ou “grávido” e, posteriormente, a geração do ecologismo do parto, com a participação dos obstetras Frédérick Leboyer, Michel Odent e Moisés Paciornick, com experiências concretas de preparação para o parto e o parto humanizado.¹⁷

Para a ampliação desse ideário de humanização em nosso país, tem-se buscado intensificar as ações de qualificação dos profissionais de saúde, no que tange aos cuidados pré-natais, no parto e no puerpério. A proposta é evitar também que com a assistência institucionalizada o saber científico sobreponha à natureza do corpo feminino, interferindo na garantia de participação ativa e satisfação da mulher em relação ao processo parturitivo.

Nesse sentido, torna-se indispensável que o profissional de saúde busque compreender a dor a partir da perspectiva da mulher no período pré-

-natal e conforme o seu contexto sociocultural. Essa visão individualizada pode favorecer o processo educativo para o cuidado obstétrico humanizado no período pré-natal, com a participação ativa da gestante e com conotação positiva, a partir do atendimento de suas necessidades e de acordo com suas expectativas em relação à dor e ao parto normal.

Para tanto, a seguinte questão preliminar, norteou o processo de reflexão deste estudo: quais as perspectivas de dor do parto da primigesta e qual a sua relação com o contexto sociocultural e com a assistência pré-natal? A partir dessa reflexão, propôs-se como objetivo analisar as perspectivas de dor do parto normal de primigestas e suas relações com o contexto sociocultural e de assistência pré-natal.

PERCURSO METODOLÓGICO

Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, desenvolvida à luz da Pesquisa Social Estratégica em Saúde.¹⁸ Esta modalidade de pesquisa caracteriza-se por seu objeto de estudo ser essencialmente histórico, qualitativo e relacionado a problemas concretos da sociedade; por veicular interesses e visões de mundo construídos e submetidos à dominação vigente; e por permitir que as visões dos sujeitos permeiem todo o processo de investigação, existindo identidade entre o sujeito e o objeto.¹⁸

Com vistas ao cumprimento dos aspectos éticos e legais para pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa,¹⁹ o projeto foi submetido à apreciação, e aprovado pelo então Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolo nº 104/2006).

Foram convidadas a participar desta pesquisa, primigestas com idade a partir de 18 anos e, com 36 semanas de gestação ou mais, cadastradas no programa de pré-natal de baixo risco e com frequência regular ao atendimento de rotina, desde o primeiro trimestre de gestação. Todas as gestantes convidadas aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A abordagem da gestante, a partir da trigésima sexta semana de gestação, visou favorecer o diálogo sobre a temática da dor com mais proximidade do parto.

O trabalho de campo foi desenvolvido mediante a realização de uma entrevista individual,

gravada por meio magnético, na ocasião da consulta pré-natal, no ambulatório de obstetrícia de uma maternidade pública de Goiânia, capital de Goiás, Brasil, entre os meses de março a outubro de 2007. As questões norteadoras sobre as perspectivas de dor do parto normal emergiram do referencial teórico e foram apreciadas e validadas por professores de áreas afins da enfermagem, quanto à sua pertinência e consistência. Estas questões visaram a garantia da expressão livre de percepções, sentimentos e expectativas acerca desse fenômeno pelas participantes. O número de 10 participantes da pesquisa foi definido a partir do critério de saturação das ideias implícitas nas falas, conforme pressupõem os estudos qualitativos.¹⁸

Os dados foram analisados pelo Método de Interpretação de Sentidos.²⁰ Este consiste em um caminho de análise de significados de palavras, ações, conjunto de inter-relações, grupos, instituições, conjunturas e outros corpos analíticos, dentro de uma perspectiva das correntes compreensivas das ciências sociais.²⁰

A análise interpretativa dos dados foi iniciada pela leitura compreensiva do material selecionado, seguida da exploração desse material e, ao final, da elaboração da síntese interpretativa.²⁰ Deste movimento emergiu uma categoria temática mais abrangente, denominada "Revelando percepções, sentimentos e expectativas acerca da dor do parto normal".

Na etapa de elaboração de síntese interpretativa,²⁰ procurou-se trabalhar com os sentidos mais amplos que articulavam as explicações dos sujeitos da pesquisa e traduziam a lógica do conjunto do material, para, na redação do texto de análise dos dados, fazer uma articulação entre os objetivos do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos, segundo a temática que emergiu das falas.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As 10 primigestas participantes da pesquisa, na ocasião da entrevista, apresentaram gestação normal, variando entre 37 e 39 semanas, com frequência entre seis e oito consultas no período pré-natal, número previsto como o mínimo satisfatório preconizado pelo MS para o acompanhamento da gestante.²¹ Três primigestas referiram ter participado de grupo de gestantes na Unidade Básica de Saúde da Família do setor de suas residências, com vistas ao preparo educativo específico para a gravidez, parto e puerpério.

As participantes apresentaram faixa etária entre 18 e 31 anos, com idade média de 23,9 anos, pertencendo ao grupo considerado de menor risco obstétrico.²² Embora a escolaridade média das participantes fosse de 11,6 anos, com ensino médio completo entre a maioria (seis), somente três estavam trabalhando e contribuíam no orçamento familiar. Oito relataram estar vivendo com o companheiro e desejar a gestação. As demais eram solteiras e assumiram a gravidez não planejada e a maternidade com o apoio da família. A maioria (seis) era adepta da religião evangélica e residia (sete) na cidade de Goiânia.

O caminho trilhado pelas participantes da pesquisa para previsão da dor do parto normal teve como base fundamental a rede de informação de seu meio sociocultural e de assistência obstétrica do pré-natal.

Como fontes de informação sobre a dor do parto normal, foram apontadas por elas fontes primárias e secundárias. Os profissionais de saúde (médico e enfermeiro), gestantes do pré-natal e mulheres da família e do meio social que já tinham vivenciado a dor do parto normal, foram citados como fonte primária de informação. Os veículos midiáticos, como vídeos, revistas, jornais, livros, televisão e internet, foram apontados como fonte secundária. Alguns exemplos dessas fontes de informação são apresentados na fala a seguir: *procurei informação na internet, no hospital com as enfermeiras, em casa e em livros. Procurei na revista, no jornal e até parto normal, que passou esses tempos atrás na televisão, eu assisti (e6)*. De acordo com as fontes de informação apresentadas pela entrevistada, foi possível identificar a necessidade da primigesta de compreender melhor o processo parturitivo, visando subsidiar a sua trajetória na formação de uma opinião própria acerca da dor do parto normal.

Para amparar a gestante na trajetória pré-natal, em especial na primeira gravidez, o Ministério da Saúde preconiza que a assistência, além de promover todos os cuidados e procedimentos obstétricos que visam preservar a saúde da gestante e do conceito, também deve incluir atividades de educação em saúde individual ou grupal que favoreçam hábitos saudáveis de vida, bem como o preparo para o parto e o puerpério.²¹

As informações adquiridas pelas participantes no período pré-natal tiveram enfoque nas dimensões, tanto biológica quanto psicoafetiva, sociocultural e assistencial/institucional relacionadas com a dor do parto normal, como retratado

nas falas: *tive palestras. A enfermeira falou pra gente fazer a respiração na hora da dor da contração, fazer força e ficar calma* (e10); *ela [enfermeira] me informou que o médico não gosta que a mulher chore ou grite, até mesmo porque atrapalha. Ela disse: 'quando você for pra maternidade e você tiver sentindo dor, num esperneia não, tenta segurar pra ajudar o bebê'* (e5).

No primeiro relato, a informação veiculada pela equipe de pré-natal foi da mulher como agente ativo no processo parturitivo, sendo enfatizada a importância do equilíbrio psicoafetivo e da utilização de medidas não farmacológicas para manejo da dor. De outro lado, foi veiculada a informação da mulher como agente passivo, sendo reforçada a autoridade do médico para dirigir o processo parturitivo ao ser enfatizada a necessidade de obediência por parte da mulher às solicitações da equipe de assistência, visando facilitar o parto.

Isso reforça a ideia de sobreposição do saber científico e técnico do profissional de saúde para a manutenção do controle sobre o corpo feminino e o processo de parturição, despersonalizando a natureza feminina. Desta forma, por meio de uma relação assimétrica e de dominação por parte do profissional de saúde, a mulher deixa de exercer sua autonomia como agente ativo do parto para favorecer a assistência obstétrica.²

As entrevistadas evidenciam também, em suas falas, os pilares que sustentam as visões de assistência presentes entre o grupo de profissionais envolvidos no atendimento pré-natal da maternidade-estudo. A primeira fala retrata um movimento de busca pela prática da humanização da assistência ao parto. A segunda já retrata a visão enraizada de medicalização da assistência, na qual o protagonista do processo parturitivo é o médico. Para alguns autores, essas visões podem coexistir numa mesma instituição, diferenciando-se de acordo com as atitudes incorporadas pelos profissionais durante a formação e o contato com os modelos institucionais.²³

Em relação à forma de aquisição das informações, para a maioria, ocorreu de forma restrita, diretiva e passiva, embora algumas informações de fontes secundárias tenham sido adquiridas por iniciativa das participantes. Nenhuma das informações adquiridas teve caráter estritamente educativo, pois foram obtidas em circunstâncias que, segundo as entrevistadas, não favoreceram questionamento e discussão por parte delas, ou seja, não se estabeleceu o processo de comunicação. Em consequência, não houve oportunidade de esclarecimento de dúvidas para uma maior

compreensão do processo de dor e do parto propriamente dito, o que favoreceu a manifestação de dúvida, insegurança e medo. Este contexto está retratado na fala a seguir, com destaque de lacunas da assistência pré-natal: *a gente sem experiência nenhuma acha que o médico vai chegar e falar tudo e não fala. Tive que ficar perguntando e as respostas foram superficiais. Pra quem não sabia nada, ficou na mesma. Sobre a dor do parto ela [médica] [...] só disse que perto do dia posso começar a sentir isso [contração]. Aí, pode ser que eu tenha normal ou não e que o parto venha a ser com o médico que estiver no dia. Agora, como é que eu vou saber como é a dor? [...] Ainda tenho curiosidade!* (e10).

Esses dados apontam que o modelo atual de assistência não garante orientação adequada sobre o processo parturitivo durante o período pré-natal. Corroboram com achados de outro estudo²⁴ sobre percepção de puérperas usuárias do SUS acerca da assistência pré-natal, no qual se verificou que o enfoque da assistência na gestação, desconsiderando o PHPN, permite lacunas de informação e gera dúvidas e insatisfação na gestante. Na visão de outros autores,²⁵ a falta de diálogo entre o profissional de saúde e a gestante constituem fatores geradores de lacunas no processo de informação durante o pré-natal, gerando ansiedade, medo, insegurança e insatisfação entre gestantes.

Estes fatores suscitam uma reflexão sobre o paradoxo da presença de assistência pré-natal e a falta de conhecimento da mulher sobre a gestação, parto e puerpério. Chama a atenção dos profissionais sobre a forma com que as ações educativas têm sido realizadas, principalmente durante a consulta pré-natal.²⁶ Conforme preconiza o MS, para favorecer a relação interpessoal e facilitar o processo de comunicação entre o profissional de saúde e a gestante, com ênfase nas informações e orientação pré-natais, devem ser associadas atividades educativas de grupo às consultas individuais.^{21,25} Tendo em vista as questões apontadas, pode-se inferir que o planejamento sistemático e participativo de ações educativas por parte de todos os profissionais que integram a equipe de assistência obstétrica, com ênfase na promoção da saúde, seria o mais adequado para garantir a eficácia e a satisfação da mulher em relação à obtenção de informação e orientação durante o período gestacional.

A partir das informações veiculadas no meio pré-natal, no círculo familiar, no meio social e na mídia, foram reproduzidas diferentes percepções sobre a dor do parto normal que remetem aos

sentidos atribuídos socioculturalmente a esse fenômeno durante o processo parturitivo. A percepção da dor do parto normal reproduzida no contexto sociocultural e de assistência pré-natal das participantes apontou a atribuição de sentidos ambíguos à dor. Esta se apresenta, ora como um fenômeno natural inerente ao parto, ora como um fenômeno de sofrimento, como descrito a seguir: *umas falam que o parto normal é muito ruim, que a gente tem muita dor e sofre muito. Outras falam que normal é melhor, que a dor é só ali na hora, que depois não tem aquele processo de depender dos outros como na cesárea, que é uma cirurgia (e3).*

Os sentidos ambíguos presentes no contexto sociocultural e de assistência dessa primigesta retratam a construção histórica e cultural da visão de limites entre o eixo normal e anormal do parto e da dor, instituída com o processo de gerenciamento e medicalização do corpo feminino a partir da institucionalização da assistência à mulher.⁵ A visão medicalizada do parto direcionou a forma da sociedade moderna relacionar-se com ele e determinou a substituição de seu sentido natural de administrar o processo de nascimento pelos rituais médicos e tecnológicos.⁶ Concomitantemente a esse processo, a dor como evento inerente ao parto, também perdeu o seu caráter natural e a mulher passou a percebê-la como um fenômeno de sofrimento.

Diante desse contexto, o MS propôs mudanças no paradigma de assistência obstétrica, a partir da implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento na rede pública, para promover parto e nascimento saudável visando ao resgate do parto natural e a prevenção de morbimortalidade materna e perinatal.¹⁶

Nas falas das entrevistadas foi possível identificar alguns elementos estruturantes dos sentidos atribuídos à dor do parto normal, como fenômeno natural e como fenômeno de sofrimento. Esses elementos integram dimensões tanto biológicas quanto psicoafetivas, socioculturais e assistenciais relacionadas à dor, embora retratem diferentes percepções do meio sociocultural e de assistência: *como o próprio nome diz, é normal. Você vai ter a dor e o parto sem interferência. Falam até que sai igual quiabo. Falam assim que também a dor do parto é esquecida e que varia muito de mulher pra mulher (e2); elas [tias, mãe] falam que é uma dor de morrer, que eu deveria escolher cesárea. Que normal ninguém merece. Que eu vou pagar meus pecados (e3); outras já vêm com exageros, que é a dor da morte, que elas gritaram e faltaram subir nas paredes de tanta dor. [...] que pode ter várias complicações se faltar um bom médico (e4).*

Na fala da entrevistada 2 foi evidenciado o aspecto fisiológico do processo de parturição e da dor que o acompanha e, também, ressaltado que embora ele tenha um padrão específico, pode diferir de uma mulher para outra e, até, entre partos sucessivos de uma mesma mulher.²² Esta especificidade de variação está relacionada tanto aos aspectos fisiológicos, como psicológicos e sócio-culturais envolvidos no processo de parturição. Por isso, esse processo não pode ser entendido como um evento meramente biológico.²⁷

Na fala da entrevistada 3 está explícita a opção pelo parto cesáreo como medida de privação da mulher da dor indesejável do parto normal. A dor do parto normal é retratada como causa de sofrimento para a mulher e, conseqüentemente, como uma das causas da “cesárea a pedido”.^{4,10}

O elemento “dor da morte”, expresso nas falas das entrevistadas 3 e 4, é retratado de duas formas. Primeiramente, ele está ligado à presença de um alto padrão de dor considerado intolerável pela mulher e, em segundo, está ligado ao risco de morte por complicação obstétrica durante o parto normal. A dor do parto também é retratada como um “castigo” para a mulher, sendo o seu sentido relacionado com a necessidade de vivência da dor como um processo de purgação do pecado, concebido como a ocorrência da gravidez não planejada, que foi o caso da entrevistada 3. Aqui está representado o tabu milenar da dor como um sofrimento de desígnio divino à maternidade, pela desobediência de Eva à palavra de Deus.²⁸

Os sentidos ambíguos da dor apresentados no contexto sociocultural e de assistência pré-natal de cada uma das entrevistadas, subsidiaram a construção de suas percepções sobre dor do parto normal, que ainda se encontrava abstrata para elas. Embora, diante de uma retratação social ambígua, a maioria das participantes construiu uma percepção ligada fortemente ao sentido fisiológico da dor como evento inerente ao parto: *acredito que vai ser uma dor gostosa, natural e rápida como disse minha sogra (e8); depois da dor, acho que a mulher vai se sentir mais forte. Sentir aquele momento como o mais importante, que conseguiu, que passou por tudo e deu tudo certo (e9).*

De outro lado, algumas entrevistadas apontaram elementos identificados como determinantes na construção da percepção de dor como processo traumático e de sofrimento para algumas mulheres: *muitas mulheres têm oportunidade de ter normal, mas preferem cesáreo por trauma, porque ouviram histórias erradas e negativas sobre a dor do*

parto. Isso faz a pessoa sofrer muito (e8); uma senhora falou pra mim que o médico da filha dela incentiva as mulheres a ter cesáreo porque o normal é muito sofrido pra mulher (e9). Percepção conflituosa acerca da dor do parto normal também foi apresentada por uma entrevistada, em vista dos fatores favoráveis e desfavoráveis à dor retratada no meio social, como destacado: *quando eu falei que era o meu primeiro filho, elas [colegas] falaram que eu não ia querer mais de um, porque o parto dói muito. Aí, comecei a pensar que a dor é um bicho-de-sete-cabeças (e1).*

Em estudo realizado com primigestas, na região metropolitana de Fortaleza-CE, sobre sentimentos e expectativas em relação ao parto, a dor do parto também foi identificada como “vilã”.²⁹ As informações advindas de mulheres que já haviam vivenciado a dor do parto foram impactantes diante da fragilidade emocional das gestantes, decorrente do desconhecimento do processo de parto e nascimento.

Segundo os relatos das entrevistadas, a presença de percepções ambíguas sobre a dor do parto normal no meio sociocultural e de assistência pré-natal suscitou diferentes sentimentos e expectativas, assim como, a manifestação de crenças religiosas quanto à vivência futura da dor do parto normal.

Diante do sentido sociocultural da dor, como fenômeno natural inerente ao parto normal, foram suscitados sentimentos otimistas como esperança, tranquilidade, determinação e curiosidade: *eu estou mais curiosa do que ansiosa. Não estou com medo dessa dor, não. [...] apesar de ouvir muita coisa ruim, eu penso positivo. Isso não fez com que eu mudasse meu ponto de vista. Pretendo ter parto normal mesmo assim (e2).* Enquanto, diante do sentido da dor como fenômeno de sofrimento, emergiram sentimentos de inquietação, expressos por medo e insegurança: *penso que é uma dor terrível, difícil de passar. Isso traz pavor pra gente, só de pensar. Na hora de nascer mesmo, vai ser pior ainda, porque sem nascer, você já sente tanta dor quando começa a endurecer [barriga] (e4).*

Em estudo³⁰ realizado com gestantes usuárias do SUS, em uma maternidade pública de Salvador-BA, foi identificada a expressão de medo diante da possibilidade de vivência futura de dor no parto normal, de dúvida quanto à capacidade de ter parto normal, do risco de morrer no parto e de maus-tratos advindos dos profissionais de saúde. Gestantes participantes de outro estudo realizado em Juiz de Fora-MG também apontaram medo do parto, referindo-se majoritariamente à dor.³¹

A religiosidade manifestada pelas entrevistadas contribuiu para a presença de sentimentos otimistas em relação à vivência futura de dor e para fortalecer o sentido da dor como componente de um processo natural: *Deus não dá uma dor maior do que a gente pode suportar. Acredito que Deus quer que eu tenha um parto normal e tranquilo (e2).*

Os benefícios do parto normal salientados no meio social e de assistência mostraram-se mais significativos para as entrevistadas do que a dor. De acordo com elas, os benefícios do parto normal para a mulher e a criança se sobrepõem aos prováveis desconfortos advindos da dor, por ser natural, saudável, garantir recuperação mais rápida no pós-parto e ter menor risco do que o parto cirúrgico, que envolve procedimento anestésico: *não me preocupo tanto com a dor, mas com a saúde do meu bebê e de recuperar bem depois do parto normal (e4); prefiro parto normal por causa da recuperação, por ser saudável, por não ter anestesia (e8).*

Embora as informações advindas do meio sociocultural e de assistência pré-natal se encontrassem diluídas e insuficientes para assegurar-lhes clareza e segurança, as participantes apresentaram expectativas de vivência futura da dor fortemente ligada a um evento natural: *espero que eu não tenha essa dor toda que falam e que eu seja feliz como minha cunhada. Ela não teve dor. Teve a dilatação normal. Chegou e no outro dia já foi embora. Acho que toda mulher sonha ter um parto normal assim. Eu tenho sonhado bastante com isso (e5).*

Estudos^{25,31} sobre expectativas de primigestas usuárias do SUS, acerca do tipo de parto, também constataram a preferência da maioria pelo parto normal. Essa preferência foi justificada pelo parto normal ser natural e ter recuperação mais rápida e por ter menor risco e desconfortos em comparação com o parto cesáreo.

De modo geral, conforme apontam os resultados deste estudo, por meio das informações veiculadas no período pré-natal, as primigestas buscaram sustentação de suas expectativas no sentido da dor como fenômeno natural inerente ao parto, com a perspectiva de ter uma vivência parturitiva saudável e satisfatória.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contato com a essência da condição feminina, favorecido pela ocorrência da gestação, suscitou nas participantes a necessidade de um resgate sociocultural de conceitos relacionados ao parto e à maternidade, para melhor compreendê-los. As-

sim, as informações sobre a dor do parto normal adquiriram relevância para elas. Nesta trajetória, suas perspectivas de dor do parto normal foram mediadas pela rede de informações, presentes no contexto sociocultural e de assistência pré-natal.

Embora o acesso a informação sobre a dor do parto normal tenha ocorrido por meio de várias fontes, as informações não alcançaram um caráter educativo que favorecesse a promoção de segurança psicoemocional à primigesta em relação à futura vivência parturitiva. Foram construídas percepções ambíguas da dor conforme sua retração no meio sociocultural e de assistência pré-natal. Isto contribuiu para gerar nas participantes sentimentos também ambíguos, de inquietação e sofrimento e ao mesmo tempo de otimismo.

Chama a atenção o fato de a necessidade de informação, expressa pelas participantes, sobre a dor do parto normal, não ter sido percebida de forma significativa pelos profissionais da equipe de assistência obstétrica. As informações pré-natais poderiam ter se constituído em instrumento educativo para a promoção de segurança e cultivo de sentimentos otimistas em relação ao parto e à dor pelas participantes.

Outro fator a ser destacado é a relação entre a ambiguidade das informações sobre a dor do parto normal e a construção sociocultural, política e ideológica da dor do parto como sofrimento imposto à mulher. Essa ideologia reflete a imagem ambígua do corpo feminino. A mulher é representada no discurso sociocultural e de assistência obstétrica pela sua capacidade fisiológica de parir, porém tem ressaltada sua fragilidade ligada à gravidez e ao parto, considerando os limites entre a normalidade e os riscos do parto normal.

O medo da dor do parto, presente no discurso das participantes, evidencia, de certa forma, a relação de poder do sistema de assistência obstétrica do país sobre o corpo feminino, e a forma como vem se processando a manutenção de seu gerenciamento e de sua medicalização. Esses fatores podem estar constituindo um dos mecanismos de favorecimento da perpetuação da ideia de realização do parto cesáreo para evitar a dor do parto normal.

Em face de todas essas ambiguidades, as participantes apresentaram como perspectiva a vivência futura da dor como fenômeno natural inerente ao parto e, também, um parto seguro considerando que não tinham o poder de escolha e de decisão sobre o processo assistencial durante o período pré-natal e no parto.

Nesse sentido, os resultados deste estudo podem constituir um instrumento para a assistência obstétrica no pré-natal na operacionalização de ações educativas individuais, grupais e comunitárias, que favoreçam a veiculação eficaz de informações referentes à dor e ao parto, além de favorecer um olhar direcionado à integralidade da mulher como ator social e agente do parto.

REFERÊNCIAS

1. Bíblia Sagrada. Gêneses. São Paulo (SP): Editora Ave-Maria Ltda; 2010.
2. Gribocki RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto Contexto Enferm*. 2006 Jan-Mar; 15(1):107-14.
3. Maclean LL, Mcdermott MR, May CP. Method of delivery and subjective distress: women's emotional responses to childbirth practices. *J Reprod Inf Psychol*. 2000 May; 18(2):153-62.
4. Oliveira SMJV, Riesco MLG, Miya CFR, Vidotto P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002 Set-Out; 10(5):667-74.
5. Martins APV. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Rev Estud Fem*. 2005 Set-Dez;13(3):645-65.
6. Dossiê Humanização do Parto. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo (SP); 2002.
7. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cien Saude Colet*. 2005 Jul-Set; 10(3):627-37.
8. Largura M. A assistência ao parto no Brasil. 2ª ed. São Paulo (SP): Sarvier; 2000.
9. Ferrari J. Preferência pela via de parto nas parturientes atendidas em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia. *Rev Bras Saúde Matern-Infant*. 2010 Dez; 10(Supl. 2): S409-S417.
10. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégicos, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Relatório Nacional de Acompanhamento*. Brasília (DF): IPEA, 2010.
11. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*. 2011 Mai; *Séries Saúde no Brasil* (2): 32-46.
12. Maranhão AGK, Vasconcelos AMN, Aly CMC, Neto DLR, Poncioni I, Maranhão MHN, et al. Como nascem os brasileiros: descrição das características sociodemográficas e condições dos nascimentos no Brasil, 2000, 2005 e 2009. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde,

- Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília (DF): MS, 2011. p.21-49.
13. Costa ML; Cecatti JG; Souza JP; Milanez HM; Gülmezoglu MA. Using a Caesarean Section Classification System based on characteristics of the population as a way of monitoring obstetric practice. *Reprod Health*. 2010 Jun; 7:13.
 14. Lago TDG, Lima LP. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: Ministério da Saúde (BR), Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): MS/CEBRAP; 2009; 8:151-70.
 15. Costa MMM, Löf EK. O empoderamento feminino na reconstrução do parto - alternativa para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Jus Navigandi*. 2012 Mai; 17:3235.
 16. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface Comun Saúde Educ*. 2009; 13 Supl 1:759-68.
 17. Tornquist CS. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev Estud Fem*. 2002 Jul-Dez; 10(2):483-92.
 18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2008.
 19. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
 20. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 25ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007. p. 67-80.
 21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): MS; 2005.
 22. Rezende RJ, Montenegro CAB. *Obstetrícia fundamental*. 11ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2008.
 23. Vargens OMC, Progianti JM, Silveira ACF. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. *Rev Esc Enferm USP*. 2008 Jun; 42(2):339-46.
 24. Vieira SM, Bock LF, Zocche DA, Pessota CU. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(Spe):255-62.
 25. Tedesco RP, Filho NLM, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM, et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004 Nov-Dez; 26(10):791-8.
 26. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Cien Saude Colet*. 2007 Mar-Abr; 12(2):477-86.
 27. Gualda DMR. *Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto*. Curitiba (PR): Editora Maio; 2002.
 28. Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006 Mai-Jun; 14(3):414-21.
 29. Mota EM, Oliveira MF, Victor JF, Pinheiro AKB. Sentimentos e expectativas vivenciados pelas primigestas adolescentes com relação ao parto. *Rev Rene*. 2011 Out-Dez; 12(4):692-8.
 30. Mccallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006 Jul; 22(7):1483-91.
 31. Figueiredo, NSV. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *HU Revista*. 2010 Out-Dez; 36(4):296-306.