

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA

A DOR DO PARTO: UMA LEITURA FENOMENOLÓGICA DOS SEUS SENTIDOS

Autora: Lissandra Martins Souza

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marta Helena de Freitas
Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ondina Pena Pereira

Brasília, março de 2007

S729d Souza, Lissandra Martins

A dor do parto: uma leitura fenomenológica dos seus sentidos/ Lissandra

Martins Souza. – Brasília, 2007.

149f.; 30cm

Orientadora: Marta Helena de Freitas

Co-orientadora: Ondina Pena Pereira

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Brasília, 2007.

I. Parto (Obstetrícia). 2. Dor. 3. Fenomenologia. 4. Prazer. I. Freitas, Marta Helena, orient. , Pereira, Ondina Pena, co-orient. II. Título.

CDU 618.4

BANCA EXAMINADORA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Universidade Católica de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia, sob a orientação da Professora Doutora em Psicologia Marta Helena de Freitas e co-orientação da Professora Doutora Ondina Pena Pereira.

Examinada e aprovada pela banca:

Prof. ^a Dr.^a Marta Helena de Freitas (Orientadora/UCB)

Prof. ^a Dr.^a Ondina Pena Pereira (Co-orientadora/UCB)

Prof. ^a Dr.^a Gláucia Vieira Machado (Membro Externo/UFAL)

Prof. ^a Dr.^a Alessandra da Rocha Arrais (Membro Interno/UCB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos que fizeram acontecer este trabalho:

Primeiramente, às colaboradoras deste trabalho: Lina, Flávia, Marina, Rosa e Laura, que apesar dos nomes fictícios, foram verdadeiras em suas percepções e em seus relatos e sem as quais esta pesquisa não seria possível;

À gerência de enfermagem e às enfermeiras do Hospital Regional da Asa Sul que favoreceram meu curso no programa de mestrado, ajustando minha escala de trabalho: Cristina, Edna e Maricildes. Um agradecimento especial à Benta pela intensa cooperação quando inúmeras vezes cobriu meus plantões para que pudesse me dedicar mais à pesquisa;

Às minhas orientadora Marta Helena e co-orientadora Ondina que com muita sensibilidade souberam compreender minha situação delicada durante minha gestação e maternidade e, que to bem me apoiaram;

Ao meu pai que sempre me incentiva ao crescimento como profissional e como pessoa;

À minha mãe que esteve comigo nas horas mais difíceis quando pensava em desistir;

À minha sogra pelo seu apoio durante as madrugadas cuidando do meu bebê para que eu pudesse descansar;

Ao meu marido Rodrigo que com seu amor, sua paciência e tolerância soube entender minhas atitudes e sentimentos, me apoiando em cada momento decisivo;

E aos meus filhos, Rafael e Juliana, que nas suas ingenuidade e inocência aceitaram minha ausência.

Dedico este trabalho ao meu marido Rodrigo
e aos meus filhos Rafael e Juliana que deram sentido a minha vida.

MEU CORPO, SEU CORPO...

*Meu corpo, no momento de dar à luz
Pede por movimentos
Para se adaptar à saída de um outro corpo, pequeno ser,
Que também necessita de se ajustar ao caminho a percorrer!*

*Mas o seu corpo, doutor, racional
Moldado pela cultura acadêmica e profissional,
Para uma pronta e prodigiosa intervenção,
Necessita de controle e de segurança pessoal.*

*“Então, deite-se! Fique Quieta! Não se mexa desse jeito!
Você está descontrolada... Mantenha esta perna aberta...”*

*Seu corpo não entende...
Desculpe se meu corpo não se comporta da maneira que espera o seu...
Meu corpo parece agir de maneira instintiva, guiada pela Mãe Natureza.
E por acaso não é assim que deve ser?*

*E não é só: meu corpo também pede por gemido e brado
Que parecem reduzir minha tensão.
Mas o seu pede para não ser incomodado.*

*“Então, não grite! Feche a boca e faça a força direito!
Você não está ajudando...”*

*Seu corpo não entende...
Não quero dar trabalho e nem incomodar!
Pelo contrario, apenas quero que
Seu corpo deixe o meu trabalhar...*

*Seu corpo parece precisar controlar o meu!
Mas o meu, na verdade precisa apenas do respeito do seu...*

*Quem sabe,
Meu corpo e seu corpo possam se entender um dia...
Se assim se consentirem!*

*E agora, depois deste desastroso desencontro de nossos corpos,
O meu carece apenas do contato com o novo corpinho que nasceu.
Se, assim, permitir o seu...*

(Lissandra Martins; 2004)

RESUMO

Este trabalho teve a intenção de dar voz às mulheres que vivenciam o parto e a dor. Utilizando o método qualitativo, a pesquisa foi realizada com cinco mulheres, e buscou apreender os sentidos da dor do parto, antes, durante e depois da respectiva vivência. A escolha pela postura fenomenológica, como metodologia, deveu-se pelo caráter subjetivo do fenômeno doloroso do parto, e pela historicidade que circunda a vivência. Esta postura também permitiu aproximar o mundo da vida do mundo da ciência, esquecido por esta. Para capturar os sentidos, utilizou-se as expressões gráfica, escrita e oral. Também foram realizadas observações de campo, durante o parto, com o intuito de complementar e enriquecer as reflexões. A pesquisa mostrou que a vivência parturitiva é permeada pelo paradoxo do “parto real” e do “parto ideal”, constituindo os sentidos, compreendidos como: “parto compartilhado”, como uma forma de garantir a segurança e a tranquilidade da vivência; como “parto ameaçador”, pela imprevisibilidade do seu desfecho, pela probabilidade de atendimento profissional negligente e pela inevitabilidade da temida dor; como “parto estético”, na tentativa de resgatar a vivência espontânea, busca-se pelo maior controle e empoderamento feminino. A vivência do parto também se mostrou intimamente relacionada à percepção dolorosa, constatada pela expressão espontânea do medo diante da sua possibilidade. A vivência da dor do parto, também, mostrou ser permeada por paradoxos, entre eles: “a função subjetiva e natural”, “a função de sofrimento e prazer”, e a “natureza profana e sagrada”. Estes, por sua vez, favoreceram a significação do sofrimento e da dor do parto, na existência humana: a dor como “mecânica do corpo e dinâmica do parto”, como “vinculação com o outro e valorização da vida”; e como “remissão dos pecados e emancipação do ser”, correspondendo, respectivamente, aos paradoxos expressados. Diante da vivência revelada, surgiram algumas estratégias utilizadas pelas mulheres para transpor a experiência da dor do parto: “submeter-se” e “silenciar-se”, diante das regras sociais e institucionais impostas, como também, diante das relações histórico-culturais de gênero e de poder, presenciadas durante a internação hospitalar. Estas estratégias levaram à reflexão quanto à atitude submissa ou de enfrentamento. Outra estratégia surgida foi a de “abrir-se”, numa postura de entregar-se à vivência, do jeito que se apresenta. Assim, a mulher consegue manter a integridade tecidual e existencial, na sua totalidade. E, diante de uma atitude existencial saudável, renova suas possibilidades de existir no mundo e desenvolve suas potencialidades. Aqui, a dor do parto pode ser vivenciada de maneira integradora, aberta ao outro e ao mundo.

Palavras-chave: dor do parto, trabalho de parto e fenomenologia

ABSTRACT

This work had the intention to give voice to the women who live deeply the childbirth and pain. Using the qualitative method, the research was carried through with five women, and objectified to apprehend the meanings of labor's pain, before, during and after the respective experience. The choice for the phenomenological attitude, as methodology, had for the subjective character of the painful phenomenon of the childbirth. This attitude also allowed to approach "the world of the life" of "the world of the science". To capture the meanings, one used graphical, writing and verbal expressions. Observations had been also carried through, during the childbirth, with the intention of complementing the reflections. The research demonstrated that the labor experience is tied by the paradox of the "real childbirth" and the "ideal childbirth", constituting the meanings understood as: "shared childbirth" to guarantee the security and the tranquillity of the experience; as "threatening childbirth", for the unexpected character of its outcome, for the probability of negligent professional attendance and for the inevitability of feared pain; as "aesthetic childbirth", in the attempt to rescue the spontaneous experience, one objectifies a better control and empowering. The experience of the childbirth also revealed strictly related to the painful perception, evidenced for the spontaneous expression of the fear ahead of its possibility. The experience of the labor pain was also presented itself full of paradoxes, between them: "the subjective and natural function", "the function of suffering and pleasure", and the "profane and sacred nature". These, in turn, had favored the meaning of the suffering and the labor pain, in the humanbeing existence: pain as "body mechanism and childbirth dynamism", as "linking with the other and valuation of the life"; e as "remission of the sins and emancipation of the being", corresponding, respectively, to the expressed paradoxes. Ahead at the disclosed experience, it appeared some strategies used for the women to transpose the experience of the labor pain: "submitting themselves" and "silencing themselves", ahead of the social rules, as well, of the description-cultural relations of gender and power, verified during the hospital internment. These strategies had taken to the reflection about the submitted or confrontation attitude. Another strategy that appeared was "opening itself", dedicating itself to the experience the way it is. Thus, the woman obtains to keep the "*tecidual*" and "*existencial*" integrity, in its totality. Ahead of a healthful existence attitude, renews its possibility to exist in the world and develops its potentialities. Here, the labor pain can be lived deeply in a integrated way, opened to the other and to the world.

Word-key: labor pain, childbirth and phenomenology

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1. A Aproximação Profissional e o Tema do Estudo	01
2. Apresentando o Tema da Pesquisa	04
3. Apresentando o Trabalho da Pesquisa	18

PARTE I – REFLEXÕES METODOLÓGICAS E TEÓRICAS 20

CAPÍTULO I - A FENOMENOLOGIA ENQUANTO POSTURA METODOLÓGICA 21

CAPÍTULO II - A TRAJETÓRIA DA PESQUISA 26

2.1 Objetivos da Pesquisa	26
2.2 A Abordagem Fenomenológica na Pesquisa	27
2.3 O Cenário da Pesquisa	28
2.4 As Colaboradoras da Pesquisa	29
2.5 Os Instrumentos e Procedimentos da Pesquisa	31
2.5.1 Desenho	31
2.5.2 Questionário Semi-Estruturado com Frases Incompletas	32
2.5.3 Entrevista Exploratória	32
2.5.4 Observação <i>in locu</i> no Momento do Parto	32
2.5.5 Entrevistas Informais após o Parto	33
2.6 Os Procedimentos de Sistematização e de Análise da Pesquisa	33

CAPÍTULO III - OS SABERES EXISTENTES SOBRE A MULHER, O PARTO E A DOR	35
3.1 Os Mitos Bíblicos e a Mitologia	36
3.2 A História da Mulher no Mundo Ocidental	38
3.2.1 A Apropriação do Corpo Feminino: Normatização e Medicalização	39
3.2.2 A Institucionalização e Medicalização do Parto	43
3.3 A “Natureza” Feminina e o Movimento de Humanização do Parto	46
3.4 O Gênero Feminino e a Maternidade	49
3.5 As Políticas de Saúde e a Maternidade	52
3.6 Repensando a Fisiologia da Dor no Parto numa Perspectiva Fenomenológica	55
PARTE II – A VIVÊNCIA DESVELADA	70
CAPÍTULO IV - A VIVÊNCIA DO PARTO	71
4.1 O Parto Ideal e o Parto Real	71
4.1.1 O Parto Compartilhado	72
4.1.2 O Parto Ameaçador	76
4.1.3 O Parto Estético	87
CAPÍTULO V - A VIVÊNCIA DA DOR NO PARTO	98
5.1 As Dimensões da Dor do Parto na Vivência das Colaboradoras	99
5.1.1. Dimensão Sociocultural e Ambiental da Vivência da Dor do Parto e do Corpo	100

5.1.2 A Dimensão Tecidual e Existencial da Vivência da Dor do Parto	104
5.2 Os Paradoxos e os Sentidos da Vivência da Dor do Parto	108
5.2.1 A Função Natural e Subjetiva da Dor do Parto	112
5.2.1.1 A Dor como Mecânica do Corpo e Dinâmica do Parto	114
5.2.2 O Sofrimento e o Prazer da Dor do Parto	116
5.2.2.1 A Dor como Vinculação com o Outro e Valorização da Vida	119
5.2.3 A Natureza Profana e Sagrada da Dor do Parto	122
5.2.3.1 A Dor como Remissão dos Pecados e Emancipação do Ser	123
5.3 As Estratégias do Corpo na Vivência da Dor do Parto	125
5.3.1 Submetendo-se	125
5.3.2 Silenciando-se	128
5.3.3 Abrindo-se	130
CAPITULO VI - COM-PREENSÕES E RE-FLEXÕES DAS VIVÊNCIAS DESVELADAS	135
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143
ANEXOS	150

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1: Teoria do Portão do Mecanismo da Dor	59
Diagrama 2: Fatores Associados à Dor do Parto	65
Diagrama 3: Fatores moduladores da percepção dolorosa durante o trabalho de parto.	69
Diagrama 4: Interseção das Dimensões da Dor do Parto	103
Diagrama 5: Representação gráfica da Lesão tecidual entre o corpo e o mundo	134

ÍNDICE DE FIGURAS

Desenho de Lina	74
Desenho de Flávia	79
Desenho de Rosa	81
Desenho de Marina	88
Desenho de Laura	90

INTRODUÇÃO

1. A Aproximação Profissional ao Tema do Estudo

O fascínio pela gravidez, e principalmente pelo parto – evento ainda envolto em mistério – deu-se, primeiramente, quando criança, ao acompanhar um determinado diálogo entre dois homens adultos em que um deles narrava as proezas do ofício de ser um obstetra, destacando a realização de um determinado parto “difícil”, em meio tom de graça. Enquanto o outro interlocutor ouvia curiosamente os detalhes, eu acompanhava tendo a impressão de que havia certa postura desrespeitosa naquele discurso e me percebi, naquele momento, um tanto indignada, apesar de curiosa.

Já na faculdade, ao participar pela primeira vez de um grupo de gestantes, dirigido por uma enfermeira matrona, percebi o quanto me identificava com aquele tipo de trabalho. Busquei literaturas sobre o assunto, tanto na área médica como na psicologia. Procurando complementar estes conhecimentos, enveredei-me pelos estudos religiosos na busca de uma melhor compreensão do fenômeno da dor no parto, já que a Bíblia - livro sagrado para várias religiões da nossa sociedade ocidental – no capítulo do *Gênesis* - aborda diretamente o evento da dor do parto, indicando-a como um castigo.

No decorrer deste percurso inicial, relutava em aceitar a dor do parto como componente natural e fisiológico do processo parturitivo. Não concordava com os preceitos biológicos e deterministas, nem tampouco acolhia a explicação religiosa simples e pura do “pecado original”. Refleti, por conseguinte, sobre a possibilidade de se compreender o fenômeno abrangendo dimensões outras, como as psicoemocionais ou socioculturais, que poderiam estar relacionadas à percepção dolorosa do parto.

Abeirando-me destas reflexões intranquias, venho cursando um caminho de busca incessante pela compreensão do fenômeno, tanto nas leituras de autores que tratam dos mecanismos (biológicos e psíquicos) da dor e do sofrimento feminino, como também na escuta, observação e diálogo acerca das próprias percepções e vivências das gestantes, parturientes¹ e puérperas². Através deste contato, já acreditava ser possível reconstruir a

¹ Gestante em trabalho de parto.

vivência do nascimento, buscando a espontaneidade e a satisfação, tanto para os sujeitos do evento (a mulher e sua família) como também para os diversos assistentes de saúde envolvidos no processo.

Cada vez mais envolvida em projetos e em movimentos que buscam uma assistência mais “humanizada” no parto, comecei a especular sobre a minha futura experiência pessoal enquanto ser-parturiente, pois já desejava engravidar. Tinha receio de que essa experiência não correspondesse às minhas expectativas e refletia acerca do modo como esta vivência e a percepção do meu próprio parto poderiam, posteriormente, interferir na minha postura profissional, tanto positiva como negativamente.

Entretanto, guardo a impressão positiva e gratificante do meu primeiro parto, apesar de outras pessoas, que o presenciaram, discordarem da minha opinião, já que houve necessidade de diversas intervenções médicas que comumente são caracterizadas como um parto distócico³. De qualquer maneira, vivenciar o parto pessoalmente pôde preencher um vazio que me incomodava durante as práticas assistenciais às parturientes, pois muitas vezes não me sentia integralmente legitimada a orientá-las acerca de suas posturas e movimentos que facilitaria seu trabalho de parto. E algumas delas chegaram a questionar minha “experiência” prática em detrimento de uma “experiência” teórica do trabalho de parto, que até então não possuía. *“Quantos filhos você tem? Seu parto foi normal? Você não sabe o que é esta dor...”*. Estas são algumas frases que surgiam em muitos momentos da minha assistência. Parecia que o fato de não ter dado à luz ainda desautorizava minha assistência, por não ser “verdadeiramente experiente”. Entretanto, após o meu parto, pude sentir exatamente como a vivência pessoal faria as minhas orientações mais “legítimas”, pelo menos no que concerne a uma relação profissional-paciente mais propícia, aumentando a receptividade. Podia, então, rebater as colocações anteriores: *“Eu já passei por isso! Sei o que você está sentindo”*.

Apesar de não ter sentido, fisicamente, a tal dor durante o trabalho de parto do meu primeiro filho, apresentei algumas complicações no pós-parto. Diante das dificuldades de cuidar de um recém-nascido e de me reconhecer como mãe, meu entendimento sobre a dor do parto, especificamente, sofreu algumas modificações, pois comecei a percebê-la sobre outros ângulos e novas questões surgiram: será que a dor física ou psíquica, comumente presentes no

² Mulher que se encontra no período de pós-parto.

³ O termo distócico refere-se ao trabalho de parto e parto dificultoso, disfuncional, patológico ou que apresente algum risco materno ou fetal.

parto, não teria um significado ou uma função (biológica, social, emocional) para a mulher, para a criança, para a família e para a sociedade? A dor sentida poderia estar relacionada ao processo de vinculação precoce entre mãe e recém-nascido, devido ao sentimento de gratificação, felicidade e orgulho após tanto esforço, tanto sofrimento? As diversas dimensões da dor (física, psíquica, emocional) e toda sua esfera de sofrimento poderiam ser compreendidas como um ritual de passagem para todos os sujeitos envolvidos no evento do nascimento? Como seria esta percepção para as outras mulheres? As perguntas fervilhavam em minha mente. A necessidade de compreender o fenômeno crescia.

Entretanto, ainda mantinha a crença de que a dor deveria e poderia ser eliminada por ser totalmente desagradável e indesejável. Então, todas estas reflexões me pareceram paradoxais. Se a dor tivesse funções “determinadas” e favoráveis, para que erradicá-la? E logo após ter sofrido um aborto espontâneo questioneei mais ainda estas convicções. Desvelaram-se sob meus olhos outros tipos de dor e sofrimento. A temível dor do parto, transitória e investida de uma recompensa sublime e gratificante, era mínima se comparada a de perder um filho.

Durante a realização deste trabalho pude vivenciar duas gestações, sendo que a primeira resultou num aborto espontâneo. E na vivência do segundo parto, que diferente do primeiro, senti muita dor e durante muito tempo (aproximadamente 14 horas), pude comparar as duas experiências. Acabei por dar sentido à dor vivida e percebi o quanto os sentimentos foram diferentes em qualidade e intensidade. Houve um momento no primeiro parto que se assemelhou ao do segundo parto: o momento em que o bebê nasce e a médica coloca-o no meu colo. Estes dois momentos mostraram-se crucial no sentido que agora destino à dor do parto, pelo menos na minha vivência pessoal. Eles diferenciaram-se em relação ao meu sentimento em relação aos bebês. No primeiro, o sentimento era quase de indiferença. Não havia sentimento de alívio, de amor ou de preocupação (já que estava em sofrimento fetal). Lembro de alguém falar neste momento, “pode chorar! Pode beijar!”, entretanto, não havia vontade para tal. Já no segundo parto, ao colocarem meu bebê no colo, após o nascimento, senti o alívio da dor e me voltei totalmente para o ser novo que acabara de sair do meu ventre com tanta dificuldade. Não tive vontade de falar nada, já que novamente escutei: “fala com ela, ela ta chorando”! Apenas chorava e acariciava-a. Senti algo parecido com amor e preocupação em seu estado de saúde. Para mim, a diferença de sentimentos nos dois partos me significou muito. A dor sentida no segundo parto significou muito para mim, para nós. E a

dor não sentida, no primeiro parto, parece ter deixado de significar alguma coisa, deixou certo vazio de sentimento, um vazio de sentido...

Finalmente, pude perceber que a dor do parto poderia ter diversos significados para diversas mulheres, e até mesmo para a mesma mulher em diversos partos, como também os são para as diversas culturas. Sinto-me, neste momento, mais confortável e aberta para compreender novos sentidos desta dor. Esta postura é particularmente desejável no que concerne à abordagem que me proponho nesta pesquisa: compartilhar experiências e dar voz àquelas que pouco escutamos, sem *a priori*, preconceitos ou julgamentos de valor.

Enfim, espero que os resultados deste trabalho possam, no mínimo, integrar os escassos estudos sobre o assunto, bem como levar os profissionais da assistência direta e indireta à mulher a adquirirem uma postura de maior compreensão e respeito aos seus sentidos perante a dor vivida. Espero, inclusive, que tragam novas reflexões às mulheres alicerçando suas decisões quanto à via ou o tipo de parto.

2. Apresentando o Tema da Pesquisa

Neste tópico, abordarei algumas questões que favorecem a compreensão da dor do parto e seus sentidos. Achei pertinente abordar os conceitos que nos remetam à dor e às dimensões que a cercam, trazendo reflexões iniciais para este trabalho. Assim, tratarei, a princípio, das questões que envolvem a dimensão cultural e religiosa, me espelhando no mito da dor; a visão biomédica que permeia os valores da nossa sociedade, principalmente a acadêmica; e a dimensão sócio-econômica relacionada às políticas de saúde pública brasileira, por acreditar que estas podem, de algum modo, trazer variações na experiência do parto e na vivência da sua dor.

Esquadrinhando as referências sobre a origem e causas da dor do parto, me senti atraída em percorrer primeiramente a cultura mítica que versava sobre o referido fenômeno sabendo que, desde os primórdios da humanidade, já se buscava mitigá-lo. Mais precisamente, a mitologia Bíblica aborda diretamente a questão. Para justificar a origem da dor do parto, há um capítulo específico que trata da queda ou do pecado original da humanidade, relegada, principalmente, à primeira mulher da existência humana. Eva, tentada pela serpente, prova do fruto da árvore do conhecimento do bem e do mal, que fora proibido

por Deus, e oferece-o a Adão que também o prova. Assim dita o “veredicto” Divino, como castigo imputado à Eva e suas descendentes: “*Multiplicarei os sofrimentos de teu parto; darás à luz com dores*” (Gênesis, 3:16). O mito Cristão mostra-se, no mínimo, instigante, e contemplá-lo dentro do contexto do estudo poderá trazer à tona seus sentidos, como também a forma com que reverbera sobre as percepções das mulheres, independentemente de o mito corresponder ou não aos fatos históricos da humanidade.

Vejo também que versar sobre a saga de Adão e Eva pode nos remeter aos grandes desafios e conflitos que acompanham a evolução da humanidade na Terra, até os dias de hoje. O texto Sagrado revela que os ensejos desta “condenação” humana, em particular, estão estreitamente relacionados à desobediência às leis divinas. Para obter o conhecimento do bem e do mal, Eva, incitada pela astúcia da serpente, utilizou-se de suas artimanhas sedutoras para convencer Adão a provar do “fruto proibido”, trazendo implicações em termos da caminhada espiritual. Assim, percebo também que o mito traz alguma referência acerca da sexualidade humana e da sua relação com a fraqueza e conseqüente desencaminhamento da humanidade, já que a sedução feminina e a receptividade masculina descritas estariam ligadas à “queda”.

Naturalmente, após este primeiro contato com o assunto, o qual me deixou ainda mais incomodada e curiosa, procurei alguma correspondência que convergisse ou não com os conhecimentos da ciência acadêmica na qual estava inserida. Buscando referências na literatura científica, fixada num modelo biomédico, sobre as possíveis causas da dor do parto e fatores a ela relacionados, debrucei-me sobre os textos que circundavam a fisiopatologia da dor para compreendê-la, em seguida, no âmbito do parto.

Dentro destes preceitos, pude constatar que a **Dor** pode ser definida como a percepção do sinal no sistema nervoso. A IASP (International Association to Study of Pain) criou um conceito amplo para designar a dor, já largamente divulgado, que a considera ‘uma experiência sensorial e emocional desagradável, que é associada ou descrita em termos de lesões teciduais’. Para os estudiosos desta Associação, o termo **Nociceção** refere-se ao mecanismo pelo qual o dano tecidual, mecânico, térmico ou químico, excitando um nervo, dá início ao processo que conduz a informação dolorosa (nociceptiva) ao sistema nervoso central. Já o significado de **Sufrimento**, ainda dentro desta concepção, refere-se aos muitos modos e significados, particulares, únicos, históricos e idiossincrásicos, descritos individualmente para a dor (Perissinotti, 2002).

Em relação à dor (física) do parto, a literatura médica apóia-se nas concepções deterministas biológicas, em que os livros textos de Obstetrícia e Anestesiologia, de maneira insatisfatória e muitas vezes controversa, fundamentam esta dor em parâmetros superficiais e incompletos acerca de sua causa, ora atribuindo-a a uma resposta fisiológica à contração uterina ou à dilatação cervical (colo uterino), ora contra-argumentando que não há quantidade de nervos nociceptivos suficientes para justificá-la, ora inaugurando concepções mais integrais sobre o ser humano ao levantar hipóteses sobre a variabilidade na percepção dolorosa entre diversas parturientes: estariam presentes variáveis que modulariam a nocicepção, entre elas, as dimensões biológicas, cognitivas, emocionais e culturais, envolvidas no processo. Desta forma, a literatura médico-científica apresentou várias teorias, ao longo do tempo, acerca das causas da dor. Aponto a Teoria do Portão por ser a mais aceita no momento, apesar de estar longe de ser unânime entres os estudiosos no assunto.

Atualmente, observa-se uma maior aceitação à **Teoria do Portão** (*Gate Control*) que justifica o limiar de dor diferenciado entre os indivíduos, conforme a explicação de Gusman et al. (1997):

Esta teoria admite existir nos cornos posteriores medulares um mecanismo neural que comporta como um portão, podendo aumentar ou diminuir o débito dos impulsos transmitidos desde as fibras periféricas ao sistema nervoso central. O influxo somático submete-se pois, à influência reguladora do portão, mesmo antes de criar uma percepção à dor e conseqüente reação.

Tal mecanismo controlaria a passagem dos impulsos nervosos transmitidos desde as fibras periféricas até o SNC. Esta teoria justificaria as variações nas percepções dolorosas de acordo com fatores externos e internos, ou seja, de acordo com a integração das dimensões sensoriais, afetivas e cognitivas que “modulariam” a dor. O processo neurofisiológico da dor será melhor abordado no Capítulo II desta pesquisa (Oliveira, et al., 1997).

Da mesma forma, as possíveis influências histórico-culturais do mito Cristão serão abordadas posteriormente, nos capítulos próximos, para que se possa tecer um pano de fundo que enriqueça a busca dos sentidos da dor do parto nesta pesquisa.

Além destas perspectivas aqui traçadas, onde procuro a origem e os sentidos da dor do parto, acrescento, nesta apresentação, a dimensão sócio-econômica da saúde pública do

Brasil. Situar as condições atuais das brasileiras que atravessam o ciclo gravídico-puerperal permitirá olhares mais dilatados para compreendermos o parto e os sentidos atribuídos à dor que o acompanha, como também as repercussões destes eventos sobre seus atores (mulheres, filhos, família).

Dentro desta dimensão, gostaria de apontar a incidência elevada de partos cirúrgicos no Brasil, principalmente na rede hospitalar privada, onde gestante e médico acordam pela cesariana, fazendo do nosso país um dos líderes mundiais destas taxas consideradas alarmantes para o Ministério da Saúde do Brasil. Este assunto vem sendo tratado há muito por diversos estudos, os quais apontam as divergências entre os reais motivos para estas taxas aumentadas. Indicam as falhas no Sistema de Saúde, onde a formação dos profissionais e as rotinas hospitalares ainda estão presas à herança higienista da medicina e ao modelo tecnocrático; a desinformação sobre as questões reprodutivas pelas usuárias do Sistema; a demanda pela cesária como advinda do desejo de laqueadura tubária e não como via preferencial de parto, pelas mulheres; entre outros (Hotimsky, Rattner & Venâncio, 2002; Tornquist, 2003).

Entretanto, em muitos destes trabalhos, há uma abordagem sobre a eleição por este tipo de parto cirúrgico pelas mulheres, onde esta opção poderia estar associada, principalmente, à fuga da tão temida dor do parto. Nas palavras de Faúndes & Cecatti (1991):

As razões por que as mulheres preferem a cesárea ao parto vaginal seriam de dois tipos. Um é o medo da dor durante o trabalho de parto e o parto. A idéia é que uma cesárea eletiva, decidida com antecedência para dia e hora marcados, permitirá à mulher um parto sem qualquer dor, desde que receba também fortes analgésicos depois da cirurgia. (p.155)

Apesar de a técnica cirúrgica (cesariana) ter se desenvolvido e se tornado mais segura, o procedimento ainda traz conseqüências nocivas à mulher e ao seu filho já que é responsável por uma alta taxa de morbidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal, fazendo deste tipo de parto, portanto, um procedimento ainda arriscado, principalmente quando não há uma indicação médica precisa, como em casos de patologias da gravidez ou problemas com o feto. Por outro lado, entretanto, no caso do parto normal, o grau elevado de percepção dolorosa da parturiente pode acarretar em liberação de substâncias orgânicas que elevam o nível de estresse da mulher, causando, dentre outras conseqüências, uma diminuição significativa no

transporte de oxigênio para o feto e, conseqüentemente, a uma série de distúrbios maternos e fetais, sendo a hipóxia fetal intra-uterina a mais grave e letal (Odent, 2002).

Neste universo de escolha ou necessidade pela intervenção cirúrgica existem dois extremos de condições sócio-econômicas que dividem a incidência de cesarianas no nosso país. Numa ponta, temos as mulheres com condições mais favoráveis que “arriscam” sua saúde e de seu filho sem “necessidade”, dentro dos padrões biomédicos. Deixo em aspas estas palavras no intuito de questionar se os fatores afetivos e psíquicos não poderiam, neste caso, serem considerados como “necessidade”. No outro extremo, encontramos aquelas em nível social e econômico inferior, que gostariam muitas vezes, também, em fazer uma cesariana, ou pelo contrário, prefeririam o parto normal, mas em condições mais “*respeitosa e digna*”, como presenciei em muitas falas proferidas pelos próprios profissionais de saúde.

De qualquer maneira, as mulheres que possuem um grau de instrução mais elevado e condições financeiras para serem assistidas, durante o processo gravídico-puerperal, na rede privada, parecem estar mais informadas sobre as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, podendo, assim, optar de forma consciente por um dos dois, mesmo optando pela cirurgia sem indicação médica, mas alegando que “*a dor, para mim, já é uma indicação*”, como defendeu uma gestante numa palestra sobre parto, ministrada por mim. De acordo com a Teoria de Maslow, sobre as Necessidades Humanas, a necessidade de abster-se de dor entraria na hierarquia mais básica da pirâmide, a denominada “Necessidades Fisiológicas” (Serrano, 2003).

Entretanto, esta prerrogativa de escolher o parto de acordo com “suas necessidades” não ocorre com aquelas que se encontram em posições menos favorecidas na nossa sociedade. Quero dizer que, para a grande massa populacional feminina de nosso país, esta oportunidade e possibilidade de obter informação e decidir pelo tipo de parto não é respeitado ou favorecido. Para as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), o tipo de parto estará vinculado à decisão médica, de acordo com suas condições clínicas de cada paciente. Para as autoridades no assunto, as mulheres leigas não teriam condições de saber o que é melhor para si, ficando assim a responsabilidade e a decisão nas mãos do profissional médico. Ou seja, se não houver nenhuma indicação médica para o parto cirúrgico, o parto normal será o efetivado, independente do desejo da mulher e de sua família. Para o Ministério da Saúde, o parto cirúrgico não deve exceder à taxa de 15% do total de partos da instituição hospitalar. Revela-se aqui um paradoxo da assistência se pensarmos nos estudos os quais demonstram que é na

população mais carente onde os maiores problemas de saúde ocorrem, necessitando de intervenções médicas, incluindo a cesariana. Faúndes & Cecatti (1991) afirmaram que:

Na verdade, como já foi demonstrado, as taxas (de cesárias) “são menores entre os pobres, possuidores dos índices mais altos de patologias obstétricas, distócias e outras complicações da gravidez e do parto”. (p.154)

Tais patologias e distócias podem ser justificadas pela menor cobertura do pré-natal na população mais carente propiciando os agravos da saúde materna e fetal. E no caso da população mais favorecida socialmente, esta está cercada de cuidados e vigilância que previnem as complicações, que muitas vezes, são evitadas através da intervenção cirúrgica. E, assim, distribui-se a incidência da cesariana por nível socioeconômico da população.

Para melhor entender a complexidade desta tendência cultural da cesária, entre a classe social mais favorecida da nossa sociedade, ressalto o processo histórico da institucionalização e medicalização do corpo feminino que será melhor abordado no terceiro capítulo deste trabalho, devido à sua importância para apreendermos os sentidos da dor do parto. Adianto, lembrando que no Brasil atual, os partos, em sua grande maioria, ocorrem dentro de uma instituição hospitalar devido ao processo de institucionalização destes eventos que outrora aconteciam no próprio lar da mulher junto com sua família e parteira ou “comadre”. Mais recentemente, o uso ativo de intervenções médicas vem qualificando a assistência durante a gravidez e a parturição, por terem sido caracterizados, em meio acadêmico, como eventos de risco para a saúde da mulher e do filho. A busca de novas tecnologias, orientadas por modelos tecnocráticos, tipicamente ‘americanos’ acabam por incrementar, desta forma, a sensação dolorosa da mulher em trabalho de parto, como sugerem Saito & Gualda (1999) e Diniz (2005). E entre as mais solicitadas e defendidas intervenções encontramos a cesariana.

Assim, nos últimos 30 anos, as taxas de cesárea vêm aumentando consideravelmente em quase todos os países, dentre eles, o Brasil, que alcançou 36 %, sendo que na região centro-oeste, 49%, na década de 80. Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde apontam para quase 40% em 1997. Dados mais recentes da Agência Nacional de Saúde (ANS/MS, 2006) mostram que a taxa de cesáreas no setor público de saúde e no setor suplementar (setor privado da assistência médico-hospitalar correspondente a 12% da população) chegaram a 27,5% e 79,7%, respectivamente, em 2004.

Estes valores estariam acima do índice recomendado de 15%, já dito anteriormente. As pesquisas que tratam deste assunto referem-se à existência desta “cultura da cesárea”, devido a vários fatores, dentre eles: a conveniência de uma intervenção programada e a insegurança do profissional, exclusão do pagamento de anestesia peridural para partos vaginais, pelo SUS, cesárea eletiva por desejo de laqueadura tubária, e, principalmente, fatores socioculturais entre mulheres e profissionais da saúde, que se mostram a favor da cirurgia por ser a forma mais ‘moderna’ e menos arriscada de se ter filhos, evitando a dor do parto e lesões na anatomia e fisiologia da vagina (Barbosa, et. al., 2003; Hotimsky et. al., 2002).

Entretanto, Barbosa et al. (2003) contesta a existência da referida cultura, na visão de parturientes, no município do Rio de Janeiro, entre 1998 e 1999, ao encontrar nos relatos de mulheres que não desejavam e não pediam por uma cesariana. Os autores concluem que não existe a valorização feminina de que a cesárea é o parto preferencial. Hotimsky; Rattner & Venâncio (2002) explicam que as referidas taxas giram em torno da organização inicial da assistência obstétrica, em nosso Estado, quando da formação dos profissionais de saúde e da demanda de cesarianas pelas parturientes, associadas ao desejo de laqueadura, medo da dor e das reações dos profissionais de saúde em relação às suas queixas.

Toda a preocupação trazida pela OMS e MS acerca do abuso das cesarianas – justificadas pelo corpo de saber médico como “medicina preventiva”, “direito da mulher” em ser poupada da dor e de diminuição dos riscos do nascimento pelo uso da tecnologia médica – decorre exatamente do paradoxo estabelecido: o aumento das taxas de morbimortalidade materna e infantil. Ou seja, aquilo que outrora serviria para salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando ocorriam complicações durante a gravidez ou o parto, atualmente, favorece os mesmos ou mais riscos e agravos à saúde materna e perinatal.

A esfera governamental que regula a saúde pública das mulheres explica ainda que, apesar de ser um procedimento amplamente utilizado, a operação cesariana não é isenta de complicações. Atualmente, é bem definida sua associação com a maior incidência de infecção e de hemorragia, onde a mortalidade materna ocorre cerca de três vezes mais nas cesarianas eletivas (a pedido) se comparada com as mesmas taxas do parto normal. Acrescenta-se a isso os maiores índices de prematuridade e suas conseqüências para o recém-nascido, quando comparada ao parto transpelviano (Cabral et. ali, 2003). De acordo com a Agencia Nacional de Saúde/MS (2006), a alta prevalência de bebês prematuros parece estar relacionada, em

grande parte, às cesarianas e aponta como uma das principais causas de morbimortalidade perinatal destacando-se, entre elas, a síndrome de angústia respiratória⁴ do recém-nascido. A recuperação pós-operatória também é mais lenta, acarretando prejuízos ao vínculo precoce e à amamentação, como também onerando densamente o Sistema Único de Saúde. A OMS (1997) explicita a soma dos gastos com o parto cirúrgico em relação ao parto normal. Nos países em geral, se gasta em torno de U\$ 10 a 35 no parto normal com pessoal qualificado e em ambiente hospitalar, contra U\$ 50 a 100 nas cesarianas. No Brasil, para a assistência obstétrica, o custo não passaria de R\$ 40,08 per capita (SAS/MS, 2000). No estudo de Faúndes & Cecatti (1991) foi explicitado que a diferença dos custos resulta do tempo de estada no hospital, no uso de medicamentos e outros materiais de consumo, que no caso de cesarianas são bem maiores:

No Hospital da Unicamp, a estimativa da diferença de custo entre os dois tipos de parto foi de cerca de 50% maior para a cesárea (US\$48.00 para o parto normal e US\$96.00 para a cesárea). (p. 163).

Toda esta problemática do excesso desmedido da intervenção cirúrgica do parto me faz remeter à “crise das ciências” denunciada por Husserl (2002). A origem desta crise estaria no momento em que as ciências objetivas esquecem ou desvalorizam o “mundo da vida”, mundo este que é elaborado pela própria ciência objetiva. Nos dizeres do autor:

A ‘crise’ então pode ser esclarecida como o **fracasso aparente do racionalismo**. O motivo do fracasso de uma cultura racional não se encontra (...) na essência do próprio racionalismo, mas só em sua alienação, no fato de sua absorção dentro do ‘naturalismo’ e do ‘objetivismo’”. (Husserl, 1996; p. 85)

E segundo Zilles (1996), este distanciamento entre o mundo das ciências e mundo da vida repousa na ingenuidade do objetivismo científico que toma o mundo objetivo como o único capaz de oferecer a verdade válida universalmente. Os fatores subjetivos estariam sendo excluídos reduzindo o saber do homem ao puro conhecimento dos fatos.

As evidências científicas da segurança e das vantagens da cesariana pronunciadas pelo meio acadêmico por longo tempo, e a conseqüente aceitação e adesão pela sociedade, mostra como o racionalismo científico impera no nosso tempo. Entretanto, os malefícios provocados

⁴A síndrome da angustia respiratória é um tipo de insuficiência pulmonar provocado por diversos distúrbios que causam acúmulo de líquido e lesão nos pulmões, e estando associada ao edema pulmonar.

pelo uso abusivo vem se tornando tão evidente que a própria sociedade vem sentindo certo mal-estar em relação à “cultura da cesária”, questionando-a. Fica cada vez mais evidente que aquilo que, outrora, estaria a serviço do mundo da vida está, agora, comprometendo-a. E percebe-se que o uso por si mesmo da cesariana, como outras tecnologias, vem levando à perda do “sentido” da vivência original do parto. A resposta a este desconforto pode ser evidenciado nos esforços das políticas de saúde em reverter a situação e pela busca de informação e alternativas pelas mulheres gestantes, como a abordarei adiante.

Além disso, na tentativa de reduzir o ônus do orçamento público e garantir qualidade na assistência perinatal, o Ministério da Saúde, na última década, vem implementando políticas de saúde, na área da saúde da mulher, voltadas para uma assistência segura e humanizada ao parto e nascimento. Os Programas visam, entre outras, a redução das taxas elevadas de cesáreas consideradas desnecessárias na rede hospitalar, como também a diminuição das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Dentre estas estratégias políticas que visaram atender os critérios mínimos de qualidade na assistência à saúde da mulher e da criança, valorizando o parto normal no intuito de garantir o mínimo de riscos, ressurgiu a antiga figura da parteira, mas sob uma nova égide de profissão legalizada, embora não menos polêmica entre a classe médica corporativista: são as enfermeiras obstetras, obstetrites, enfermeiras-parteiros e parteiras leigas treinadas. A formação, a capacitação e a especialização destas profissionais vêm sendo consideradas a maior e melhor estratégia para a redução da mortalidade materna e neonatal, no nosso país, principalmente nas regiões com assistência médico-hospitalar precária.

De acordo com o guia prático “Assistência ao Parto Normal”, da Organização Nacional de Saúde (1996), “a enfermeira-parteira parece ser o tipo mais adequado e com melhor custo-efetividade de prestador de cuidados de saúde para ser responsável pela assistência à gestação e ao parto normais, incluindo a avaliação de riscos e reconhecimento de complicações” (p. 6). E recentemente, as doulas - mulheres leigas que dão suporte físico e emocional a outras mulheres desde a gestação até pós-parto - vêm ganhando espaço e importância, dentro das instituições hospitalares públicas e privadas, recebendo também incentivos através dos programas do Ministério da Saúde e recomendações da Organização Mundial de Saúde (Brasil/MS, 2001; OMS, 1996).

Vejo que há um movimento de restauração da dimensão social no parto, ou seja, uma tendência de re-ocupação de um espaço perdido por mulheres ajudantes do processo parturitivo. Tanto as doulas, como qualquer outra acompanhante no parto, ressurgem na cena do nascimento com seus papéis bem definidos, sendo que agora, dentro da instituição hospitalar, que outrora respondeu pelo distanciamento das mesmas. E de acordo, com algumas doulas, o maior desafio deste trabalho tem sido o de resgatar a confiança das parturientes para vivenciar o nascimento de maneira autônoma e segura, onde as primeiras justificam-nas como perdidas com o tempo e com os avanços científicos e tecnológicos.

Percebo também, aqui, um resgate do mundo da vida abandonado pelo mundo das ciências objetivas, alternativas para se superar o “mal estar” decorrente do uso excessivo da tecnologização no parto. O mundo histórico-cultural, crenças, costumes e saberes populares estão sendo repensados e reconsiderados, mesmo no mundo da ciência, o que está em consonância com a proposta fenomenológica, cuja postura favorece a reaproximação entre os dois mundos, como propôs Husserl (Zilles, 1996). Esta foi a postura escolhida para realizar este trabalho, como tratarei no próximo capítulo.

Assim, o mundo da vida tem sido revisto por muitos estudiosos e ditos cientistas, mesmo que não se intitulem de orientação fenomenológica. Enunciados e normas têm sido refeitos, principalmente no âmbito das políticas de saúde. Entretanto, tem sido um desafio para os serviços de saúde atingir os níveis ideais das taxas de mortalidade materna e neonatal, no Brasil. As estatísticas do governo mostram que mais da metade das mortes ainda ocorrerem durante a internação hospitalar destinada ao parto/nascimento. E de acordo com a Avaliação Estadual do Pacto de Indicadores de Atenção Básica, de 2002, conforme a portaria nº 456 GM/MS, a meta de reduzir a taxa de mortalidade materna para até 30 óbitos para 100.000 nascidos vivos, no Distrito Federal, não foi alcançada. Esta Avaliação mostrou que, no ano de 2002, o índice alcançou a casa de 35,9/100.000 (GDF-SUPLAM, 2004). E até o final de 2006, espera-se que esta taxa reduza para 15%, conforme o Pacto Nacional pela Redução Materna e Neonatal, de 2004 (Brasil/MS, 2006). Desta maneira, as políticas de saúde, através dos programas que prevêm e estimulam a participação de doulas ou de acompanhantes durante o parto, contam com a forma mais primitiva de acolher e proteger as mulheres e seus filhos dos riscos inerentes ao nascimento: com a presença e a sabedoria das “comadres”, das “curiosas”, das “experientes”, das “parteiras” que favorecem o parto natural através do simples suporte sócio-emocional das parturientes. Finalmente, o sistema de saúde

pública brasileiro espera destas acompanhantes do parto a aliança com os compromissos governamentais nessa redução das taxas de mortalidade materna e perinatal, como já acontece em muitos países do primeiro mundo.

Mesmo com todos os esforços dos movimentos a favor do parto normal (programas de humanização hospitalar, cursos e palestras para gestantes, cursos de sensibilização e capacitação profissional), ainda permanece um grande temor por parte das futuras mães em relação ao parto. Dentre as falas mais comuns, no contexto hospitalar, encontramos o “medo da dor”, “medo de não suportar”, “medo de como serei tratada pelos profissionais” e “medo de morrer”. Este discurso é comum dentro dos centros obstétricos e principalmente em reuniões com gestantes, durante o pré-natal, ou em cursos preparatórios para o parto.

Uma destas reuniões acontece no Hospital Regional da Asa Sul, desta cidade, e local de investigação do presente estudo. Os encontros acontecem periodicamente e visam “preparar” as gestantes e suas acompanhantes para o parto. Configurado em termos de um projeto, este curso preparatório acontece desde 2001, onde coordeno e participo desde então. Neste ambiente, que procuro permitir a maior informalidade possível entre todos os participantes, são discutidas as percepções das mulheres usuárias deste serviço público de saúde, as quais não possuem a prerrogativa de optar pela cesárea eletiva ou “cesárea a pedido”, como acontece entre aquelas que possuem condições de adquirir assistência particular. As primeiras enfrentarão, necessariamente e de alguma forma, seus medos e a possível dor do parto.

E como o medo da dor vem sendo rotulado como ‘falta de preparo psicológico para o trabalho de parto’, justificando a prática de cesáreas desnecessárias, onde políticas de saúde incentivam o parto normal, cabe tanto à esfera governamental como às instituições médico-hospitalares, com seus profissionais, melhor compreender o fenômeno da dor, em todas suas dimensões – biológica, sociocultural, afetiva e espiritual – buscando verdadeiramente as condições primárias e “naturais” da espécie humana em lidar com o processo parturição e nascimento (Barbosa et al., 2003).

Na verdade, todos nós devemos buscar, antes do “natural”, que pode ingenuamente recair sobre concepções reducionistas e deterministas, os sentidos expressos pelas próprias mulheres sobre o fenômeno da dor do parto, respeitando as condições individuais e grupais, já que encontramos na literatura trabalhos que mostram diferentes significados para a dor, como

também, em diferentes culturas (Diniz, 1997; Brasil, 2003). Esta preocupação não se limita apenas em mitigar ou ressignificar a dor, mas também implica em restabelecer a saúde física e afetiva da mãe e do bebê. Escutar e compartilhar com as mulheres suas percepções sobre a dor durante a gestação e o parto parece ser uma boa estratégia para compreendê-la, já que ela varia de uma mulher para outra e de uma gravidez para outra, não satisfazendo mais a explicação simplista de que o evento é dependente unicamente do limiar de dor individual. E estas diversidades são apontadas pela “teoria do portão”. Acredito, portanto, que a experiência vivida e expressa pelas mulheres possam contribuir para a construção de um saber mais firmado e dirigido à vivência mais imediata, anterior a qualquer conceituação, favorecendo, assim, o processo de cuidado e de assistência ao parto de forma mais ética, respeitando a alteridade, a liberdade, a criatividade, nos diversos modos de existir de cada mulher, de cada família e de cada cultura.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), utilizando-se da referida teoria, publicaram normas e procedimentos a serem consideradas na prática obstétrica, no intuito de minimizar o sofrimento (físico) da mulher, como por exemplo, a recomendação de administrar analgesia para o parto normal quando solicitado pela parturiente.

Como exemplo destas publicações encontra-se o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), o qual estabelece que:

Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura. (MS, 2000)

Dentro deste contexto lembro, ainda, o importante papel dos movimentos feministas para mudanças nesta realidade que há décadas já problematizam e reivindicam os direitos das mulheres no âmbito da saúde pública, incluindo o de aliviar e evitar o sofrimento físico e psíquico da parturiente. A “Cartilha da Saúde da Mulher”, elaborada pela Rede Feminista de Saúde (2000), complementa o programa ministerial:

Cada mulher e cada parto são diferentes. A dor no parto costuma ser uma dor forte, mas muitas mulheres acham que é uma dor suportável e preferem não ter anestesia. Se você sentir necessidade, peça anestesia no caso de um parto normal, inclusive nos hospitais públicos ou conveniados ao SUS.

E, em outro Manual do Ministério da Saúde lemos:

(...) é um direito da mulher brasileira, garantido por portarias do Ministério da Saúde (na 2.815 de 1988 e, posteriormente, a de no 572 de 2000), que incluem a analgesia de parto, na tabela de procedimentos obstétricos remunerados pelo SUS. (Brasil, 2001; p. 68)

Poucos profissionais parecem conhecer o direito das mulheres em receber a analgesia de parto, quando elas acharem necessário; ou quando o reconhecem, justificam o não uso por falta de recursos humanos e materiais.

Apesar de todos estes esforços, o direito ou pelo menos a possibilidade de usufruir da analgesia de parto ou de qualquer outra garantia referente à humanização no parto, como por exemplo, a presença de um acompanhante, receber líquidos durante o trabalho de parto, optar pela posição do parto, parece-me longe de se tornar uma realidade. Às mulheres restam encontrar meios de adaptar-se ao cerco social e institucional que cerceiam sua autonomia e liberdade durante o nascimento de seu filho, impondo regras e cobrando um comportamento “adequado” e uma postura idealizada de mulher-mãe-esposa-trabalhadora.

Esta imagem idealizada da mulher parece ter sido construída historicamente e sedimentada pelo discurso oficial da Igreja, como assinala Ribeiro (2004). Desde a Idade Média, ela permeia os papéis sociais femininos. O autor acrescenta que estes modelos justificariam os clássicos discursos de desigualdade associados ao gênero. Assim, o Cristianismo teve papel determinante na perpetuação destes ícones modeladores do feminino e, por isso, trago neste trabalho reflexões acerca dos mitos bíblicos e de como eles reverberam sobre a auto-percepção das mulheres e da sociedade, como também procuro explorar a desigualdade e as hierarquias de gênero (e de poder), no intuito de compreender o “amoldamento” deste feminino.

E a partir desta compreensão inicial, caminho em busca da compreensão do processo de apropriação do corpo feminino por um corpo de saber médico e de como a “Ciência da Mulher” e seus modelos biomédicos repercutem na vivência do parto e da dor das mulheres da nossa sociedade atual. E, assim, espero contribuir na percepção mais abrangente e existencial do processo doloroso do trabalho de parto, como também despertar uma postura assistencial mais reflexiva e, por que não?, uma nova atitude de abertura anterior à reflexão -

ao pré-reflexivo - no cuidar entre os profissionais de saúde que lidam com as mulheres e suas famílias que vivenciam o medo e a dor, o prazer e o amor no momento mais misterioso da natureza, inatingível e incapturável pela ciência. O gestar, o parir, o nascer e o materno!

Enfim, trago estas reflexões introdutórias para mostrar que, na era da prevenção e da humanização, constatamos ainda a aflição da mulher e de sua família (muitas vezes também dos próprios profissionais de saúde) ao adentrar um hospital público. No caso da usuária ser uma gestante ou parturiente, entrar neste local desconhecido e hostil, muitas vezes, se assemelha uma verdadeira tortura e sensação de constante e eminente perigo. Muitas falas associam esta entrada como um dos momentos mais temíveis em suas vidas, como, por exemplo, a comparação das maternidades, mais especificamente, o centro obstétrico (sala de parto), a um verdadeiro “matadouro”.

A dor por si só validaria um estudo aprofundado no intuito de compreendê-la melhor, não só pelas vivências de uma dor física extrema, mas também nos casos opostos (que não são poucos) em que a mulher experiencia as contrações como suportáveis e até prazerosas. Para o primeiro caso, a ciência moderna oferece recursos para controlar e aniquilar este evento “indesejável” que tanto assusta as mulheres que estão prestes a passar pelo parto, sobre os quais estarei tecendo reflexões ao longo deste trabalho.

Quando Husserl fala da “crise” das ciências objetivas, aponta a busca do sentido da vida humana (teleologia) como opção subjacente à atividade científica, pois esta crise seria, na verdade, a perda do sentido da vida. E de onde a fenomenologia teria o papel de “reconciliar o mundo da ciência e da técnica com o mundo da vida da teleologia inerente ao último” (Zilles, 1996). Assim, partindo das minhas vivências do cotidiano, do mundo da vida, e inspirando-me na busca do sentido da vida, questiono: Como a mulher vivencia o parto? O que espera do seu parto? Que fatores acredita influenciarem a percepção dolorosa? Que sentidos atribui à dor do parto?

Entendo que a mulher hospitalizada na sala de parto e maternidade encontra-se numa situação muito diversa de outras experiências de hospitalização, pois a sua dor, esta dor que a maioria acredita ser inerente ao processo parturitivo, esta dor não será tratada e medicada como as outras dores decorrentes de patologias. Esta dor não será olhada e nem ouvida, mas banalizada e repreendida em suas manifestações e expressões. Assim será, certamente, pois, gemer, gritar, segurar algo, abraçar ou agarrar alguém, desfazer-se das roupas que imobilizam,

recusar intervenções ou não atender aos comandos autoritários, entre outros, são atitudes e comportamentos considerados “inadequados” pela equipe profissional, pela família e sociedade em geral, e até por ela mesma.

Desta forma, as questões que norteiam este trabalho têm a intenção de dar voz às mulheres que vivenciam o parto e a dor, para então capturar os sentidos revelados nas diversas maneiras de expressão, escolhidas, aqui, como a expressão gráfica, a escrita e a falada. E a postura metodológica que melhor se aproxima dos meus objetivos é a fenomenológica. Como dito anteriormente, Husserl denunciou o fracasso das ciências objetivas quando estas se esqueceram e se distanciaram do mundo da vida, da subjetividade, da história e da cultura (Zilles, 1996). O autor apresenta a fenomenologia, então, para que se supere a “crise” ao reaproximar os dois mundos, o da vida cotidiana e o da ciência. E é isto que proponho: a aproximação da vivência cotidiana, imediata da dor do parto, buscando o saber nas experiências originárias e nas suas “formações de sentido”, que segundo Husserl, é de onde nascem as ciências.

3. Apresentando o Trabalho da Pesquisa

O presente trabalho foi dividido em duas partes, constando, na primeira, as reflexões acerca da postura fenomenológica, enquanto referencial metodológico, bem como, acerca do referencial teórico que orientou a construção da pesquisa e permitiu o diálogo com as vivências reveladas pelas colaboradoras. A segunda parte abrange as expressões e vivências relacionadas ao parto e à dor do parto.

Na primeira parte apresento o primeiro capítulo que aborda a fenomenologia enquanto postura, mostrando sua aplicabilidade na pesquisa. A escolha desta postura deveu-se à natureza subjetiva do tema e, principalmente, pelo objetivo de apreender os sentidos da vivência do fenômeno em questão. No segundo capítulo, apresento a trajetória percorrida na busca destes objetivos, descrevendo a metodologia empregada, o cenário, as colaboradoras, os instrumentos, os procedimentos e a sistematização do material obtido na pesquisa. No terceiro capítulo, delinheiro temas que estão vinculados à vivência parturitiva, buscando elementos históricos e culturais que reverberam na percepção feminina relacionada à dor do parto. Entre eles, o mito bíblico da dor do parto e a mitologia, os quais levantaram as primeiras discussões

registradas acerca das diferenças e desigualdades de gênero; ainda neste caminho, reflito sobre o processo de normatização datada do Século XIX, responsável pelo projeto social de higienização dos corpos que favoreceu a medicalização e institucionalização do parto. Em seguida, contemplo a tentativa de reverter a tecnologização e excessos de intervenções no processo parturitivo, através do movimento de humanização no parto, como política de saúde pública. Aponto também que, ainda assim, a hierarquia e a desigualdade entre gêneros continuam permeando os modelos institucionais vigentes, perpetuando a estrutura patriarcal nas relações sociais, principalmente, alimentando o modelo valorativo da maternidade, associando-a ao feminino; e ao final desta primeira parte do trabalho, procuro estabelecer uma aproximação entre as concepções biomédicas do mecanismo da dor do parto e a fenomenologia. E para isso, abordo a fenomenologia da percepção e ontologia da carne de Merleau-Ponty, bem como, a fenomenologia existencial de Forghieri, quanto às possibilidades de existir no mundo e a atitude existencial do ser humano, frente ao sofrimento.

A segunda parte do trabalho destina-se às vivências do parto e da dor reveladas pelas colaboradoras. No quarto capítulo, mostro as percepções paradoxais do parto real e do parto ideal, tecendo as expectativas da vivência, no final da gestação, comparando com a percepção após a vivência parturitiva. No quinto capítulo, abordo a vivência da dor do parto, propriamente dita. Nele apresento também os paradoxos surgidos e como estes servem para atribuírem sentidos ao sofrimento feminino no processo de parir. Finalmente, no sexto capítulo faço minhas últimas considerações, integrando as vivências numa perspectiva existencial.

PARTE I

REFLEXÕES METODOLÓGICAS E TEÓRICAS

Na primeira parte deste trabalho, apresentarei a fenomenologia enquanto postura adotada na pesquisa, apontando, rapidamente as características como referencial metodológico. Após, traço a trajetória metodológica apresentando o cenário e as colaboradoras da pesquisa, bem como, descrevendo os instrumentos e procedimentos utilizados, e a sistematização do material obtido com as expressões reveladas. Em seguida, abordo temas que estão vinculados à vivência parturitiva e dolorosa, como o contexto histórico-cultural da sociedade ocidental.

CAPÍTULO I

A FENOMENOLOGIA ENQUANTO POSTURA METODOLÓGICA

“O fato de sermos capazes de reconhecer uma certa natureza de uma existência diante de nós é atribuído ao nosso contato com a coisa, que desperta um conhecimento primordial, ou seja, desperta nossas percepções que são manifestações parciais de um conhecer coexistente com o mundo.”

Merleau-Ponty (1978, p.370)

Neste capítulo apresentarei um breve resumo da fenomenologia enquanto postura utilizada na pesquisa. Esta abordagem se justifica pelo caráter subjetivo e multidimensional do meu objeto de estudo: a dor do parto. A fenomenologia me pareceu um referencial adequado, por desvelar a experiência do vivido, em sua espontaneidade, não necessariamente sabido de antemão, mas pensado pela primeira vez. Por permitir a “suspensão” das teorias e saberes científicos, através da redução fenomenológica (descrita adiante), pude compreender o fenômeno da dor do parto em sua extensão, sem a preocupação de buscar alguma correspondência do vivido desvelado com os saberes prévios, inicialmente, pois, só em momento posterior estabeleço diálogos com tais saberes.

Instaurada pela concepção husserliana, com seu precursor em Brentano, a fenomenologia elege como critério de produção de conhecimento a vivência de consciência pré-reflexiva, respeitando o outro e o que ele fala em sua singularidade e originalidade, e compreendendo a noção de que o ser humano constrói sentidos subjetivos na sua percepção e na interação com o mundo – fenômenos mentais sendo intencionais. Brentano enfatizou a experiência da direcionalidade da consciência (intencionalidade) para os objetos e a experiência passou a ser entendida como a expressividade da consciência. Sugeriu que o método deveria ser descritivo, compreensivo e argumentativo. No entanto foi Husserl quem constituiu os três passos reflexivos para o estudo da experiência consciente, como veremos adiante(Gomes, 1997).

A fenomenologia, antes de ser um método, é uma postura, a qual busca compreender os fenômenos, reconhecer e valorizar o vivido. Seu aporte filosófico traz novas perspectivas

para as pesquisas científicas que se apresentam como um “método” de investigação da experiência consciente distinguindo-se pela sua originalidade. Interessa-se pelo fenômeno puro tal como se apresenta à consciência, num esforço de “retorno às coisas mesmas” (Freitas, 2006).

A fenomenologia é uma ferramenta que visa resgatar o mundo da vida e o mundo de sentido, abandonados pelas ciências, pois a técnica, visando os meios, esquece-se dos fins. A crise das ciências, denunciada por Husserl, refere-se à crise de sentido:

Por isso, a razão última da crise da humanidade européia é a perda de teleologia e, conseqüentemente, do sentido da vida. Caberá à fenomenologia reconciliar o mundo da ciência e da técnica com o mundo da vida a partir da teleologia inerente ao último. (Zilles, 2002)

Assim, a fenomenologia, segundo Zilles (2002), vincula-se à história e à teleologia (de *telos* = fim, finalidade, objetivo), ou seja, “a filosofia husserliana da história sustenta-se pela idéia de finalidade” e “a recuperação do sentido da ciência passa por retorno à estrutura teleológica do mundo da vida” (p.54 e 55). A teleologia busca o sentido da vida humana, e é buscando o sentido da dor do parto que trago o conceito da teoria que busca a finalidade e o propósito da vivência.

No mundo da vida, as explicações teleológicas são comuns, mesmo para os especialistas da ciência biomédica. A dor do parto é vista, muitas vezes, pelo corpo de profissionais da saúde, como uma dor necessária para atingir **os fins** do nascimento de um bebê. Por acreditarem nesta “naturalidade”, banalizam as queixas, prejudicando a relação profissional-paciente e, principalmente, impedindo qualquer via de compreensão desta vivência em sua amplitude. E, assim, busquei a fenomenologia na pretensão tanto de resgatar a aproximação do mundo da vida ao mundo da ciência, como também, de integrar o ser-assistente ao ser-vivente, construindo, conjuntamente, o entendimento da realidade deste último, através do fluxo do encontro e do diálogo.

Esta aproximação é uma característica que, particularmente, considero especial, na fenomenologia. A possibilidade de aproximar o pesquisador e colaborador da pesquisa traz a compreensão imediata por parte dos pesquisadores ou profissionais que lidam diretamente com o fenômeno em questão. Assim, a fenomenologia vem contribuindo sensivelmente no

aprimoramento do saber humano a ele relacionado, permitindo qualificar a experiência fundamental em causa por compreendê-la como portadora de um sentido expressivo. Possibilita romper com as várias dicotomias das abordagens tradicionais (mente-corpo, saudável-doente, normal-patológico, objetivo-subjetivo, etc.), como também elaborar um conhecimento mais expressivo do que técnico acerca do fenômeno, considerando suas respectivas implicações para o “mundo da vida”. E, como já dito anteriormente, do resultado desta aproximação, foi possível manter um diálogo com teorias constituídas, trazendo maior riqueza na compreensão do fenômeno, além de possibilitar novas compreensões por reconhecer-se sempre aberta e inacabada.

Segundo Amaturzi (2001), a pesquisa fenomenológica visa clarear um fenômeno, por isso é considerada uma pesquisa de natureza, pois é a pesquisa do vivido. Ela é dialética e mobilizadora, pois muitas vezes o vivido é surpreendido no presente, é pensada de repente e dita pela primeira vez, sendo exatamente esse o seu objetivo, construindo, assim, uma compreensão de algo.

O principal objetivo de uma pesquisa fenomenológica é proceder a uma investigação direta e descritiva de fenômenos que são experienciados conscientemente, sem teorias sobre a sua explicação causal e livre de pressupostos ou de preconceitos. Isso implica em entrar em contato com o vivido, “suspendendo” os conhecimentos *a priori* para então compreender sua essência ou estrutura, que se manifesta nas descrições ou discursos de sujeitos. O pesquisador deve buscar apreender aspectos do fenômeno por meio do que dele dizem outros sujeitos com os quais vivem, interrogando-os de modo a focar seu fenômeno.

Assim, a finalidade da pesquisa fenomenológica é retornar ao vivido e não testar idéias ou hipóteses pré-concebidas, e nem mesmo fazer generalizações antecipadas. É investigar o fenômeno para atingir a sua essência. Ao apreender o objeto de estudo, posso construir os conceitos, superando o impasse entre a subjetividade e a objetividade e a dicotomia entre sujeito (mente, significação) e objeto (dado empírico, quantidade) – lados extremos de observação da realidade (problema metodológico).

Assim, na pesquisa fenomenológica o relato do colaborador deve trazer à tona a experiência vivida, e este deve concentrar-se ao máximo no vivido para fornecer descrições profundas. E neste caso, o entrevistador atua como facilitador do acesso ao vivido e o entrevistado torna-se um colaborador, em vez de “sujeito”, da pesquisa e, ambos pensam,

juntos, o assunto. E outra característica da pesquisa fenomenológica é que, num esforço conjunto entre pesquisador e colaborador, a entrevista deve “ir além das estruturas já dadas, de ir além dos modos habituais de pensar e buscar uma conexão mais fluente com a experiência”, quando comparada à entrevista tradicional (Amatuzzi, 2001, p.21).

Entre os princípios da fenomenologia aplicados à pesquisa, no intuito de descrever o fenômeno, estão a **descrição**, a **redução** e a **interpretação**. A redução fenomenológica é o recurso utilizado para se chegar à essência do próprio conhecimento, retornando ao mundo da vida tal como se apresenta, antes de qualquer reflexão lógica, preconceitos ou *a priori*, como já foi mencionado. Para Amatuzzi (2001), a **redução fenomenológica** entra como condição básica do pesquisador, pois ele deve suspender temporária e conscientemente suas estruturas de pensamento (censo crítico), sem, entretanto, negá-las, permitindo uma relação com o entrevistado colaborador que permita uma aproximação progressiva à experiência vivida.

A redução fenomenológica compreende-se, basicamente, em três etapas. Na primeira, há o movimento de “suspensão” (dos *a priori*), propriamente dita, onde o pesquisador procura permanecer numa atitude de abertura à experiência fundamental do outro, mantendo uma relação mobilizadora e autêntica com os colaboradores da pesquisa. Num segundo momento, deve-se descrever com fidedignidade o vivido aflorado, para em seguida, sistematizar o material e identificando as experiências em comum (no caso de vários colaboradores), ou seja, as confluências e as divergências. E no último momento, busca-se dialogar com teorias já constituídas (Amatuzzi, 2001).

A postura fenomenológica na pesquisa certamente tem suas limitações, já que é por si mesma inacabada e está sempre a ponto de recomeçar novas investigação e reflexão. Entretanto suas vantagens colocam a fenomenologia numa posição de primeira escolha numa pesquisa quando se objetiva qualificar a experiência em causa e respectivas relações com o mundo. Portanto, Amatuzzi (2001) ressalta a importância do colaborador da pesquisa em confirmar o conteúdo compreendido pelo pesquisador, para que este conteúdo seja legítimo e confiável: “Nesse tipo de pesquisa o melhor juiz é o próprio colaborador. Só ele saberá dizer se se reconhece no que o pesquisador ‘lê’ no que ele diz” (p.19).

Mesmo respeitando fielmente esta seqüência, num esforço em “suspender” os *a priori*, e em manter o desejado movimento de aproximação vivencial e distanciamento reflexivo da vivência do participante da pesquisa, devo lembrar que este vivido não se

manifesta em sua pureza, mas em um vivido já ‘visto’ ou já formulado, ou seja, já dotado de percepções concepções e construções da consciência do colaborador. Assim o pesquisador pode ter acesso a este vivido através de **versões** do mesmo, que por sua vez, podem estar mais ou menos próximas do vivido puro dependendo do grau de influência das pressões externas (sócio-cultural) ou internas (autoconceito). AmatuZZi (2001) explica, ainda, que estas pressões funcionariam como um filtro nas formulações do vivido favorecendo distorções que sejam compatíveis com as imagens consideradas nobres pela sociedade vigente. Por isso, o autor sugere que o encontro com o vivido seja provocado inesperadamente, onde o vivente o pensa pela primeira vez, no intuito de buscar um vivido o mais próximo possível do genuíno.

Enquanto Husserl desenvolveu os três passos do método fenomenológico, como descritos acima, no intuito de conhecer a intencionalidade do outro, destacada por Brentano, Merleau-Ponty, utilizou-se desta última para recolocá-la no mundo. Neste ponto, a fenomenologia sofre uma mudança no campo teórico: a transformação da fenomenologia transcendental para a existencial. Merleau-Ponty considera o organismo como um todo e insere o tema corpo, através da teoria da percepção. O autor também rompe com dicotomias do pensamento cartesiano e insere o conceito de reciprocidade e flexibilidade, ao propor que o sujeito e o mundo estão entrelaçados sob o mesmo tecido e ao considerar que a percepção se dá no corpo e não na consciência (Coelho, 1997; Gomes, 1997).

Sob uma perspectiva existencial, o objetivo da fenomenologia é examinar os fatos, os eventos, os fenômenos da vida, sem nenhum preconceito ou valores a priori. Então, capta-se a verdade em seu estado inicial. Desta forma o pesquisador deve-se colocar em atitude fenomenológica de suspensão de seus conhecimentos, de pré-conceitos, de “a priori”, que permitiria uma reflexão variada da vivência, chegando ao que lhe é essencial (Forghieri, 2004). Como a dor do parto corresponde a um evento existencial, onde a parturiente utiliza-se do corpo para acessar e compreender o outro e o mundo a sua volta, trago as contribuições destes fenomenólogos para tecer novas reflexões acerca do fenômeno doloroso do parto.

Após estas considerações acerca da postura escolhida para seguir a pesquisa, apresentarei, no próximo capítulo a trajetória percorrida na sua execução e, em seguida, abordarei os saberes já constituídos, os quais busquei “suspê-los” temporariamente na aplicação dos instrumentos de pesquisa e na reflexão inicial das expressões das colaboradoras da pesquisa, para então consolidar um diálogo entre eles.

CAPÍTULO II

A TRAJETÓRIA DA PESQUISA

*Que sabemos nós
seres chorosos
à beira da morte
do outro?
Que sabemos nós
seres medrosos
à beira da vida
à beira de nós mesmos?
Que sabemos nós
da barca à espera
da passagem
do mistério?
- Nada
Por isso tememos*

D'Alila Teles Veras (A dor de ver em dor)

Neste capítulo, pretendo situar ao leitor o percurso adotado durante a pesquisa, retomando os objetivos almejados, inserindo a metodologia empregada, descrevendo o cenário, as colaboradoras, os instrumentos, procedimentos utilizados, bem como a sistematização da análise adotada.

Ressalto ainda que meu desejo de me apropriar da abordagem fenomenológica, deveu-se ao seu aspecto humano em que se aplica à ciência (Carvalho & Valle, 2002), o que favorece, particularmente, o meu trabalho assistencial, onde tenho pretendido fazer daquela um instrumento para alcançar a finalidade maior: o cuidar do ser-parturiente-no-hospital, como vivente do parto e da dor.

2.1 Objetivos da Pesquisa

O presente estudo teve como escopo desvelar o fenômeno da dor do parto, onde busquei compreender os sentidos atribuídos à percepção dolorosa no trabalho de parto e no

parto, através das expressões gráficas, escrita e oral, e da observação de mulheres que utilizaram o serviço público de saúde durante as etapas da gestação, do parto e do pós-parto.

2.2 A Abordagem Fenomenológica na Pesquisa

Como já dito no Capítulo II, a fenomenologia foi escolhida enquanto postura e abordagem metodológica pelo caráter subjetivo e multidimensional do meu objeto de estudo, a dor do parto e pelo seu favorecimento em desvelar a experiência do vivido, em sua espontaneidade e imediatez. Confirmando, neste tópico, o modo de como me utilizei da abordagem neste trabalho.

A proposta desta pesquisa concerne em apreender os sentidos da dor do parto em um grupo de mulheres que vivenciaram os processos de gravidez, parto e pós-parto, num hospital público de Brasília, referência em saúde materna-infantil. Busquei estes sentidos desejando que a elaboração de novos conhecimentos, ou seja, de “novas visadas” acerca do fenômeno, pudessem trazer maiores contribuições para as futuras mães e para os profissionais que atuam no ciclo gravídico-puerperal, embora estando ciente da possibilidade de reformulações, com novos estudos, dos resultados aqui apresentados, pois a pesquisa fenomenológica é sempre inacabada.

O conhecimento produzido pela fenomenologia, como já visto, se dá através da vivência de consciência pré-reflexiva e na compreensão da noção de que o ser humano constrói sentidos subjetivos na sua percepção e na interação com o mundo. E dentre os princípios da pesquisa fenomenológica aplicados nesta pesquisa, no intuito de descrever o fenômeno em questão, utilizei-me da **descrição**, da **redução** e da **interpretação** já referidas anteriormente. A redução fenomenológica foi o recurso utilizado para se chegar à essência do próprio conhecimento, antes de qualquer reflexão lógica, preconceitos ou *a priori*. Aqui, busquei alcançar o sentido da vivência parturitiva dolorosa.

Seguindo tais passos e princípios, utilizei-me, inicialmente, da expressão gráfica e das frases incompletas, como instrumentos de entrada, para que se pudesse aproximar ao máximo da vivência pré-reflexiva, para então, abordar e aprofundar o fenômeno mais diretamente, com a entrevista. E aplicando os princípios da redução fenomenológica pude apreender os sentidos expressos, pelas colaboradoras, acerca da dor do parto como uma possibilidade,

durante o final da gestação, os sentidos expressos durante o vivido em ato (durante o trabalho de parto) e os sentidos do vivido “já visto” (após o parto). Procurei garantir um ambiente acolhedor, durante as entrevistas, para que as participantes fossem o mais espontâneas possível em seus relatos. A opção de utilizar o desenho, como um recurso expressivo, visou, como já dito, provocar este encontro, de modo inesperado, com o vivido acerca da expectativa de sentir a dor na hora do parto. A possibilidade de assisti-las, profissionalmente, durante o período da pesquisa, garantirá uma relação de confiança e empatia favorecendo também a espontaneidade das falas e dos comportamentos.

Aproximar-me da vivente-gestante ou parturiente permitiu não só conhecer a sua realidade, mas também pôde provocar reflexões e mudanças nas mesmas, como também na pesquisadora-assistente, devido a característica de este encontro ser mobilizador. Neste encontro, questões afetivas reprimidas ou mal elaboradas, por ambas as partes, puderam emergir, fazendo com que o “ser-pesquisadora” e o “ser-pesquisado” refletissem sobre suas existências. Raramente os indivíduos desta relação permaneceriam da mesma forma que antes do encontro.

2.3 O Cenário da Pesquisa

O estudo foi realizado no Hospital Regional da Asa Sul, em Brasília. O local foi escolhido devido ao fácil acesso a mim permitido e pelo fato de ser hospital de referência na assistência materno-infantil para o Distrito Federal e entorno. Este hospital recebeu várias condecorações entre elas o título de “Maternidade Segura”, “Hospital Amigo da Criança” e “Prêmio Galba de Araújo” (UNICEF, 2000).

A referência se dá pela cobertura da assistência às gestações de risco e pela expressividade do número de partos realizados mensalmente. Durante o ano de 2003, os Hospitais da Rede Pública do Distrito Federal realizaram 44.207 partos. Numericamente, o Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) realizou 7.457 partos, perdendo apenas para os Hospitais Regional do Gama (HRG) que realizou 9.278 e Regional de Ceilândia (HRC) que ficou responsável por 8.019 partos. Entretanto, a porcentagem de cesáreas não correspondeu às proporções anteriores: 42,8%, 28,3% e 24,9%, para o HRAS, HRC e HRG, respectivamente (GDF-SES-SUPLAN, 2003).

No ano de 2001, o Hospital Regional da Asa Sul implantou o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica e Neonatal, do qual participo como preceptora. Desde então, venho procurando sensibilizar as residentes em relação a dor vivida pela parturiente, bem como planejando e executando atividades que venham a trabalhar com o medo, a ansiedade e a própria dor. O Curso preparatório para o parto, já referido, é um exemplo. No âmbito da sala de parto, eu, as residentes e as outras preceptoras, procuramos adotar posturas profissionais que facilitem a liberdade, a autonomia e o empoderamento das mulheres em trabalho de parto. Assim, orientamos e estimulamos a deambulação e movimentos que facilitam o parto, a postura vertical para o parto (parto em cadeira própria ou em módulo de cócoras), a ingestão de líquidos, entre outras. Desta maneira, o local de estudo mostrou-se um tanto preparado para a realização da pesquisa que me propus, pois toda a equipe profissional já estava acostumada com minha presença, dentro e fora do meu horário funcional, o que acredito ter facilitado a aplicação dos instrumentos da pesquisa com o mínimo de interferência possível.

2.4 As Colaboradoras da Pesquisa

A investigação em campo contemplou, ao todo, 13 gestantes, entre o grupo piloto (8 colaboradoras) e o grupo estudado (5 colaboradoras). O grupo piloto trabalhado inicialmente objetivou testar e ajustar os instrumentos e procedimentos desta pesquisa.

As colaboradoras não possuíam nenhum risco para a gestação ou o parto. Esta seleção foi vinculada à aceitação espontânea ao convite feito previamente, no início da palestra, que acontece periodicamente, no referido hospital.

Em dia determinado foi feito o convite (anexo 1 e 2) para todas as participantes da palestra para gestantes. Após esclarecimentos sobre os teores do projeto, contra-ofertei minha participação e assistência profissional durante o período da pesquisa, incluindo o parto, oportunidade onde foram observadas e registradas as suas percepções, comportamentos e depoimentos espontâneos.

Para a adesão da participante na presente pesquisa, foi solicitada a concordância formal através do Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 3). Elas foram orientadas que, a qualquer momento, poderiam interromper a participação sem prejuízos para a assistência profissional e hospitalar. Puderam tirar dúvidas, referentes ao projeto ou à gestação e ao

parto, em si, a qualquer momento, através de contato telefônico ou consultas de enfermagem a serem agendadas no HRAS, previamente.

O grupo piloto constou de 8 primigestas, com adesão à pesquisa entre as semanas 38 e 41 semanas de gestação, com grau de instrução variado entre primeiro grau incompleto até terceiro grau incompleto, com renda familiar variando entre R\$ 300 a R\$ 4.000,00. As ocupações das colaboradoras eram “do lar”, secretária, doméstica, militar, estudante, auxiliar administrativo. E as religiões registradas foram católica e evangélica.

A experiência piloto visou maior familiarização com o processo, amadurecimento da postura fenomenológica, definição dos temas-eixos das entrevistas e avaliação dos instrumentos da pesquisa, bem como na sua operacionalização. Sendo assim, utilizei, inicialmente, os instrumentos de expressão gráfica e entrevista em 3 gestantes, ao mesmo tempo. Percebi que, apesar da rica discussão, a operacionalização das transcrições foi dificultada pelas falas interpostas, gerando certo prejuízo na análise de cada entrevista. Decidi, então, realizar as entrevistas em separado, acrescentando, desta vez, a expressão escrita (frases incompletas). Outra problemática evidenciada e que foi alterada foi a seqüência da aplicação dos instrumentos. Percebi que iniciando pela aplicação seguida dos instrumentos que acessavam o pré-reflexivo, como a expressão gráfica (desenho) e a escrita (frases de completar), o resultado era mais favorável à abordagem fenomenológica, pois as questões norteadoras deste estudo apareceram espontaneamente, sendo melhor explorada e de maneira natural e mais reflexiva, no momento da aplicação do instrumento de expressão oral (entrevistas). Deste grupo piloto, além das entrevistas feitas com as oito gestantes, tive oportunidade de observar um parto e realizar a entrevista pós-parto com 2 puérperas⁵.

O grupo estudado constou de 5 primigestas⁶, com adesão à pesquisa entre 37 e 39 semanas de gestação. O grau de instrução variou entre segundo e terceiro grau completos e a renda familiar, entre R\$ 600 e R\$ 4000,00. As ocupações registradas foram atendente administrativo, dona de casa, professora, gerente administrativo. Três colaboradoras afirmaram ser católicas e duas não se consideravam religiosas.

Deste último grupo, três colaboradoras realizaram parto normal e duas tiveram cesariana por indicação médica (sofrimento fetal agudo e cesária prévia) após passarem pelo

⁵ Puérperas: período mediato e imediato ao parto.

⁶ Primigestas: primeira gravidez

trabalho de parto. Neste grupo, pude observar três colaboradoras em trabalho de parto e duas observações imediatamente após o parto (por não ter chegado em tempo hábil).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) sob o número 052/06.

2.5 Os Instrumentos e Procedimentos da Pesquisa

Para a realização desta pesquisa, utilizei-me da expressão gráfica (desenho), da expressão escrita (frases para completar) e da expressão oral (entrevista exploratória) durante a gestação. Utilizei-me também, quando possível, da observação participante durante o parto e de outra entrevista exploratória imediatamente após o parto. Estes instrumentos estão descritos abaixo e encontram-se em anexo.

2.5.1 Desenho

Após o convite, aceitação e consentimento formal das participantes, foi agendado um encontro para a realização do primeiro momento da entrevista e aplicação dos outros instrumentos. Este encontro foi realizado individualmente.

Optei por utilizar o desenho (anexo 4) e as frases para completar (anexo 5), como recurso de expressão gráfica e escrita, acreditando na sua possibilidade de acessar elementos subjetivos e pré-reflexivos das participantes, evitando uma abordagem mais diretiva, um discurso mais formal ou elaborado do tema “dor do parto”, a qual poderia se sobrepôr a esses elementos. Desta forma, solicitei a cada gestante que desenhasse com lápis de cor e canetas hidrocor, disponibilizado pela pesquisadora, o seguinte tema: “Como me vejo no meu parto”. Foi solicitado que não pensassem muito no que desenhar e nem na capacidade artística de cada uma, já que não era o propósito desta pesquisa.

Ressalto que, de modo algum, pretendo fazer interpretações objetivas dos desenhos, já que a meta da utilização deste instrumento é acessar a consciência pré-reflexiva da colaboradora, acerca do tema. Entretanto, faço referências a autores como Van Kolck (1984) e Campos (1996) que trazem uma leitura psicanalítica das expressões gráficas para complementar e enriquecer o diálogo com a perspectiva fenomenológica, onde as reflexões se dão de acordo com o que “se apresenta” no grafismo, sem preocupação em rotular ou fazer diagnósticos.

Em seguida, solicitei que a gestante me falasse um pouco sobre o que tinha desenhado. Este momento foi gravado e transcrito, na íntegra, posteriormente.

2.5.2 Questionário Semi-estruturado com Frases Incompletas

No intuito de obter um perfil mínimo das participantes, elaborei um questionário contendo informações básicas de identificação e dados sociais, como grau de instrução, renda familiar, ocupação e religião. O perfil da gestação atual, bem como condições de saúde também foram contempladas no questionário.

O questionário também abrange o tema da pesquisa em frases para completar, como o sentido da dor e do parto, crenças e expectativas acerca do parto. Acredito que esta estratégia pôde complementar a expressão gráfica, bem como possibilitou uma maior exploração dos conteúdos expressos durante a entrevista. Também solicitei que completassem as frases da maneira mais natural e imediata possível, sem elaborações e reflexões prévias.

2.5.3 Entrevista Exploratória

Após a aplicação do desenho e das frases incompletas, foi realizada a entrevista exploratória. Nesta, foram aprofundados os conteúdos expressos nos instrumentos anteriores, abordando a expectativa acerca do parto e da dor do parto de cada colaboradora, caso não tivessem sido ainda expressada. Foram feitas perguntas complementares, de acordo com eixos temáticos, elaborados em forma de questões (anexo 4). Estes momentos também foram gravados e transcritos posteriormente, na íntegra.

2.5.4 Observação *in loco* no Momento do Parto

As participantes foram orientadas a entrar em contato telefônico no momento em que entrassem em trabalho de parto para que eu pudesse acompanhá-las, assisti-las e observá-las. As anotações foram registradas em um diário de campo, onde atentei para as expressões verbais e não verbais, os comportamentos perante o trabalho de parto e a dor, bem como outros eventos que julgasse importante, como, por exemplo, o momento da avaliação médica ou assistência da enfermagem ou de qualquer outro profissional que pudesse provocar qualquer alteração de disposição ou motivação na parturiente.

De todas as colaboradoras, acompanhei três trabalhos de parto, sendo dois casos terminados em cesarianas, por indicação médica (sofrimento fetal), duas das colaboradoras foram observadas apenas no momento imediato ao período expulsivo, por não ter chegado em tempo hábil.

2.5.5 Entrevistas Informais após o Parto

Após o parto, e no momento mais oportuno para a colaboradora, procedi à aplicação do último instrumento. Este se baseou numa entrevista informal, no intuito de acessar, subitamente, mas de modo respeitoso ao momento, o vivido e os sentidos deste vivido. Foram discutidas as correlações do vivido e suas expectativas anteriores, sensações e percepções durante todo o trabalho de parto e qual o sentido que dava, neste novo momento, para a dor do parto.

Este momento também foi gravado, após permissão da colaboradora, e transcrito posteriormente, *ipsis literis*. E, da mesma forma que a entrevista exploratória, foi sintetizada e oferecida às colaboradoras para confirmarem o material obtido, e se se reconheciam naquilo que estava lendo sobre suas vivências. Para este reconhecimento estive em suas residências, num novo encontro, no intuito de não trazer prejuízos no auto-cuidado e nos cuidados com seus bebês. Sendo que, neste momento, a maioria aproveitou para tirar dúvidas sobre a amamentação, os cuidados puerperais e cuidados com o bebê.

2.6 Os Procedimentos de Sistematização e de Análise da Pesquisa

Inspirada em Amatuzzi (2001, pp. 21/22), procurei seguir a seguinte sistematização do material adquirido:

1 – Leitura flutuante das expressões gráficas, escritas e orais transcritas, bem como das anotações de campo.

2- Em seguida, ordenei e distribuí o que foi dito no “fluxo desordenado do encontro” em tabulações e quadros que facilitaram a visualização geral e comparativa, para então chegar à síntese de cada material e de cada colaboradora. Estas sínteses foram apreciadas,

reconhecidas e confirmadas pelas colaboradoras. Nenhuma optou por corrigir, acrescentar ou retirar trechos dos materiais (Anexos 7, 8, 9 e 10);

3 – No próximo momento, procedi à sistematização de todas as sínteses, buscando as variantes e invariantes, para, em seguida, elaborar uma síntese geral, buscando os grupos de sentidos atribuídos ao trabalho de parto e à dor do parto;

4 – Após vários movimentos de envolvimento existencial e distanciamento reflexivo, procedi à análise compreensiva da síntese geral, conforme propõe Forghieri (2004), para em seguida, poder dialogar com as teorias que abarcam os temas apontados, trazendo, então, novas reflexões as quais estão descritas no próximo capítulo.

CAPÍTULO III

OS SABERES EXISTENTES SOBRE A MULHER, O PARTO E A DOR

*Uma mulher diante do espelho
Revive a vida em memória
Uma mulher, no palco da história
Rompe as cortinas do medo.
A ela foi dado o mistério da vida
Gera em segredo o seu ventre
Nutre em prazer sua filha em seu peito
Reconstitui sua imagem.
És tão guerreira
Braços abertos
Carrega sonhos
Nos conta histórias...
Quero saber quem eu sou
Quem eu era...
Na tua imagem,
Identidade revela.
E a vida inteira,
Nas mãos o barro,
Caligrafia em idéias modela.*

Maria Cecília Dias de Miranda (Identidades Femininas)

Neste capítulo, abordo assuntos estreitamente interligados à forma com que as mulheres do mundo ocidental vivenciam o processo do parto e de como elas compreendem o fator dor. Entre os temas, acerco-me, primeiramente, dos escritos mais antigos, como os mitos bíblicos e a mitologia, que se reportam às primeiras discussões registradas sobre as diferenças de gênero. Num segundo momento, na intenção de seguir o caminho histórico, discorro sobre a instauração da nova ordem social do final do Século XIX surgida pela emancipação feminina e controle da natalidade, e que, por sua vez, ancoraram a constituição de uma medicina própria da mulher e consolidando, assim, a apropriação, a medicalização do seu corpo, e a institucionalização do parto. Em seguida, faço um paralelo entre o movimento de humanização no parto e as concepções naturalistas do feminino, os quais irromperam numa grande disputa do saber e do corpo feminino, como também geraram discussões sobre os abusos das práticas médicas intervencionistas e tecnocráticas. Após, coloco em questão os

papéis sociais desempenhados pelas mulheres, a hierarquia e desigualdade entre gêneros, no intuito de trazer reflexões sobre os modelos institucionais vigentes que perpetuam a estrutura patriarcal nas relações sociais e que alimentam o modelo valorativo da maternidade, e que, por sua vez, permeiam as políticas públicas na área da saúde da mulher e refletem as relações de gênero e poder no âmbito da instituição hospitalar; e, finalmente, procuro aproximar as concepções biomédicas do fenômeno doloroso do parto com a fenomenologia, e para isso, reporto-me aos autores Merleau-Ponty e Forghieri, tentando estabelecer paralelos entre a abertura do “portão” do mecanismo fisiológico da dor e a abertura do corpo para o outro e para o mundo.

3.1 Os Mitos Bíblicos e a Mitologia

Acredito que as reflexões sobre as relações de gênero permitirão uma compreensão mais íntima acerca da vivência do evento do nascimento e da dor do parto, por fazerem parte da história da humanidade e estarem presentes nas relações que permeiam os papéis sociais e sexuais no mundo atual.

As discussões sobre as diferenças de gênero podem ser encontradas não somente nos estudos recentes das ciências humanas, mas também nas desigualdades e diferenças nos papéis sociais descritas na mitologia e no Livro Sagrado. Estes escritos podem não corresponder aos fatos históricos da humanidade, mas podem exercer forte influência no processo de subjetivação individual ou coletiva.

Voltando ao mito bíblico, assinalado na introdução deste trabalho, reporto-me à gênese do planeta e dos seres humanos onde a criação da mulher visa atender às necessidades do homem. E a primeira mulher, Eva (esposa de Adão), de acordo com o mito, rebela-se contra as determinações impostas por Deus e recebe como castigo o submetimento ao poder e domínio do homem (Leal, 2004) e a imputação dolorosa da prenhez e do parto. No trecho bíblico, que descreve o pecado original, encontramos: “Multiplicarei as dores de tuas gravidezes, na dor darás à luz filhos. Teu desejo te impelirá ao teu marido e ele te dominará” (Gn 3,14-19).

Ribeiro (2004) também defende a inscrição da diferença entre gêneros e sua conseqüente imagem justificadora do feminino, presente no texto Sagrado:

Os textos relativos ao Pecado Original permitiram, de várias formas, a justificação da subordinação feminina. Em primeiro lugar, foi Deus que submeteu Eva à obediência ao seu marido, devido à Queda Original. Assim, a autoridade e o papel de dominação apenas podem ser exercidos pelo homem, sendo inacessíveis à mulher que Deus tornou subserviente ao homem como castigo pela sua desobediência, por ter sido ela a abandonar a lei divina (...). (p. 6)

Na concepção mitológica da Bíblia, compartilhada pela Igreja Católica, durante muitos anos, as mulheres tornaram-se, após esta passagem, seres degradados e amaldiçoados na esfera religiosa, pois Eva foi a grande responsável pela condição de miserabilidade humana, que repercutiu sobre todas suas “filhas” (descendentes). Verificamos também correspondências a este estereótipo bíblico feminino na mitologia grega: Pandora (Eva grega), Lilith (primeira mulher de Adão que não aceitou ser submissa a ele, e então foge e se transforma em demônio), além da maioria das figuras mitológicas, dadas à prática do mal, serem representadas pelo sexo feminino (sereias, Medusa, Hecate, Circe), como descreve Leal (2004).

O Velho Testamento noticia que, na sociedade israelita, esta relação de poder dos homens sobre as mulheres era justificada pela necessidade de se dominar o “demônio tentador do homem”. De igual forma, na História Antiga, de acordo com Leal (2004), há relatos da dominação masculina, onde, na Grécia antiga, as mulheres não tinham direitos políticos, não participavam de banquetes em eventos especiais, e eram proibidas de dormir no mesmo quarto do marido.

No momento em que a Igreja Católica ganha espaço definitivo na sociedade, associado à queda do Império Romano, o discurso misógino do Velho Testamento passou a ter força total, tratando as mulheres e a sexualidade como o grande mal da humanidade. Ainda hoje, presenciamos um enaltecimento da imagem da Virgem Maria, na expectativa de ser o estereótipo da mulher ideal em antítese à figura rebelde e maligna de Eva.

Este breve histórico que assinala as diferenças e desigualdades entre os gêneros, pode nos ser útil para compreender as relações de poder existentes na nossa cultura ocidental até os dias de hoje. Esta hierarquia mostra-se nitidamente nas relações entre os profissionais de saúde e as usuárias do sistema de saúde pública, principalmente no momento do parto, onde a parturiente apresenta pouco ou nenhum poder de decisão sobre seu corpo em processo de

parturição, e onde, muitas vezes parece aceitar essa situação de submissão, de violência e de dor dentro das hierarquias de gênero e de poder, de acordo com algumas falas retiradas do discurso de um pequeno grupo de gestantes, que justificaram o sofrimento feminino no momento do parto no hospital:

A gente tem que ficar quietinha, não gritar, se não os médicos não vão querer atender a gente, né? É melhor não gritar, sentir a dor, assim, bem quietinha. (Maria);

(...) então parirás com dor porque Eva pecou. (Francisca);

Pra mim é uma coisa necessária (a dor do parto) (...) acho que é uma dor que tem que existir mesmo. Inevitável. (Mônica);

Eu não queria que colocasse aquele soro para aumentar a dor, mas se eles (médicos) acharem que tem, então eu vou ter que aceitar... fazer o quê? Num tem jeito mesmo... (Maria);

Eu já ouvir dizer que, quem tem parto cesária, num sabe o que é ser mãe de verdade. (Mônica).

Estas falas parecem mostrar o quanto estes mitos podem reverberar sobre as crenças e valores entre a população feminina na nossa sociedade. Assim, buscar os sentidos destes mitos poderá nos auxiliar na compreensão do processo da luta feminista em favor de que se desfaça a associação do feminino com o pecador, o submisso e necessitando de controle. Uma luta que cinde com o modelo proposto pelo discurso oficial da Igreja de uma mulher idealizada, de uma iconografia que se assemelhe mais com Maria, Mãe de Deus e que se distancie de Eva, mulher pecadora que causou a queda da humanidade. Para então, finalmente, refletirmos sobre a estrutura hierárquica de poder e as desigualdades de gênero no âmbito da instituição médico-hospitalar.

3.2 A História da Mulher no Mundo Ocidental

No final do Século XIX e início do Século XX uma nova ordem social se instaurou com a chamada emancipação feminina. A possibilidade do controle da natalidade, da educação e do trabalho feminino inevitavelmente levou à dissociação da mulher-reprodução

(Rohden, 2001). No início deste período, a insipiente medicina da mulher procurou mostrar que esta dissociação levava às perturbações do organismo feminino, e conseqüentemente, instituiria a desordem social. Atualmente, esta mesma medicina tenta dissociar tanto a maternidade como o parto do sofrimento que os acometem, a julgar pela grande valorização dada às intervenções cirúrgicas e anestésicas. Para este corpo de saber dos tempos de hoje, as mulheres devem ter a opção em ser ou não mãe, em função de uma carreira profissional, apesar de que entrevemos, entre os profissionais, formas veladas de cobranças e pressões direcionadas para a função da maternidade. E, seguindo este mesmo pensamento, as mulheres não precisariam sentir as dores do parto, o que vem levando, assim, a referida medicina a recorrer à cesariana, ou à analgesia, no caso de um parto normal. Entretanto, as mulheres que possuem a prerrogativa de decidir pelo tipo de parto pertencem a uma ínfima parcela populacional, as quais pertencem a uma classe social mais favorecida.

Esta busca pela eliminação da dor e do sofrimento durante o parto, inserida no cenário da emancipação feminina, a qual procura abolir definitivamente o sacrifício (“sagrado ofício?”) considerado inerente à maternidade, leva-me a refletir sobre as ações que exercem as relações de poder e de gênero neste contexto. Como a mulher se sente hoje diante destas inúmeras intervenções médico-hospitalares no nascimento de seu filho? Será que ela se vê com autonomia e possuindo pleno poder sobre seu corpo? Como é vista a dor do parto nos tempos atuais?

Não obstante as recentes conquistas da mulher, seja no campo profissional, ou mesmo afetivo e pessoal, é indiscutível a predominância masculina na esfera pública, no exercício de um papel diferenciado e dominante, na sociedade contemporânea. Nos campos político e sócio-cultural, o poder de decisão feminino mostra-se ainda bastante restrito, testemunhando uma estrutura de hierarquia de gênero e de poder. Assim, a partir deste momento, procurarei abordar os históricos das relações de gênero no intuito de atingir as relações de poder entre o profissional e a parturiente no momento do parto que, acredito, influenciam de modo direto ou indireto a percepção da dor neste momento único, decisivo e crítico na vida da mulher, do seu filho, de sua família, e de toda a sociedade.

3.2.1 A Apropriação do Corpo Feminino: Normatização e Medicalização

Ao percorrer a história das mulheres no Brasil, como em outras sociedades ocidentais do Séc. XIX, deparamo-nos com certas estratégias de disciplinização e de repressão dos

corpos e mentes para os novos padrões de moralidade dos comportamentos sexuais e sociais, como política de controle social vigente (Engel, 2004). Entre estas táticas de normatização dos valores e da moral na sociedade, encontramos o processo de doentificação e de medicalização da loucura, transformada em “doença mental” e objeto de uma prática especializada e monopolizada por médicos, ginecologistas e alienistas.

Em seu artigo, Magali Engel (2004) confirma a permanência de uma imagem feminina de **sexualmente perigosa**, invocada pela Escritura Sagrada Cristã, que perpassou pelo tempo e resiste à era das novas ciências da fisiologia, biologia, neurologia, e também, da psicanálise. Presenciamos, ainda, o surgimento de práticas de verdadeira tortura física e psíquica sobre as mulheres. Utilizando-se de geringonças tecnológicas, seus órgãos reprodutores sofreram mutilações e seus corpos foram alvos de procedimentos cirúrgicos “inovadores”, caracterizando, assim, a dominação e o controle dos corpos femininos. Parece-me, então, que este domínio estaria camuflado pela “grandiosa” missão de “salvá-la” das doenças terríveis que assolavam seu destino.

Todas estas medidas normatizadoras assegurariam o cumprimento do papel de esposa e de mãe, protegendo as mulheres de sua potencial tendência de ser acometida por distúrbios físico, moral e social. Toda mulher deveria estar ligada sexualmente ao matrimônio com finalidade exclusiva de procriação, uma imagem idealizada próxima à Virgem Maria, a santa mais importante da Igreja Católica.

Estes estatutos, segundo Vieira (2002), foram criados para assegurar que as mulheres da sociedade não abandonassem suas funções tradicionais, estabelecendo a cultura da natureza maternal e reprodutiva feminina. E qualquer desvio deste padrão, taxar-se-ia a mulher/mãe como “degenerada” e “desnaturada”, uma outra imagem, só que esta aproximada à rebelde Eva do Livro Gênesis, também de referência Cristã.

Assim, os interesses de uma sociedade desigual procuram regulamentar os padrões de sexualidade das mulheres. Procura-se conter sua “natureza ardilosa e tentadora”, desviando sua energia sexual para o vigor da maternidade e dos cuidados domésticos e matrimoniais. E nesta direção, atingir-se-iam os objetivos capitalistas dos governantes: controle do ato sexual em função exclusiva da procriação, manutenção da prole no intuito de reduzir as taxas de mortalidade infantil. O controle da morbimortalidade materna ficaria a encargo do corpo

médico, inicialmente ocupado somente por homens, onde se deu início ao processo de apropriação do corpo feminino pela sua hospitalização.

Como em um presídio ou manicômio, os doentes de forma geral, e mais especificamente as mulheres inseridas neste novo ambiente, permaneceram sem direito à voz ou escuta, remontando-me, novamente, aos mitos gregos e judaico-cristão. Parece-me que elas se encontram num eterno processo de culpabilização e castigo pelos seus atos capitais que “degradaram” a humanidade. Ou seja, ao sinal de sua primeira menstruação, as mulheres já se tornam alvos de censuras e cobranças quanto aos seus comportamentos e preparo para o matrimônio e a procriação. Durante a gravidez, o parto e a maternidade, elas perdem suas identidades e direito sobre os seus corpos, submetendo-se às orientações e determinações médicas e também de toda uma cultura que as define em seus papéis.

Vale lembrar que a sociedade capitalista surgida nas civilizações ocidentais do Século XIX trouxe mudanças significativas e novos olhares sobre o corpo, e sua relação com o mundo. Os interesses políticos da época visavam à urbanização – higiene pública – regulação e controle demográfico, bem como a normatização da saúde e da doença como meios de garantir o povoamento e a estabilização da coletividade.

Inevitavelmente, assim como ocorreu com os pacientes masculinos, o corpo feminino também sofreu uma apropriação para servir-se como objeto de um saber médico, o que acabava por anular e desvalorizar o tradicional saber popular. O controle dos nascimentos, da sexualidade, da moral e dos costumes, bem como a normatização da maternidade, justificavam o bom andamento social e político à época.

O discurso médico oficial deste período, embasado em estudos científicos, defendia uma clara diferença entre os sexos através das concepções naturalistas, biologizante e determinista, justificando as funções sociais atribuídas a cada um, sendo que, para a mulher, era reservada a função exclusiva da maternidade. Surge então, a ‘Ciência da Mulher’ ou Ginecologia (Almeida et al., 2006).

Sob a égide de um saber científico e especializado, a ginecologia/obstetrícia aparece em uma posição hierárquica superior, constituindo uma nova relação de poder que impera até os dias de hoje. O médico foi transformado em educador e regulador dos bons costumes, tanto do homem como da mulher “corretos” e de “família”, em geral, ditando normas sobre a

sexualidade e os processos de saúde e doença embasados na teoria evolucionista, corrente que defendia a naturalização da condição feminina, ou seja, a maternidade e os cuidados com a prole fariam parte da sua essência.

Em seguida, ocorre o processo de institucionalização da saúde, onde os saberes e suas práticas teriam lugar próprio: ambulatórios e hospitais, o que propiciou o domínio e o controle, pelos médicos, da saúde da população, mais especificamente, a população feminina e de sua função reprodutiva. Almeida et al. (2006) afirmam que este domínio ultrapassa os planos psicofísicos para se instalar no campo da moralidade. Esta ampliação se justificaria pela possibilidade de distorções das essências naturais femininas impulsionadas pelos movimentos feministas emancipatórios e pelas intervenções de ordem sócio-culturais, como trabalho e educação. Buscavam-se os meios de preparar e cercar as mulheres em papéis domésticos, de mãe e de esposa em oposição às funções masculinas de produzir e prover.

Assim, os desvios dos padrões estabelecidos por este processo culminaram no surgimento da “doentificação”. Menstruação, gravidez, parto, menopausa, de eventos fisiológicos passaram a ser processos patológicos. Surge, então, a necessidade da “medicalização” destes “distúrbios”. Surge a institucionalização e a medicalização do corpo feminino como um todo e, conseqüentemente, dos processos de parturição e nascimento. Estabelece-se, assim, a partir do século XIII, um novo olhar, uma nova escuta e uma nova fala sobre o corpo feminino, bem como seu processo de saúde e de adoecimento, através da nova estrutura do saber médico.

O parto, antes assunto exclusivo de mulheres e um evento particular e familiar, transformou-se em prática de competência médica exclusiva e institucionalizada, transferindo o valor do conhecimento popular sobre o corpo feminino para o conhecimento médico-científico. Vieira (2002) explica que:

A história da apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi efetivamente marcada pelo desenvolvimento de um conhecimento cirúrgico e tecnológico promovido pela aproximação da medicina com o momento do parto, a partir do qual esse saber se ordena e sistematiza com o nome de obstetrícia. (p.23).

Ao mesmo tempo em que se defende o ideário naturalista do corpo e as distinções que determinam as funções sociais femininas, percebo também uma luta constante contra os

desvios desta natureza, que mais parecem ser regra do que a exceção. Há aqui uma questão paradoxal: se a “essência” feminina consta de instintos naturais para a gestação, parto e maternidade, posso me questionar, então, o porquê de tanta intervenção e controle sobre corpo e o comportamento feminino!

Ainda assim, esforços são obtidos para manter a mulher em seu espaço doméstico. Diante das ameaças e anúncios de emancipação feminina, os higienistas do Séc. XIX oferecem em troca a glória social e o prazer da maternidade e de administrar o lar. A mulher se torna a grande aliada dos médicos e do Estado nas funções de cuidar das crianças, e para garantir a sua permanência em casa e seu papel de esposa e mãe, utilizar-se-ão recursos que impossibilitem alternativas sociais para as mulheres: imagens da mulher idealizada serão projetadas na sociedade, revelando uma forte associação entre a maternidade e o feminino na construção da concepção de instinto materno (Almeida et al., 2006).

3.2.2 A Institucionalização e a Medicalização do Parto

A institucionalização do parto, na sociedade ocidental, remete-me às grandes mudanças históricas ocorridas nos últimos tempos, dentre elas, o início da racionalidade científica construída sob uma nova ótica do corpo, da saúde e da doença. A atuação da medicina na sociedade justificou-se pela necessidade de manutenção da higiene pública, do controle demográfico e da regulação dos nascimentos. E no século XIX consolidou-se, então, a medicalização do corpo feminino articulada à prática médica, conforme mencionado no item anterior. Ocorre, neste momento, a apropriação da sexualidade e da reprodução de forma política, ao mesmo tempo em que emerge a sociedade capitalista. A transformação do evento fisiológico do parto em doença foi uma forte ferramenta médica guiada pela ideologia sexista da nossa cultura (Vieira, 2002).

Entendo que, dentro deste contexto, há um deslocamento do conhecimento sobre o corpo feminino das mãos do tradicional saber popular da parteira para as mãos de um corpo profissional médico-obstétrico, o que resultou, inevitavelmente, no desenvolvimento de uma prática especializada e intervencionista. Esta mudança tanto do ambiente como dos personagens do momento do nascimento transformou drasticamente o que antes era um ritual familiar e privativo em um evento institucional, artificial, despersonalizante, solitário e ameaçador às mulheres dos tempos “modernos”. Para adequar-se ao novo modelo de assistência, as mulheres despiram-se e entregaram-se ao discurso masculino da medicina

hospitalar. Posso pensar que esta sujeição se deu pela promessa de um parto mais fácil e rápido, da garantia do controle das infecções hospitalares e pela descoberta da anestesia. Os procedimentos médicos pareceriam assegurar menos riscos para a mãe e seu filho. A partir de então, o domínio e segurança das técnicas cirúrgicas do parto e da cesariana levaram, cada vez mais, as mulheres aos corredores dos centros cirúrgicos hospitalares (Vieira, 2002).

Entre as mudanças percebidas no novo modelo do parto posso apontar o simples posicionamento da mulher durante o todo o processo de parturição. Desde os primórdios dos tempos, as mulheres, no momento do parto, adotavam posturas e comportamentos completamente diferentes dos atuais. Até o séc. XVII, quando a nova disciplina Obstetrícia emergiu na Europa, a maioria das mulheres, de todas as raças e culturas, durante o trabalho de parto e parto, permanecia o máximo de tempo na posição vertical: caminhavam, agachavam, ficavam de joelhos ou sentadas, mudavam de uma posição para outra, usufruindo se sua liberdade, espontaneidade e criatividade, deitando-se apenas para descansar por um curto tempo. Além de ter ao seu lado a companhia de alguém de sua confiança, como a de seu marido, da parteira (ou comadres) e de seus familiares (Sabatino et al., 1992).

A adoção destas posturas e movimentos livres da parturiente era considerada natural por facilitar as funções fisiológicas do corpo. Entretanto, no momento em que se deu a hospitalização do parto, os aprendizes da nova ciência médica (obstetrícia) necessitavam de compreender a estática fetal e os processos parturitivos. Assim, por questões pedagógicas, as mulheres foram orientadas a permanecerem na posição deitada (posição supina⁷) como também com as pernas fletidas (posição ginecológica) para favorecer as observações. Das observações experimentais surgiu a rotina de avaliação obstétrica. A avaliação da evolução do trabalho de parto tornou-se periódica e para facilitar o trabalho profissional a mulher deveria manter-se nestas posições durante todo o tempo. Como seqüência, vieram as modalidades intervencionistas de assistir o parto e de corrigir seus desvios (Sabatino et al., 1992). Normatiza-se, aqui, a forma de dar à luz.

Todas estas mudanças restringiram drasticamente a liberdade de movimento, de ação e de voz da mulher, como também configuraram o isolamento e a solidão, encarcerando as parturientes em um ambiente estranho e, muitas vezes, nocivo à saúde física e psíquica. A

⁷ Posição Supina: corpo posicionado horizontal e dorsalmente. Segundo o PNP (MS, 2000) e o Guia Prático para o Parto (OMS, 1996), esta posição é inadequada e pode trazer prejuízos à vitalidade materna e fetal (compressão da veia cava inferior), além de dificultar a evolução do parto.

presença de homens, que não o seu marido, intensificou o desconforto e transformou consideravelmente a concepção de nascimento. Nesta nova modalidade de nascimento, à semelhança de um cadáver sendo dissecado para o deslumbramento dos cientistas acerca dos mistérios do corpo humano, estendia-se também, num leito, um corpo que também se desvelava e que confessava, sob tortura, um dos maiores e mais antigos dos segredos da natureza. Infelizmente, o fenômeno banaliza-se pela racionalidade, e como que extinguido seu encanto inicial, este corpo torna-se apenas um útero em processo de eliminação de um conceito. O ritual de nascimento modifica-se e corrompe-se.

Com o passar do tempo, o parto hospitalar foi se tornando uma prática comum, e as parturientes se viram obrigadas a permanecerem nestas posições involuntárias, e em questão de tempo, estariam sendo manipuladas e monitorizadas por equipamentos modernos que estariam aptos, agora, a sustentar o diagnóstico e condutas terapêuticas. No processo de avanço tecnocientífico deparamo-nos com vários prejuízos para os seres humanos. Entre estes, a nova posição materna para parir. A posição dorsal estática considerada, então, normal, agora, tanto sob a ótica médica como cultural, acarretariam enormes danos vitais para a mãe e seu bebê, como, por exemplo, a alteração dos níveis pressóricos, decorrente da compressão dos grandes vasos sanguíneos pelo peso do útero contra a coluna vertebral da parturiente. Como consequência, o fluxo de oxigênio diminui consideravelmente para a placenta e, por sua vez, para o feto. Entre outras alterações nocivas, há relatos acerca da diminuição da eficácia das contrações uterinas e da dilatação da cérvix, repercutindo diretamente no desfecho do parto, aumentando a necessidade de grandes intervenções e elevando o risco para mãe e feto (Sabatino et al., 1992).

Apesar de vários estudos alertando sobre o assunto, nestas últimas décadas, ainda presencio a resistência dos profissionais da saúde e das instituições hospitalares, em estimular a adoção de posturas verticais e movimentação livre do corpo. Estas práticas há muito já foram recomendadas por diversas literaturas, por serem benéficas e apropriadas ao bem estar materno e fetal, principalmente, trazendo mais conforto e participação ativa da mulher em trabalho de parto (Balaska, 1993; Sabatino, 1993; Neme, 2002). Os hábitos arraigados pela sociedade, desde às mudanças no modelo de parto, de que o parto é um evento passivo e que exigem cuidados médicos e a cultura hospitalar de que lugar de paciente é no leito e não perambulando pelo hospital, sustentam essa relutância. Todas essas alterações no modelo da

assistência ao parto certamente repercutiram na percepção dolorosa da mulher durante o trabalho de parto, como também no significado desta dor.

Ao perpassar pela história da dominação e controle sobre o comportamento e o corpo feminino, a partir do final do século XVIII, percebo novos olhares e discursos dentro de uma nova estrutura do saber médico, ao se instaurar o processo de saúde e adoecimento feminino. Assim, no momento em que a medicina se torna responsável pela higiene pública e pelo controle populacional, no advento da sociedade capitalista em consonância com a racionalidade científica, os corpos, entre eles o das mulheres, decompõem-se em objetos do saber e domínio médico (Vieira, 2002).

3.3 A “Natureza” Feminina e o Movimento de Humanização do Parto

O movimento a favor da humanização do parto está embasado na história da mulher e de seu parto. Os defensores deste movimento denunciam as práticas intervencionistas e tecnocráticas da cultura ocidental que corromperam os saberes femininos e suas formas intuitivas de gestar, parir e maternar. Entre os argumentos estão a posição corporal adotada durante o parto que poderiam ajudar ou atrapalhar o processo parturitivo natural, como também, a indispensável presença de uma pessoa de sua confiança neste evento.

O surgimento do movimento pela humanização do nascimento objetiva dar maior visibilidade às necessidades expressas pelas mulheres, considerando sua totalidade e complexidade. Entretanto, este movimento apresenta alguns paradoxos. Tornquist (2002) faz uma leitura polêmica acerca dos movimentos da humanização do parto, denunciando armadilhas ocultas nos ideários desta trajetória. A autora faz um breve histórico da gênese do movimento a favor do parto mais fisiológico e menos intervencionista, ou seja, contra os modelos tecnocráticos típicos da assistência médico-hospitalar, onde se deve considerar como evento social e natural. Mesmo sendo constituído por duas vertentes, uma alternativa e outra biomédica, o ideário da humanização se resume numa categoria bem clara: “natureza”. Resgatar os conhecimentos e poderes femininos “instintivos” expropriados pela cultura ocidental é a meta principal. Ao aproximar a natureza, a maternidade, o “instinto materno” e os cuidados com o bebê trazem à tona questões antigas relacionadas ao determinismo do

feminino, deslocando ou neutralizando as dimensões sócio-culturais, simbólicas e existenciais.

A referida autora nos faz atentar para uma tendência da estetização contemporânea do parto, com desdobramentos normatizadores, ditados por saberes científicos. Verificamos isso, nitidamente, nos consultórios de diversas áreas da saúde, nos serviços médicos e hospitalares, principalmente da rede privada. Utilizando-se de um tipo de pedagogia do parto, os/as profissionais envolvidos/as de diversos interesses, de ideológicos até financeiros, motivam as mulheres a se prepararem para um parto mais “natural” possível, dispensando qualquer tipo de intervenção. Estas mulheres, geralmente de classes média e alta, acabam idealizando um parto que, na maioria das vezes, não se concretiza conforme planejaram e sonharam, sentindo-se muitas vezes frustradas e incompetentes.

Além disso, o movimento de humanização e sua tendência à estetização do parto já mostra sinais de insatisfação e do mal estar da nossa sociedade diagnosticados por Husserl, como já mencionado na parte introdutória deste trabalho. O desconforto repousaria nas práticas médicas duvidosas e abusivas durante a gestação e o parto, como as cesarianas e outras intervenções. Ou seja, práticas desenvolvidas pelo mundo das ciências que estariam a serviço do “mundo da vida” estão sendo questionadas quanto à continuidade de seus benefícios para mulheres e filhos. Assim a tendência ao novo modelo estético do parto, mencionado no capítulo IV, mostra-se como alternativa para os excessos tecnocientíficos que acabaram por corromper os “sentidos da vida”, os sentidos do nascimento. Entretanto, este novo modelo também pode, se não nos atentarmos, ultrapassar os limites do benefício e do bom senso, podendo recair sobre os mesmos erros, como o do uso abusivo, além da desvalorização da subjetividade, do mundo cultural e histórico, como podemos presenciar nos cursos de gestantes ou durante a prática assistencial durante o parto em que se impele, muitas vezes, as pacientes a realizarem procedimentos ditos “humanizadores” ou “facilitadores” do parto contra a suas vontades.

Assim, as mulheres retornam ao sistema configurado como normatizador, que paradoxalmente não se alinharia com o “natural”, o espontâneo. A maior gravidade que percebo nesta estética e pedagogia do parto é a desconsideração total das crenças, da cultura e valores individuais ou coletivos. Na fala de uma paciente que se encontrava em trabalho de parto, na posição totalmente supina, no centro obstétrico de um hospital público, pude evidenciar a necessidade de respeitar tais dimensões culturais da mulher. Ao tentar convencer

a mulher a adotar uma posição mais verticalizada com a justificativa de facilitar o parto, escutei: *“Não, enfermeira, me deixa assim, tá bom assim. Foi assim nos outros (partos). Me sinto melhor deitada (...) deixa eu pegar na sua mão?”* (K. L. P.. 34 anos)

De acordo com a pesquisa de Almeida et al. (2006), as noções de saúde são marcadas por um discurso ideológico patriarcal, da sociedade moderna. Nelas estão presentes as categorias fragilidade, inferioridade, sensibilidade do corpo feminino. Estas aproximações da “natureza” e “instinto maternal” com o feminino só vêm a corroborar com as diferenças entre os gêneros.

Este paradoxo me parece remeter às relações de poder, ou seja, de quem é a bola da vez? Quem está no comando agora? Ontem, o Estado e o corpo médico e institucional normatizou para controlar. Hoje, não seria um movimento dito libertador que veladamente também normatizaria e, por assim dizer, controlaria? De qualquer maneira, percebo, por um lado, uma notória resistência institucional e profissional, como já dito anteriormente, em aceitar e incorporar as práticas comprovadas pela importante “medicina baseada em evidências”, as quais são benéficas à parturiente e seu filho e que deveriam, há muito, serem incentivadas por todo o corpo profissional da saúde da mulher e da criança. Todo o aporte teórico destes novos saberes encontra-se descrito no guia prático da “Assistência ao Parto Normal”, da Organização Mundial de Saúde e no “Programa de Humanização do Pré-Natal e Parto” (PHPN), do Ministério da Saúde. Vejo assim que, na instituição médico-hospitalar, parece existir uma estrutura rígida que impede a consecução, na assistência médica – não só médica, mas de todos os outros ramos profissionais da saúde -, das práticas que provêm de órgãos de autoridade nas questões da saúde e que se esperaria uma adesão espontaneamente. Parece-me, portanto, que acatar tais recomendações ameaçaria a ordem já instaurada e sedimentada em princípios norteadores, desejáveis e convenientes, da própria relação de poder, e concebida pela cultura determinista e biologizante do corpo e da moral femininos.

Toda esta estrutura médico-hospitalar, tecnocientíficas e suas relações de gênero e hierarquias de poder levam-me, novamente, a refletir sobre a “crise” da humanidade denunciada por Husserl, já abordada acima e na introdução deste trabalho. Quando o autor fala do “mundo das ciências” e como este tinha esquecido do “mundo da vida”, é possível enxergar este mal-estar da nossa sociedade também com relação aos excessos de tecnologia e assepsias dos corpos femininos durante seu ciclo reprodutivo, como por exemplo, os altos índices de cesarianas. O **mundo das ciências** e o **“mundo da vida”** distanciados como se

fossem mundos impenetráveis e antagônicos assemelham-se à relação dos “mundos” feminino e masculino, discutidos anteriormente, onde se imperam as relações de gênero e de poder. Esta semelhança justificaria a tendência insistente destes mundos manterem-se afastados e intransitáveis. Como uma estrutura hierárquica rígida, os pólos feminino e masculino parecem corresponder aos pólos o “mundo da vida” e o mundo da ciência. E neles contidos os elementos sensibilidade, pré-reflexividade, “entrega” inerentes ao pólo “feminino”/“mundo da vida”, e os opostos racionalidade, reflexividade e “controle” correspondentes ao pólo “masculino”/ “mundo das ciências”.

Como já dito anteriormente, este distanciamento pode ser superado pela fenomenologia enquanto postura adotada, tanto no mundo das ciências como no “mundo da vida”. E é através desta abordagem que buscarei os “sentidos da vida” perdidos pela “crise”, ou seja, os sentidos do parto e da dor e como todo este “mal estar” é capaz de mobilizar os atores, assistentes e instituições do parto e nascimento.

3.4 O Gênero Feminino e a Maternidade

De acordo com os textos acerca do contexto histórico e social das mulheres, estas vêm ocupando lugares determinados nas sociedades de acordo como o contexto sócio-cultural vigente. Nos últimos séculos, principalmente, nas últimas décadas, verifico um intenso movimento em torno destas questões que culminaram em crescentes discussões sobre gênero. Reflexões acerca de eventos sociais, como papéis a serem desempenhados pelas mulheres, a hierarquia sexual e desigualdades entre gêneros, classes, raça/etnia, vêm questionando os modelos institucionais vigentes que mantêm a estrutura patriarcal nas relações entre os seus indivíduos e seus grupos. Dentre estas instituições, posso apontar a familiar, a educacional e a religiosa.

Uma Instituição, em particular, encerra este tipo de estrutura que vem demandando esforços para conscientização acerca de questões éticas e legais em se tratando do gênero feminino: a Instituição Médico-Hospitalar. Apesar de Programas e Políticas de Saúde que visem à sensibilização do/a profissional da área dirigindo-o para caminhos mais humanitários e igualitários, a relação típica entre assistente de saúde e paciente permanece incorporada

numa estrutura hierárquica de poder. Num pólo encontra-se um “conhecedor”-assistente-controlador e num outro, um “leigo”-assistido-submisso.

As diferenças sexuais constituídas ao longo da História alimentaram e alimentam esta estrutura, determinando desigualdades, também, entre os possuidores de títulos acadêmicos e “leigos”. Estreitamente ligadas ao gênero feminino e masculino, estão visivelmente correlacionadas ao *status* profissional e hierarquias de poder. A profissão médica foi constituída, inicialmente, pelos homens e a profissão de enfermagem, por mulheres. Apesar de atualmente estarem aumentando o número de mulheres na medicina e homens na enfermagem, esta estrutura, ao meu ver, permanece bem estabelecida. Geralmente, verificamos no pólo superior, destas relações, o profissional médico e no pólo inferior o profissional de enfermagem. Entretanto, o agente-profissional de um pólo hierárquico pode alternar-se dependendo do seu par. O corpo de enfermagem pode estar num pólo inferior num momento, quando em diálogo com o corpo médico, mas pode assumir uma posição superior quando em relação com o paciente ou agente administrativo da instituição hospitalar. Este fato espelha-se também na relação agente administrativo-higienizador hospitalar, quando o primeiro cobra a limpeza dos corredores e de suas mesas, ou na relação higienizador-paciente, quando aquele queixa da sujeira deste. Certa vez, ouvi de uma higienizadora que limpava o chão de um box de parto: “*Já tô cansada de limpar este vômito seu, não tá vendo a lixeira, não?*” E que, por sua vez, ficou constrangida ao perceber minha presença inesperada no local.

Esta dinâmica da relação me faz lembrar a analítica do poder proposta por Foucault, onde o poder não é **possuído** por um dominante do qual se tenha apropriado definitivamente, mas sim, ele é **exercido** pela posição de quem domina, numa luta perpétua entre o que sabe e o que não sabe, relação inerente à vida social. Mostrando assim, vários e não apenas um foco de poder, ou seja, para o autor, há uma rede de apoio mútuo entre Família, Escola, Hospital, Estado, etc. (Foucault, 1977; 1979). Assim, esta relação de poder transcende o “foco” instituição médico-hospitalar e encontra ecos no “foco” Estado, quando adentramos os Programas de Saúde Pública, como falarei mais adiante.

Estas relações de poder juntam-se às diferenças sexuais constituídas pelos profissionais de saúde, políticas de saúde e até pelos movimentos de humanização para confirmar a aproximação dos elementos “feminino” e “natureza” ou “feminino” e “maternidade”. Desta forma, os estudos atuais sobre gênero vêm buscando reverter a naturalização das identidades sexuais e as desigualdades, não somente entre gêneros, mas

entre as classes, raças, etnias, e religiões. Tentam cindir com as explicações essencialistas acerca da posição de subordinação das mulheres e das classes marginalizadas em diferentes sociedades.

Entre os autores contemporâneos que contribuíram neste aspecto, trago a antropóloga Segato (1993) que, em seus estudos sobre gênero, busca reverter o estabelecimento das categorias sociais homem e mulher em identidades pré-determinadas, mostrando sua dimensão histórico-social. Utilizando-se de uma perspectiva não-essencialista para compreender as questões relativas ao gênero – em sua totalidade e complexidade - apresenta níveis diversos de sua constituição que estariam intimamente ligadas à construção e identificação das subjetividades individuais.

Desta forma, para melhor se compreender o gênero, deve-se considerá-lo essencialmente como uma construção social do sexo, onde este é vivenciado e interpretado de acordo com a cultura. As forças sociais produzem-no e suas relações constituem o feminino e o masculino dentro dos contextos sócio-históricos. Acrescento que as hierarquias entre os gêneros são constituídas tanto pelos papéis sociais desempenhados como também através das redes de poder intermediados pelas instituições, pelos códigos e discursos, pelas práticas de cada sociedade em cada tempo (Almeida et al., 2005; Paim, 1998).

Almeida et al. (2005), apoiadas nas referidas dimensões sociais, psíquicas e sexuais de Segato [2003], expandem as referências da composição do gênero, legando um caráter particular, dinâmico e transitório da constituição da identidade de cada sujeito. Mais do que nunca, percebo que os estudos de gênero vêm revelar que as diferenças biológicas e sexuais estão longe de determinar as diferenças ou desigualdades sociais, apesar de as constituírem.

Fenômenos femininos que se revelam como “naturais”, como a gravidez, o parto e a maternidade, assumem tal importância que inúmeros estudos mostram-se ainda insatisfatórios para absorver a amplitude destes eventos intimamente influenciados pela subjetivação e construção da identidade feminina. A complexidade se insere principalmente na diversidade cultural, a qual favorece um significado próprio à vivência, fato que, mais uma vez, vem refutar as teorias deterministas e essencialistas acerca da constituição do gênero.

Assim, nestes eventos, primordialmente sociais, entram em jogo não somente as relações de gênero, mas também as diferenças entre as classes sociais, presentes na

diversidade do universo simbólico próprio. Em um trabalho etnográfico, Paim (1998) ressalta a importância da gravidez e da maternidade como marco na construção da identidade feminina em classes populares, destacando a especificidade simbólica típica deste universo, interpretadas de acordo com um “código cultural próprio”, e que demarcariam o espaço doméstico como o lugar da mulher.

Por um outro lado, a população de classe média parece compartilhar das concepções médico-cientificistas, influenciadas, provavelmente pelos estudos e carreira profissional oportunizados, levando assim, à diversidade dos significados e valores em relação ao corpo, à reprodução e nas relações de gênero, quando comparada à classe popular.

Finalmente, a compreensão mais ampla do gênero parece-me imprescindível para se arrazoar acerca da questão aqui levantada, já que a visão não-essencialista das relações hierárquicas entre os indivíduos de uma determinada sociedade desafia as próprias concepções de mulher e de mãe. Concepções estas que deslocam as dimensões biopsicossociais da vivência feminina (Costa, 2004).

3.5 As Políticas de Saúde e Maternidade

Entre as classes populares, acima mencionadas, dificilmente encontraríamos opiniões discordantes da relação íntima entre a mulher e sua função maternal. Esta identificação da maternidade com o feminino foi edificada pela sociedade, através do seu contexto sócio-cultural, e perpetuada pela Igreja Católica de tal forma que a opção de negá-la ou recusá-la, seja por interesses pessoais ou profissionais, ainda, em nossos tempos, é encarada como desvios patologizantes e que desvirtuariam a “natureza” feminina própria.

A tradicional associação do papel feminino com a maternidade vem sendo objeto de diversos estudos e pesquisas nas áreas das ciências humanas e médicas. Costa (2004) utilizou-se da Teoria das Representações Sociais para verificar esta associação apontando as Políticas de Saúde de Atenção à Mulher, neste século, centralizadas e direcionadas a sua Saúde Reprodutiva, dificultando a ventilação de outros papéis sociais femininos.

Debruçando sobre as teorias de Beauvoir [1959], a referida autora ressalta que esta associação entre o feminino e a maternidade (função reprodutiva), além de ser construída

historicamente pelas ideologias favoráveis aos interesses dominantes, foi sendo oferecida como única opção (ou única saída), em termos de papéis sociais femininos. Cercada de costumes morais e normas sociais, ainda hoje, podemos verificar este contorno através das políticas de saúde voltadas para a “Saúde Materno-Infantil” e “Planejamento Familiar”.

Estes Programas revelam os interesses capitalistas peculiares de nossa sociedade, ao verificar que são voltados à proteção social primária. Ou seja, ficam a cargo da família e de seus convíveres – especificamente das mulheres - os cuidados com as crianças, doentes físicos e mentais, sendo que estas famílias deveriam receber apoio social garantido pela Constituição Federal, através de um sistema de proteção secundário, principalmente no momento em que a mulher inicia suas atividades fora da esfera doméstica (Costa, 2002; Moreira & Araújo, 2004).

Os Programas de saúde vigentes já embasados nos novos estudos de gênero dizem assegurar os direitos sexuais e reprodutivos, dentro de princípios norteadores de Equidade, Igualdade e Universalidade da assistência, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Entretanto, mostram-se falhos e ineficazes além de apresentarem distorções acerca das questões de gênero, desvalorizando as dimensões culturais da população.

Moreira & Araújo (2004) realizaram um estudo da aplicação prática do “Programa de Planejamento Familiar”, em uma população de baixa renda. Os autores encontraram resultados que apontavam para a inoperância do poder público, pela irregularidade na provisão dos recursos (material contraceptivo), o não favorecimento da participação dos homens nos grupos, e a manutenção da visão tradicional da mulher como a ‘cuidadora’, devido à concepção biologizante desconhedora da faceta social (Moreira & Araújo, 2004; p 396).

Os autores citam os juízos de valor emitidos no Manual Técnico “Assistência ao Planejamento Familiar”, o qual recomenda a incorporação dos valores e modos de vida da população às ações de atendimento, que na verdade, mostra uma verdadeira rasura dos valores e modos de vida da população:

Os profissionais devem estar familiarizados com os mitos e percepções **errôneas** sobre os métodos anticoncepcionais (...) Deve-se **combatê-los** com sensibilidade, mas

de **maneira correta** (Ministério da Saúde, 1996, p. 10. grifos nossos). (citado por Moreira & Araújo, 2004; p.392).

Entretanto, no Manual Técnico atual não se encontram mais tais recomendações, verifica-se até mesmo a inclusão dos homens (ou casal) ao Programa para garantir o exercício dos direitos reprodutivos no país, apesar de apresentarem ainda certas ambigüidades, como as estratégias de capacitação de profissionais para auxiliar *as mulheres* na suas opções acerca do método contraceptivo, o que deveria ficar a cargo de ambos os parceiros (Brasil, Ministério da Saúde, 2002).

Ficam evidenciados também, no referido trabalho, o acúmulo de encargos sociais às mulheres não compartilhados pelos homens e pelas políticas de educação. Nas falas das mulheres e profissionais, surgem os tradicionais problemas de relação de gênero e de poder, típico de uma estrutura familiar patriarcal (imposições sexuais, monopólio das decisões, falta de diálogo), os quais deveriam estar entre as estratégias eficazes do Programa no intuito de desfazer as desigualdades entre os gêneros e diminuir os conflitos nas mudanças dos papéis sociais.

A chegada da mulher no mercado de trabalho foi a grande responsável pela necessidade de modificar os papéis sociais femininos. Entretanto, não houve preparo social para esta mudança: com a ausência de um sistema protecionista de apoio, as mulheres se viram obrigadas a delegar suas atividades domésticas a outras mulheres, o que Costa (2002) denominou como “maternidade transferida”. Assim, estas mulheres, esposas e mães, estariam diante da reafirmação dos padrões de domesticidade, onde a casa continua sendo o lugar, por excelência, das práticas protecionistas, dispensando ou retardando a instalação dos sistemas públicos de proteção social.

Apesar dos conflitos quanto à valorização da maternidade, entre os Séculos XIX e XX, no Brasil, o padrão de maternidade teve garantia graças às lutas feministas que a sustentaram, através da regulação do tempo doméstico, o controle da natalidade e os sistemas protecionistas, apesar de não garanti-lo a todas as mulheres. A “maternidade transferida” “atualiza desigualdades seculares nos acessos das mulheres a direitos sociais, próprias das relações de poder e subordinação que presidem a montagem dos sistemas protecionistas” (Costa, 2002; p.303).

Acredito que os fatos, aqui mencionados brevemente, como o processo histórico da apropriação do corpo feminino por um corpo de saber médico-científico e controlado por uma instituição médico-hospitalar, normatizado por políticas de saúde pública, como também, as relações de gênero vinculadas a eles, puderam contribuir na re-construção da vivência do parto típica de nossos tempos: banhada de angústia, medos, sofrimentos e dor.

No intuito de complementar estas reflexões, trago agora os argumentos e justificativas deste resultado, especificamente da dor no parto, na visão biomédica que procurarei dialogar com a fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty.

3.6 Repensando a Fisiologia da Dor do Parto e sua Perspectiva Fenomenológica

A concepção defendida pelo modelo biomédico acerca do evento doloroso faz parte de um corpo de saber que considero imprescindível abordar por ser o mais aceito como “verdade”, na nossa sociedade. Este aporte teórico baseia-se na noção neurofisiológica do mecanismo da dor, que embora importante de ser considerada, mostra-se insuficiente quando se busca uma compreensão mais ampla do fenômeno da dor do parto.

Esta autoridade do modelo biomédico para explicar a causa da dor aparece freqüentemente em livros e artigos, inclusive nos atuais. Eles evocam a superioridade de seus saberes, postulados nas explicações de como “realmente” funcionariam os mecanismos de percepção da dor e seus comportamentos, sem as quais não se poderia compreendê-la: “Para compreender adequadamente a fisiologia da nocicepção é preciso conhecer as estruturas anatômicas nela envolvidas e as substâncias químicas responsáveis pela facilitação ou inibição da transmissão da dor”. (Sakata & Issy, 2004, p. 1).

As concepções deterministas são também notórias a partir do momento em que a fisiologia interpreta o mecanismo doloroso como uma seqüência determinada de eventos causais, que mantêm certa constância. Nela, contempla-se a relação direta entre estímulo e reação, entre lesão e percepção dolorosa:

A lesão tissular provoca formação de substâncias que sensibilizam e ativam os nociceptores (terminações nervosas livres de fibras A-delta e C, que são responsáveis pela transmissão da dor e que respondem a estímulos mecânicos, térmicos ou

químicos), seguidas de transmissão do impulso para a medula espinal e para os centros supra-espinais). (Sakata & Issy, 2004, p. 2).

Em contrapartida, existem outros autores que, embora do meio acadêmico-científico, ampliam os conceitos sobre a percepção dolorosa. Kazanowski & Lacetti (2005) reconhecem a subjetividade e individualidade do fenômeno doloroso ao descreverem o caráter particular e a definição da dor como sendo “aquilo que o indivíduo que a está experimentando diz que é” (p. 3), apesar de estarem ainda aprisionados em concepções comportamentalistas, como a do arco reflexo: “A dor é um sinal de aviso para evitar lesão. Com frequência, a resposta à dor é reflexiva” (p. 5).

Da mesma forma, muitos fisiologistas vêm constatando que, através das próprias experiências científicas, o caráter longitudinal e constante da transmissão da dor (da medula espinhal para o sistema nervoso central) já não mais corresponde aos tradicionais modelos. Um estímulo de origem dolorosa não seria necessariamente percebido como tal se não chegar até o cérebro. A estrutura nervosa, de alguma forma, poderia impedir esta transmissão inibindo ou diminuindo a sensação dolorosa percebida.

Parece haver aqui um terreno em comum por onde adentram abordagens de origens distintas quando se tenta compreender o fenômeno da dor. Neste ponto, acredito ser possível um encontro entre a fisiologia, a psicologia e a fenomenologia, problematizado por diversos autores, entre eles Merleau-Ponty (1999) e Mendes & Nóbrega (2004), acerca da concepção do corpo como máquina, pautada na causalidade linear do pensamento cartesiano.

Para Mendes & Nóbrega (2004), o pensamento cartesiano compara o corpo a uma máquina hidráulica, o qual não possuiria vontade própria e “sem o reconhecimento da intencionalidade do movimento humano, o qual é explicado através da mera reação a estímulos externos, sem qualquer relação com a subjetividade” (p. 125). Decorre então, a separação entre corpo, natureza e cultura pelo distanciamento epistemológico entre as ciências naturais, e humanas e filosofia.

As autoras ainda lembram a proposta de Merleau-Ponty em aproximar as epistemologias ao criticar o isolamento entre corpo, mundo e natureza, bem como, a ruptura da natureza-cultura nas áreas de conhecimento que não dialogam entre si. Para Merleau-Ponty, segundo Mendes & Nóbrega (2004), a natureza também é viva e auto-organizadora,

como o ser humano, com o qual ela se relaciona. Esta concepção estaria em total desacordo com a teoria mecanicista da natureza.

Para continuar, trago, primeiramente, o conceito oficial das ciências médica e psicológica e outros fatores relacionados à dor, discutidos por estudiosos da área para em seguida versar sobre as noções que convergem ou divergem da abordagem fenomenológica, que cuidarei aqui, utilizando-me de Merleau-Ponty, autor que trata da fenomenologia da percepção.

No site da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor, encontramos a seguinte definição para o fenômeno da dor, segundo a IASP (*International Association for the Study of Pain*): “Experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada a lesão real ou potencial dos tecidos. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências anteriores.”

Este conceito é explicado por Márquez (2004) que acredita na noção de dor como sendo uma experiência multidimensional complexa e subjetiva dependendo do perfil emocional, das relações sociais, familiares, institucionais (sistema de saúde), etc. Para a autora, as dimensões sensorial, afetivas, interpretativas e comportamentais também devem ser consideradas, bem como se deve também valorizar a própria expressão do indivíduo sobre a sua percepção, corroborando com os apontamentos de Kazanowski & Lacetti (2005), já citados acima.

A ampliação da compreensão do fenômeno da percepção da dor começa, por assim dizer, no questionamento da visão determinista do tradicional conceito sensorio-fisiológico. Guimarães (1999), citando Mc Grath [1992] define a dor como sendo: “a detecção de um estímulo agressivo por terminais sensoriais e a transmissão de informações sobre a presença e qualidade desse estímulo pelas conexões sinápticas das células nervosas transmissoras, do local estimulado até o cérebro.”

De acordo com a concepção tradicional da fisiologia clássica, o sistema nervoso é um sistema fechado, o qual interage com o organismo através de elementos sensores e efetores, ou seja, através dos órgãos dos sentidos e seus condutores centrais e periféricos, igualando-se a um sistema de processamento de informações: “E conforme o organismo interage com o meio

através do acoplamento estrutural, o sistema nervoso gera correlações senso-efetores que darão origem ao comportamento” (Mendes & Nóbrega, 2004, p. 132).

De acordo com estas autoras, o movimento seria ocasionado por estímulos externos (meio ambiente) através do esquema estímulo-resposta e onde os órgãos dos sentidos e suas fibras aferentes e eferentes levariam o estímulo ao sistema motor e, processariam e executariam a resposta, respectivamente.

A Sociedade Brasileira de Estudos para a Dor explica o **mecanismo**. Após lesão, trauma ou infecção, por exemplo, as terminações nervosas existentes no local comprometido transportam o sinal doloroso por conductos nervosos até a medula espinhal, que por sua vez é conduzido para diferentes regiões do cérebro. Neste órgão, é percebido como dor e convertido em respostas e reações a estes estímulos dolorosos iniciais.

Este mecanismo neural, segundo a Sociedade, ainda, é regulamentado por um conjunto de substâncias produzidas no sistema nervoso (endorfinas, serotonina), denominado sistema modulador de dor, que atuam na condução da dor, exarcebando ou reduzindo a sensação dolorosa. Sua ação lembra um sistema de comporta, ou seja, de um portão, regulando a passagem de estímulos nervosos transmitidos desde as fibras periféricas até SNC, através da medula.

Esta teoria denominada “*Gate Control*” ou Teoria do Portão ou Sistema da Comporta defende que o mecanismo neural regularia os impulsos nociceptivos, antes mesmo de se estabelecer a percepção dolorosa, através da atividade de fibras nervosas finas (A-delta e C), de condução lenta, e grossas (A-alfa e A-beta), de condução rápida, como também, por influências cognitivas. A atividade das fibras finas facilita a transmissão dos impulsos “abrindo o portão” para a passagem dos estímulos, enquanto a atividade nas fibras grossas tende a inibir a transmissão, “fechando o portão”. Os processos cognitivos (emoções, memórias e experiências) também funcionariam como reguladores deste sistema de comporta, por vias descendentes do cérebro (Guimarães, 1999; Oliveira et al., 1997).

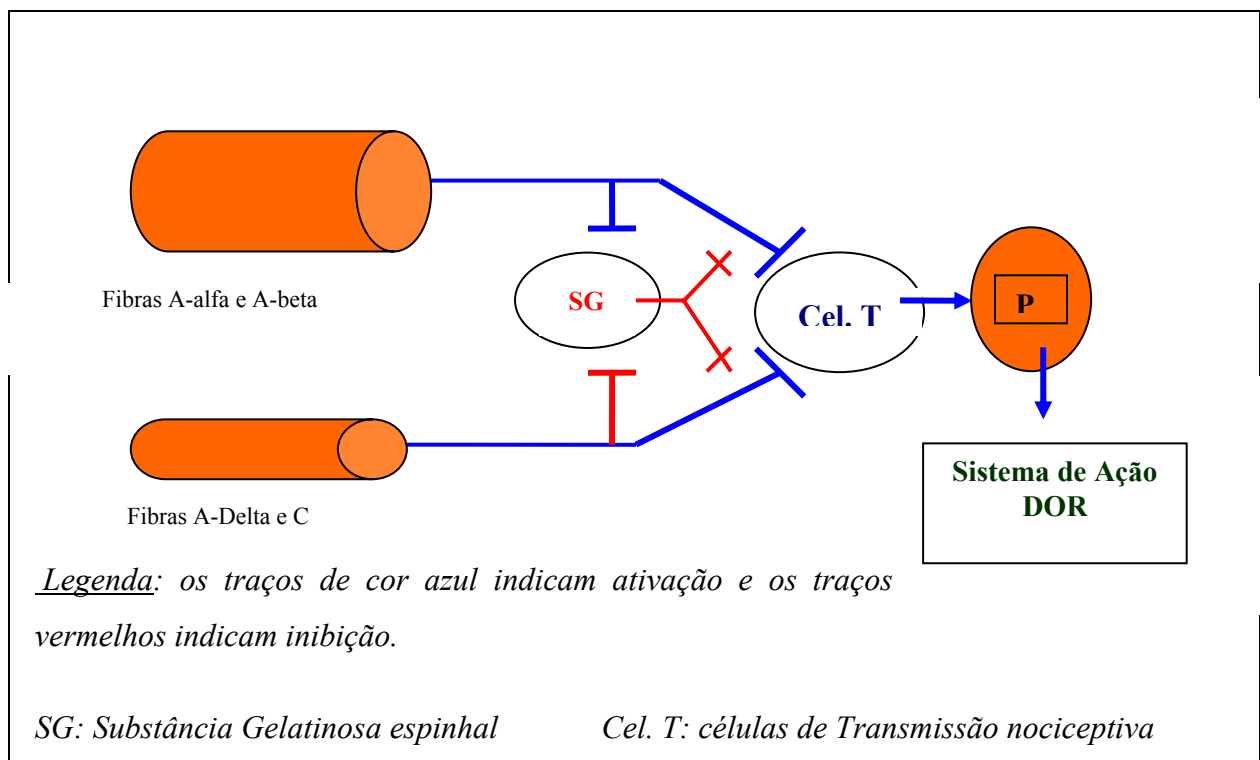
Quando ocorre uma lesão, os estímulos nociceptivos são transmitidos pelas fibras finas, que, através dos cornos posteriores da medula espinhal, ativa as células de transmissão (células T), presentes numa substância espinhal, denominada Substância Gelatinosa (SG). Estas células quando ativadas acima de um nível crítico, o sistema de ação (da dor) é ativado,

através da liberação de uma outra substância chamada “Substância P”, ou seja, esta “Substância P” transmite às células os influxos provenientes das fibras finas (da dor). Por outro lado, a atividade das fibras grossas excita interneurônios que liberam encefalina na conexão pré-sináptica com célula T, inibindo a liberação de “Substância P” (Guimarães, 1999; Oliveira 1997). Este mecanismo pode ser simplificado conforme diagrama 1, apresentado a seguir.

Entretanto, a este mecanismo neural, Guimarães (1999) integra a idéia de que esta percepção dolorosa é uma experiência, acima de tudo, psicológica. Assim, esta estrutura, por si só, seria insuficiente para compreender a dor e peculiaridades. A Teoria do Portão permitiu, assim, a integração das dimensões sensoriais, afetivas e cognitivas da dor, ampliando sua compreensão (Oliveira, 1997). Entretanto, esta teoria, apesar de mais abrangente, também deixa, ainda, lacunas que possibilitariam considerar e visualizar a sensação dolorosa numa perspectiva mais fenomenológica.

Diagrama 1: Teoria do Portão do Mecanismo da Dor.

Adaptado de Melzack & Wall (1965).



Nesta direção, Merleau-Ponty (1999) questiona a linearidade e causalidade entre estímulo e reação, propostas pela fisiologia, que acredita no comportamento como escondido por um reflexo. O autor mostra a limitação de uma teoria longitudinal do funcionamento nervoso, onde um estímulo ou um elemento de uma situação teria uma correspondência com um elemento da reação. A teoria do Arco-Reflexo, já referida anteriormente, seria um exemplo. Sua definição seria: “Trajeto anatômico que conduz de um **receptor**, determinado por um **transmissor** definido, a um centro registrador, também especializado” (Merleau-Ponty, 1999; p. 28).

O autor acima se reporta aos experimentos da fisiologia que levam a repensar sobre as leis, como a da constância. Estes demonstram que “os processos sensoriais não são inacessíveis a influências centrais” (p.28), contrapondo-se assim à definição de ‘sensível’ como efeito imediato de um estímulo exterior.

Os eventos decorrentes do “membro fantasma”⁸ ou da “anosognose”⁹ refletem o pensamento crítico de Merleau-Ponty sobre o processo nervoso como simples transmissão de uma mensagem. As próprias pesquisas científicas vêm refutando estas hipóteses do funcionamento nervoso da transmissão dolorosa. Quando ocorre uma lesão central de um dos aparelhos perceptivos, seria de se esperar que as qualidades sensíveis fossem corrompidas. Mas, ao contrário, permanecem intactas. O que acontece, de acordo com os experimentos, é uma reorganização espacial dos dados e modificações das percepções dos objetos. Assim, Merleau-Ponty acredita que a ‘qualidade sensível’ não seria efeito da situação de fora do organismo, mas representação da “maneira pela qual ele vai de encontro dos estímulos e pela qual se refere a eles” (p.114). O possível papel de um ‘transmissor’ do aparelho sensorial é questionado, então, por Merleau-Ponty.

E para que eu possa falar sobre a percepção e seu funcionamento, seria preciso resgatar a natureza do conceito de corpo. Entretanto, deparo-me com conceitos distintos que confundem seu entendimento. Para a biologia, o corpo é um organismo ou uma “máquina animal”, sendo tais termos provenientes de Aristóteles e da fisiologia mecanicista. Este corpo estaria separado da natureza e do mundo, como objeto a parte. O corpo, então, é uma máquina e os órgãos sensitivos, fragmentos da matéria. Aqui, mais uma vez, reporto-me à Husserl pelo fato destas concepções dualistas, típicas do racionalismo científico, representarem um dos

⁸ “Membro Fantasma”: fenômeno de recusa psíquica do membro mutilado.

⁹ “Anosognose”: fenômeno de recusa psíquica da deficiência ou paralisia de um membro.

principais aspectos que caracterizam a “crise” da humanidade européia apontada pelo autor. Ou seja, referem-se ao distanciamento do objetivismo científico de suas próprias origens – do “mundo da vida”, do mundo da subjetividade, do mundo cultural e histórico (Husserl, 1996). E este entendimento obscuro e paradoxal se opõe à compreensão de um corpo entrelaçado com o mundo e com a natureza. Como coloca Mendes & Nóbrega (2004): “Pensar sobre a natureza do corpo é pensar que, ao ser da natureza, o corpo orgânico é também cultural” (p. 134).

Este corpo poderia ser visto como na ontologia da carne de Merleau-Ponty, segundo a qual, sujeito e mundo, eu e outro somos feitos do mesmo tecido, chamado pelo autor de “carne”, ou seja, “maneira de ser na aderência ao espaço e ao tempo”, onde, “a carne do corpo se propaga para a carne do mundo, e a do mundo para a do corpo, numa reversibilidade constante” (Mendes & Nóbrega, 2004; p.134).

A percepção nasceria, então, deste enovelamento entre corpo e mundo, e se conceberia como sendo a experiência vivida através do corpo em movimento, aflorando diversos sentidos. Assim, o organismo seria considerado, em oposição à concepção determinista, um sistema dinâmico, complexo e com conexões diretas com o ambiente e o mundo, onde o conhecimento formado pela percepção ocorreria através de uma reorganização desse sistema, no lugar de advir de uma simples transmissão de informações do meio ambiente (Mendes & Nóbrega, 2004).

Para Merleau-Ponty (1999), a percepção é o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e onde temos **acesso** à verdade, sem presumi-la verdadeira ou real, e entende a sensação como “primeiramente a maneira pela qual sou afetado e a experiência de um estado de mim mesmo” (p. 23), a qual deveria ser procurada antes de qualquer **conteúdo qualificado**, como o postulado pela fisiologia.

A qualidade determinada da sensação, defendida pelo empirismo, não é experimentada imediatamente, não é elemento da consciência, mas sim é objeto para a consciência. É um objeto tardio de uma consciência científica (Merleau-Ponty, 1999). Assim, em vez de revelar, ela mascara a subjetividade. Em vez de um condutor anatômico com funções fisiológicas determinadas e previsíveis, Merleau-Ponty (1999) propõe um “veículo” da percepção mais amplo do que simples órgãos dos sentidos: o corpo. Para ele, o corpo é a maneira mesma de nós acedermos ao mundo e dele tomarmos consciência. É o próprio corpo que me permite

experienciar o mundo, que nos faz situar no mundo e que nos permite a comunicação, como se o corpo fosse a “abertura”, da mesma forma que o membro fantasma que se utiliza do corpo habitual como fiador do corpo atual para permanecer aberto e embrenhar-se ao mundo, para então encontrar sua integridade.

Pergunto-me, então, se este corpo que sente dor, no momento do parto, não poderia ser visualizado e compreendido também como essa “abertura” que procura a sua integridade tecidual. No momento do parto, em seu movimento e expressão, não estaria ele buscando manter a conexão tecidual com o outro (profissionais da saúde) e com o mundo (ambiente hospitalar e familiar). E será que, no insucesso desta busca, o corpo não seria apropriado por uma tensão e por uma ansiedade tornando-se “fechado”, então? E num movimento de fuga, de medo e de dor não estaria ele expressando esta “falta de um tecido de continuidade” ou a “lesão tecidual” instalada entre o outro e o mundo, naquele momento? Não estaria o tecido entre o corpo-parturitivo e o corpo-assistente/ambiente-hospitalar “lesado” ou “sem continuidade”? De acordo com a própria neurofisiologia, um tecido lesado informa ao corpo a lesão, ocorrida, através de uma sensação dolorosa, para que ele se reorganize, buscando se afastar do estímulo nocivo, recuperar-se da lesão e manter sua integridade.

É certo que a dor é um fenômeno de difícil compreensão e até de avaliação e tratamento. Ela apresenta um caráter subjetivo e, no caso da dor do parto, a intensidade pode ser considerada insuportável para muitas mulheres, “independentemente de influências sócio-culturais”, como descreve um manual de humanização no parto, do Ministério da Saúde (Brasil, 2001; p. 68). Entretanto, muitos estudiosos das ciências médicas e psicológicas já consideram a ótica biopsicossocial amplamente relevante para a experiência dolorosa. Angerami-Camon et. ali. (2001), por exemplo, apontam os componentes que estariam relacionados à dor:

- Lesão tecidual (real ou potencial).
- Constituição da pessoa: genótipo, fenótipo, personalidade nuclear.
- Ambiente físico.
- Ambiente Cultural: culturas social e de grupo.
- Estado afetivo-emocional: ansiedade e depressão.
- Significado simbólico no contexto das relações: a dor como linguagem. (p. 36)

Oliveira et al. e Gusmam et al. (1997) também descreveram a dor considerando o envolvimento dos aspectos emocionais, sociais, culturais, ambientais e cognitivos, que variariam de pessoa para pessoa, de acordo com seus valores culturais e religiosos, ambiente, experiências passadas, capacidade de compreender causas e conseqüências da dor.

Agora, sob o prisma biomédico, a dor específica do parto mostra-se complexa e ambivalente, além de insuficiente no esclarecimento da etiologia e do mecanismo. Assim, dentre os fatores causais considerados pela fisiologia, sustenta-se: a dilatação do colo uterino, a contração e distensão das fibras uterinas, a distensão do canal de parto, a tração de anexos e peritônio, a pressão na uretra, bexiga e outras estruturas pélvicas, e a pressão sobre as raízes do plexo lombo-sacro, como também, a distensão perineal, no período expulsivo do parto (Brasil, 2003).

Entretanto, para Sabatino et al. (1993), o processo neurofisiológico da nocicepção e suas teorias de mecanismo de ação, durante a parturição, são questionados. Entre seus principais argumentos, em referência à dilatação cervical e contração uterina como fontes principais do processo doloroso, encontrei:

Distensão cervical no trabalho de parto: o estiramento de qualquer músculo liso é estímulo comum da dor visceral, embora se saiba que a porcentagem de fibras musculares da cérvix é de 10% [Kaser, 1974] (...) o manuseio ou secção do útero é indolor, todavia, a palpação do colo ou mesmo sua distensão causam desconforto similar ao do trabalho de parto [Houssay]. (pp.227-228);

e ainda,

Contração e distensão uterina do miométrio: ambas contribuem pouco na dor da parturição. Não se comprovou a hipótese inicial de que a compressão das terminações nervosas (...), e que a isquemia durante a contração, possam ser estímulo de dor [Fleckestein, 1950]. Da mesma forma, não se tem evidência de que a atividade uterina possa causar algum grau de lesão inflamatória nos músculos uterinos, provocando dor [Cunningham, 1989]. (p. 228).

Estas notas referem-se à possibilidade da dor estar relacionada à lise celular durante a contração uterina, semelhantes ao processo inflamatório, a qual libera substâncias algógenas, como também excita receptores de pressão sensíveis a estímulos nocivos - das fibras "A"

(delta) e “C” localizadas nos anexos uterinos e raízes do plexo lumbo-sacro -, enviando impulsos nociceptivos que penetram na medula, da mesma forma que o mecanismo neural dito anteriormente. E este último processo, quando impulsionado intensamente, provocaria **respostas reflexas**, como estimulação respiratória, circulatória, e mecanismos psicodinâmicos de ansiedade e apreensão (Sabatino et al., 1993; Brasil, 2003).

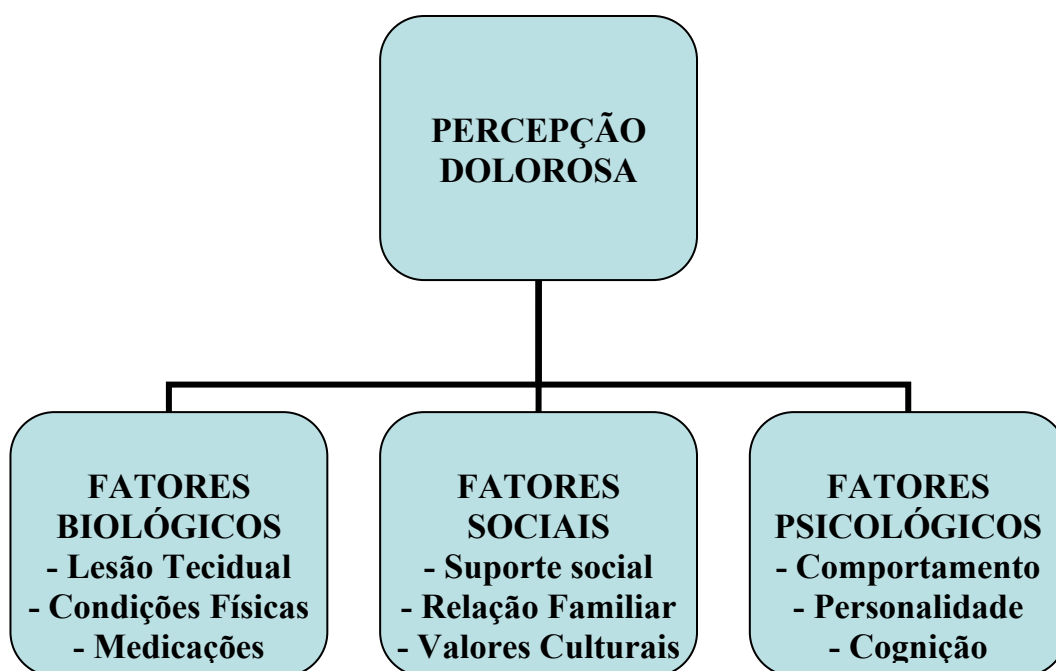
Entretanto, evidencia-se uma ampla variabilidade da percepção dolorosa entre as mulheres e até mesmo numa mesma mulher em diferentes partos. Segundo a fisiologia, isto poderia ser explicado pela liberação, em maior ou menor grau, de substâncias endógenas (endorfinas), que apresentam capacidade de diminuir a sensação dolorosa, e que são liberadas durante o trabalho de parto, de acordo com a modulação do mecanismo neural (Sistema da Comporta). Este processo seria, então, regulado pelo centro regulador (Sistema do Portão) e assim, se a parturiente estiver demasiadamente ansiosa ou amedrontada, liberará excessivamente adrenalina e pouca endorfina, substância essa responsável pelo “fechamento do portão” (Sabatino et al., 1993; Robertson, 1994; Brasil, 2003).

Numa visão diferenciada da fisiologia, Odent (2002) associa o parto a uma experiência primitiva. Para o médico-fisiologista, o parto é regulado pelo córtex primitivo, que tem a função de liberar uma série de hormônios que atuam em harmonia, favorecendo o processo de parturição animal e humano. Entre este esquema hormonal, estariam a ocitocina (responsável pelas contrações uterinas), que trabalharia em consonância com a endorfina (hormônio responsável pela sensação agradável que auxilia no lidamento com a dor), e a adrenalina (hormônio que aumenta a circulação, o metabolismo e a energia), que trabalha a favor do processo expulsivo. Entretanto, em situações adversas (ameaças) ou em situações que o neo-cortex (responsável pelas funções racionais) é estimulado, o processo parturitivo sofre interferências pela inibição das funções corticais primitivas. Por exemplo, em situações de ameaças, no caso dos animais, a liberação de adrenalina aumenta e, a de endorfina e de ocitocina diminuem para favorecer a fuga ou a luta, caso haja necessidade. No caso dos seres humanos, acontece da mesma forma. O medo, a ansiedade, a dor ocasionariam uma irregularidade das contrações e aumento da dor devido ao desequilíbrio hormonal acima descrito. A estimulação do neocórtex também teria a função de bloquear a função do córtex primitivo, interferindo também, negativamente, no trabalho de parto. Entre os estímulos neocorticais, o autor cita o excesso de luz, barulho, observação, dentre outros. Desta forma, a

dor do parto também pode ser compreendida fazendo conexões entre as dimensões sócio-ambientais e afetivas e suas possíveis influências no equilíbrio hormonal do parto.

Considerando todos os fatores relacionados à dor - como os biológicos, sociais e psicológicos, apontados por diversos autores, e resumidos no Diagrama 2, apresentado a seguir - e considerando também a variação da percepção individual e de cada momento e em determinados lugares intimamente associados ao mecanismo modulador da nocicepção, percebo que, como profissional de saúde atuante no evento do parto e de sua dor, estas dimensões devem ser profundamente compreendidas, consideradas e respeitadas.

Diagrama 2: Fatores associados a dor. Adaptado da Sociedade Brasileira de Estudos para Dor.



Entretanto, penso que ainda é necessário que se amplie mais a compreensão deste complexo fenômeno. Tanto a fisiologia quanto a psicologia deveriam agregar a todos estes fatores e dimensões envolvidos na percepção dolorosa a visão do corpo fenomenal. E então as duas ciências, natural e humana, dialogariam, desejavelmente, com a filosofia, como já foi proposto por Merleau-Ponty (Mendes & Nóbrega, 2004; Merleau-Ponty, 1999).

O corpo fenomenal é o meio de excelência de acesso ao mundo e mediador de toda experiência vivencial possível, pois possui uma dimensão complexa e profunda, onde cada ser está enraizado em um mundo. Neste sentido, o corpo pode ser considerado como mediador à via de sentido e também ao caminho da pessoa, da linguagem e da comunicação, um meio de manifestar um sentido, de fazer existir esse sentido, de projetá-lo e de comunicá-lo. (Coelho, 1997).

Assim, a sensação dolorosa percebida no corpo biológico ou orgânico da parturiente pode apresentar-se associada a um sentido mediado pelo seu corpo fenomenal que comunica ou expressa algo, que significa a dor e o sofrimento, e que busca, além da integridade tecidual, uma existência mais integrada e com novas possibilidades de existir.

É sobre estas possibilidades que Forghieri (2004) discute ao introduzir uma ótica existencial e fenomenal que favorece a compreensão da dor além das visões biopsicossocial. A autora defende a idéia de que as restrições, os conflitos e os sofrimentos são estímulos para se descobrir ou atualizar possibilidades de existir. Isso aconteceria se a pessoa envolvida reconhecesse suas limitações e atribuísse significado ao seu sofrimento, para então transcendê-los, saudavelmente. Caso contrário, ela poderá apresentar, inclusive, manifestações somáticas, que ao se tornarem prolongadas ou intensas, dificultaria a abertura às suas potencialidades e, conseqüentemente, tornar-se-ia existencialmente doente.

O termo “abertura” para novas possibilidades de existir utilizado por Forghieri (2004), a meu ver, apresenta correspondência ao termo também utilizado por Merleau-Ponty (1999), para se referir ao “acesso” ao mundo. Assim, o Ser-no-mundo “abre-se” às novas possibilidades, da mesma forma que o corpo “se abre” ao mundo que o rodeia e a ele se conecta.

Esta “abertura” faz parte da nossa existência e, quando nos deparamos com as restrições e os sofrimentos do cotidiano, permeia-se de paradoxos. Como não conseguimos realizar todas as possibilidades que se nos apresentam, temos que fazer escolhas e renunciar, como diz Forghieri (2004), “A livre abertura originária do ser humano às suas múltiplas possibilidades e as restrições a essa abertura, que surgem na concretude do existir, evidenciam o quanto a existência humana é paradoxal.” (p. 51).

Os paradoxos manifestam sobre vários aspectos em nossas experiências, como por exemplo, podemos sentir-nos alegres e tranqüilas e ao mesmo tempo ansiosa e angustiada quando vamos ao encontro de alguém que nos interessa ou quando estamos prestes a realizar uma entrevista para um primeiro emprego. Entretanto, estes paradoxos possibilitam significar cada pólo que, “de certo modo se opõem, mas que em nossa vida cotidiana constituem uma verdadeira totalidade.” (Forghieri, 2004; p. 52).

E diante das possibilidades e dos paradoxos inerentes à nossa existência, as incertezas, os riscos e a insegurança surgem e o ser humano age de maneira saudável ou doentia, existencialmente, segundo Forghieri (2004). O “ser-doente” existencialmente não reconhece, não aceita e não consegue enfrentar as limitações, como falado acima. Os conflitos e as dores aumentam, e desse modo, dificultam a significação dos seus sofrimentos e a abertura de outras possibilidades. E se este ciclo prolonga-se ou intensifica, ocorre revolta, insatisfação e somatização. De outra forma, o “ser-saudável” existencialmente aceita e enfrenta as restrições e paradoxos das suas vivências. Ao compreendê-los, sintoniza-se com seu sofrimento, e o indivíduo significa-os e atualiza suas possibilidades de existir. Suas escolhas levam em direção às ações que aceitam, resolvam, ou superem as limitações e sofrimento. Assim, ele é capaz de desenvolver potencialidades, de compreender o mundo e a si mesmo. Ou seja, o ser humano é capaz de manter-se integrado em sua totalidade.

Vejo que é possível estabelecer o mesmo raciocínio no sofrimento e na dor infligidos durante o processo parturitivo. Durante a gestação, a possibilidade quase inevitável de sofrer e de sentir dor durante o parto, leva a mulher a sentir medo e insegurança, previamente, além dos sentimentos paradoxais de alegria pelo nascimento de seu filho. A possibilidade da dor, o medo e a insegurança corresponderiam às limitações, obstáculos e sofrimento de que fala Forghieri (2004). Durante toda a gestação e durante o trabalho de parto, a mulher pode significá-los e tentar mobilizar recursos próprios de enfrentamento, atualizando as suas possibilidades e desenvolvendo potencialidades. Assim, a mulher tende a aceitar, envolver-se e sintonizar-se com a dor, e como num processo de entrega, seu corpo “se abre” também ao fenômeno do nascimento, superando e transcendendo seu sofrimento. Falo de uma “abertura” física, emocional, tecidual e existencial.

De maneira diversa, se a mulher reage negando, recusando ou revoltando-se diante do sofrimento e dos paradoxos, durante a gestação e o parto, isto provavelmente, dificultaria a aquisição dos sentidos dos mesmos, bem como a abertura às novas possibilidades de existir.

As aflições, insatisfações, sofrimentos aumentariam. Lesões teciduais entre parturiente e o outro e o mundo rasgariam sua vivência. O corpo instável indisponibilizaria-se ao processo parturitivo, “fechando-se”. O corpo, tanto biológico como fenomenal, seria infligido por uma percepção desagradável, “doentia”, dolorosa e desintegrada de si e do mundo. Diferente da possibilidade da primeira vivência: mais “saudável” e mais integrada em todas as dimensões aqui reportadas, inclusive numa dimensão mais existencial.

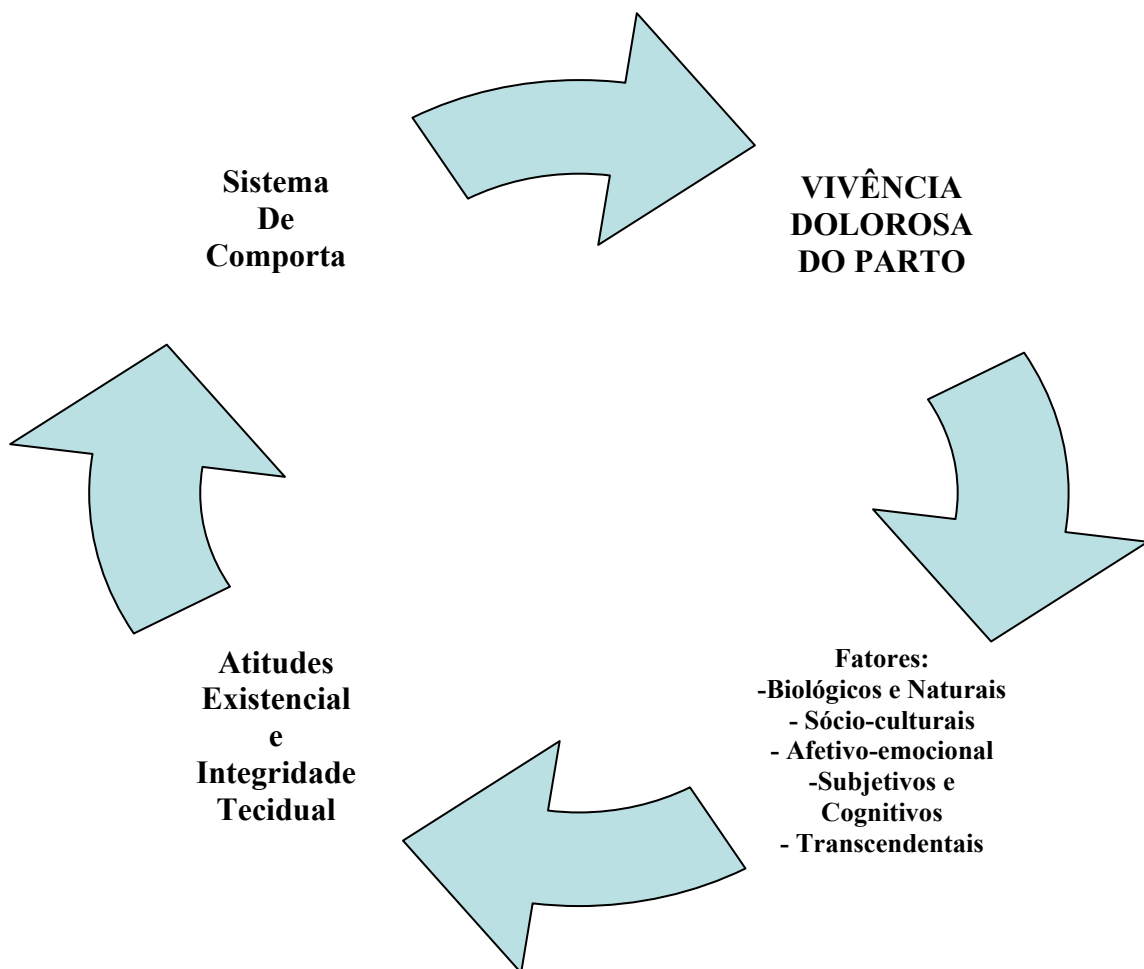
Finalizo este tópico fazendo, novamente, uma aproximação entre a “abertura” tratada por Merleau-Ponty (1999) e por Forhgieri (2004). O parto é um evento que contempla os três aspectos do mundo, de acordo com a segunda autora. Os mundos circundante (ambiente), humano (relações com o outro) e o próprio. E como um “ser-no-mundo”, a parturiente busca pela vivência plena do nascimento de maneira “aberta” e integrada a estes mundos. Ela busca por segurança, por contato, por integridade do seu corpo biológico e fenomenal, de que fala o primeiro autor. Ou seja, uma tendência em manter sua **integridade tecidual**. Da mesma forma, como trata a segunda autora, os sofrimentos e as dores, durante o parto, favorecem a “abertura” a novas possibilidades de existir, a superação, as potencialidades e a compreensão de si e do mundo. Ou seja, possibilita uma **integridade existencial**.

Ouso, ainda, em aproximar esta “abertura” fenomenal à “abertura” orgânica, natural do “sistema de comporta”, abordado no início deste tópico. O sistema que regula a percepção dolorosa pode ser modulado por diversos fatores (dimensões) relacionados à dor, como os biológico, ambiente físico, cognitivos (memória, experiências, emoção), sócio-cultural, valores e crenças, significado simbólico, como já foi mencionado. Penso, entretanto, que estes fatores são intrínsecos às vivências do ser humano, ou seja, à sua existência. E suas atitudes existenciais, “ser-doente” ou “ser-sadio”, os quais “se abrem” ou “se fecham” às possibilidades de existir, bem como a “abertura” do corpo fenomenal que preserva a integridade tecidual, poderiam participar desta modulação, da “abertura” ou “fechamento” do “sistema de comporta” como um ciclo onde se inter-relacionam. Assim, as dimensões da dor, a integridade existencial e tecidual, e a percepção do fenômeno doloroso do parto participariam de um “esquema” cíclico que se influenciariam mutuamente, conforme a proposta sintetizada e representada no Diagrama 3.

Esta aproximação acerca da “abertura” do corpo fenomenal e das possibilidades existencial fará parte do fio condutor na análise reflexiva desta pesquisa, no que concerne a vivência parturitiva dolorosa. Acredito, assim que, dentre as diversas manifestações do corpo

que sente dor, poderiam estar as expressões que representam a “abertura” ou o “fechamento” de “portões” corporais – biológico ou fenomenal e existencial. Acredito, ainda, que é com este corpo fenomenal que o ser-parturiente busca acessar o mundo e com ele se entrelaçar e se comunicar. É com este veículo, no seu movimento de “abrir” e “fechar”, e com as múltiplas dimensões da dor – biológica, social, cultural, afetiva e transcendental - que gostaria de trabalhar e trazer novas reflexões sobre os diversos prismas aqui levantados, e finalmente, por esta via, apreender os sentidos da dor do parto que venham a se desvelar, durante as escutas propostas por este trabalho.

Diagrama 3: Fatores moduladores da percepção dolorosa durante o trabalho de parto.



PARTE II

A VIVÊNCIA DESVELADA

Nesta segunda parte do trabalho, apresentarei as vivências desveladas durante a aplicação dos instrumentos na pesquisa. A aplicação dos instrumentos (em anexo) teve o objetivo desde acessar a consciência pré-reflexiva, a vivência imediata, através das expressões gráfica (desenho) e escrita (frases incompletas), até à vivência mais reflexiva, através da expressão oral (entrevistas). Os desenhos foram analisados, num primeiro momento, conforme sua apresentação, numa perspectiva mais fenomenológica. Num segundo momento, complementando as reflexões, utilizo-me, como recurso auxiliar, dos elementos representativos trazidos pelos autores Van Kolch e Campos. Os temas-eixos abordados nestes instrumentos foram: “Vivência do Parto”, “Vivência da Dor do Parto” e “Vivência do Corpo”, sendo assim sistematizados apenas por questões didáticas, pois na verdade, elas estão amplamente emaranhadas e se permeiam durante todo o processo de parturição. Da mesma forma, a apresentação dos temas-eixos está assim organizada apenas para melhor visualização. Pois, para a sua compreensão, é necessário atrelá-las à vivência em sua totalidade. Assim, optei por apresentar as expressões gráfica, escrita e oral de maneira integrada em cada tema-eixo, sem me preocupar com a formação de categorias, mas, sim, guiando-me através dos sentidos apreendidos e sua distribuição por grupos de sentidos. Ressalto, ainda, que a observação de campo pôde complementar e confirmar as experiências das colaboradoras, conforme apontado ao longo das apresentações. Finalizo o trabalho integrando as vivências desveladas e dialogando com as teorias abordadas.

CAPITULO IV

A VIVÊNCIA DO PARTO

*A ceifeira ronda
à volta das máquinas
ao redor dos tubos
no ar infectado de dor
– sombra indesejável
A ciência brinca
experimenta, põe e tira
mórbido esconde-esconde
fingida presença de Deus*

*Um corpo respira
(a máquina opera o milagre)
um corpo não mais senhor
do gesto, do gosto, do querer
corpo, cobaia, objeto
à mercê do progresso
A ceifeira espera
e sabe da hora
A ciência não*

D'Alila Teles Veras (Terapia intensiva)

4.1 O Parto Ideal e o Parto Real

De um olhar geral, sobre todas as sínteses feitas do material adquirido, surge de imediato a apreensão de um sentido ambíguo da vivência parturitiva: por um lado, emerge durante as diversas falas um desejo pelo “parto ideal” e, por um outro, a consciência e o medo de um “parto real”, como potencial. É notório este paradoxo em todas as expressões apresentadas pelas colaboradoras, mostrando idéias conflitantes acerca das expectativas do parto e da dor, bem como, no próprio momento de vivência destes fenômenos, como serão apresentados adiante. Esta ambigüidade da vivência parturitiva vem confirmar a versão da existência paradoxal abordada por Forghieri (2004), mencionada no capítulo III.

As percepções acerca do parto tendem a se polarizar durante as falas das colaboradoras quando falam da segurança e da insegurança, do medo e da coragem, da alegria e da tristeza,

do sofrimento, da dor e da realização pessoal. Entretanto, em relação à vivência do trabalho de parto e do parto, propriamente dito, as idéias que se destacaram foram as percepções do “parto compartilhado”, do “parto ameaçador” e do “parto estético”. Assim, dentro da ambigüidade do “parto ideal” e do “parto real” apresento os sentidos revelados pelas colaboradoras desta pesquisa.

4.1.1 O Parto Compartilhado

O medo é a palavra chave quando se pensa e se fala sobre o parto. O medo está relacionado a diversos fatores extrínsecos e intrínsecos ao processo de parir em uma instituição hospitalar, e estão envoltos pela cultura e pela história da nossa sociedade. E um desses fatores refere-se à solidão proporcionada pela ausência da rede de apoio familiar e social da parturiente imposta pelo sistema normatizador daquela instituição.

Sentir-se só e desamparada por aqueles que mantêm relação social e por aqueles que desconhece totalmente, mas que fazem parte dos cuidados e assistências no momento do parto, provoca, na mulher, o temor. Para alguns autores, este medo está intimamente relacionado à sensibilidade dolorosa do parto, ou seja, a ausência de pessoas que transmitam à mulher confiança predispõe ao aumento da dor durante o trabalho de parto (Hotimsky et al., 2003; Macedo et al., 2005). Por isso, ao lado do elemento medo, encontramos o elemento dor, sobre os quais estarei abordando ao longo desta discussão.

Assim, percebi que o parto idealizado está associado a algum tipo de busca imanente. Uma busca por meios ou estratégias para suprir as **necessidades** próprias. De uma forma geral, buscam por “segurança” durante o parto, como podemos ver já nas expressões orais acerca da pergunta deflagradora deste trabalho, feita ainda durante a gestação: O que fez com que a gestante aceitasse participar da pesquisa?

“Olha, pra falar a verdade, pra mim sentir mais segura. Não que eu esteja insegura, mas eu acho assim, se você tiver um acompanhamento, também não queria ficar vendo o sofrimento das outras aqui. Então eu queria vir para o hospital na hora mesmo que tivesse que nascer. Não ficar nesse clima de hospital que as vezes você vê, a pessoa vê uma outra pessoa com problema diferente de você, aí você acha que vai acontecer contigo (...) porque cada organismo reage de um jeito, e assim eu ficaria mais tranqüila.” (Laura)

“Ah, pela minha insegurança, como te falei, por ser meu primeiro filho, e falei que num queria ficar só na hora do parto (risos), por medo. Cada um fala uma coisa, você vai acumulando aquilo dentro de você, você fica numa guerra. Então quando você falou que poderia estar acompanhando e tudo, então me enchi de alegria ah, pelo menos vou ter uma pessoa de experiência do meu lado, pra me dizer se está tudo ok.”
(Rosa)

Esta procura por segurança apóia-se na presença de uma pessoa que transmita confiança, seja alguém de seu círculo de amizade ou parentesco, ou de um profissional que também lhe transmita confiança, como também, de um ambiente acolhedor, trazendo, conseqüentemente, a tranqüilidade almejada:

“Pelos menos eu vou ter uma pessoa ali do meu lado que tem experiência, que tem, que sabe como é o processo, eu vou me sentir mais segura, embora eu vou ter uma acompanhante, mas mesmo assim, é uma leiga como eu no assunto, no sentido de medicina assim, né? Aí, pelos menos isso, me sinto mais segura.” (Rosa)

“Porque eu acho que vou ter um acompanhamento melhor, não que vou ter mais atenção pra mim do que pra outras gestantes, né? Mas, eu acho que vai ser melhor pra mim e pro meu filho e vou ter mais apoio assim, na hora do parto, vou ter mais, ficar mais segura, ter mais segurança.” (Lina)

“É bem mais interessante ter um profissional acompanhando a gente, que já esta acostumada a fazer parto, já está acostumada a acompanhar, então ter alguém (que) já conhece, já deixa mais calma, principalmente quando é o primeiro filho”. (Flávia)

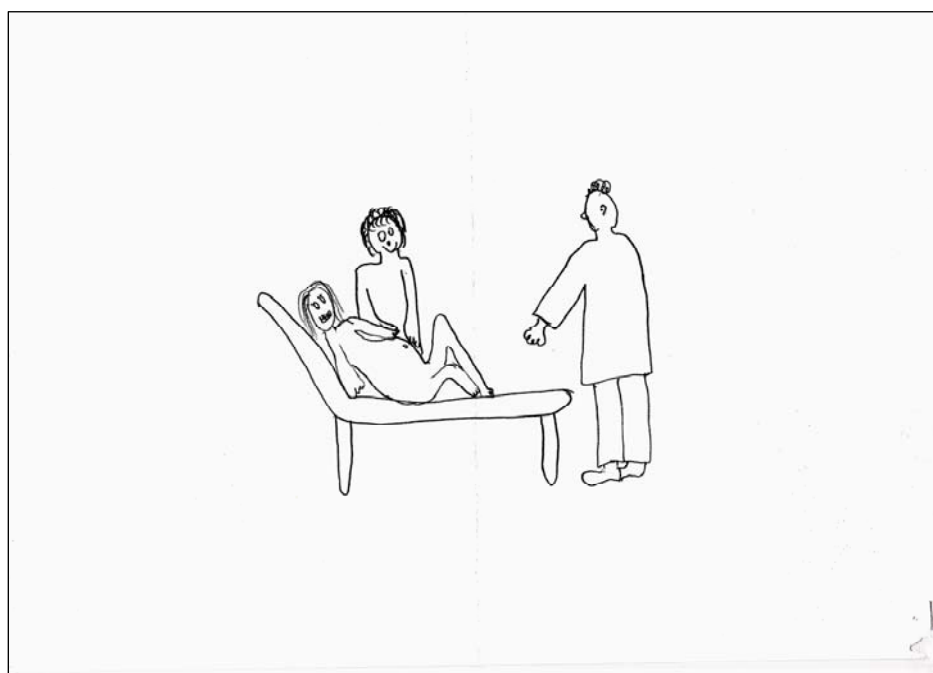
“Eu acho que é uma ajuda a mais na hora do parto.” (Marina)

A busca por “segurança”, aqui revelada na fala imediata das colaboradoras, remete-me à escala hierárquica das Necessidades Humanas, proposta por Maslow. A “Necessidade de Segurança” apresenta-se no segundo nível da escala, após o grau das “Necessidades Fisiológicas” (Serrano, 2000), mostrando assim, que as colaboradoras, num primeiro momento, se preocupam mais com a segurança do que com suas necessidades básicas, como alimentação, repouso, abrigo, roupa, que muitas vezes também não são supridas durante a internação hospitalar dentro de uma sala de parto.

A segurança demandada pelas mulheres durante a gestação, o parto e a maternidade pode ser adquirida com a presença de pessoas familiares, amigas ou profissionais da saúde que lhe transmitam confiança e possibilitem o suporte social e afetivo. Ou seja, compartilhar as vivências do parto parece imprescindível para estas mulheres. Para melhor ilustrar o desejo em sociabilizar o processo parturitivo, apresento o desenho de Lina que representa bem a busca em manter este contato social.

“Aí é eu sentindo dores pra ganhar neném, aí é minha mãe que vai estar me acompanhando e o médico fazendo o parto. (...) Minha mãe tá feliz. E eu to sentindo dor.” (Lina).

Numa primeira visada, o desenho de Lina mostra bem o desejo pela companhia segura da mãe e do médico, figuras cuidadoras que garantiriam a necessidade básica de segurança no momento do parto. O contato das mãos da mãe sobre o ventre de Lina e os braços estendidos do médico parecem garantir o apoio emocional e a assistência adequada durante o trabalho de parto. A posição deitada de Lina, enquanto as outras figuras permanecem em pé, mostra sua passividade e aceitação aos comandos destas e aos acontecimentos inerentes ao processo parturitivo, como a “dor”, por exemplo. Sua fala inicial, referente ao desenho, confirma sua aceitação e compreensão de que a dor é um fenômeno natural e esperado, já que se refere a ela de maneira bem espontânea, além de indicar o sentimento de felicidade da mãe.



Assim, no desenho de Lina, podemos identificar o contato social visualizado entre ela, sua acompanhante (mãe) e o médico assistente. Sua mãe está sorrindo e tocando-lhe o ventre, como que lhe dando apoio ao momento. E apesar de estar expressando dor (*facies* de dor), está com as pernas flexionadas e abertas mostrando concordância ao contato assistencial do médico. De acordo com Van Kolch (1984) e Campos (1995), a figura humana mais elaborada, como a presença das mãos, pés, orelha, nariz e roupa, mostram o valor atribuído a este ator do evento em questão (o profissional médico homem), mais do que a si e a de sua acompanhante. Aqui, a figura do médico parece ter uma importância mais prática, mais objetiva, já que detém o saber sobre o corpo e processo parturitivo. A mãe, por sua vez, está em contato real com Lina, mostrando a importância mais subjetiva da sua figura. Ou seja, Lina indica a importância de elementos que poderiam parecer paradoxais, mas que parecem integrar a totalidade da vivência parturitiva: a racionalidade e a sensibilidade. Apesar dos detalhes desenhados na figura do médico, este não mostra o rosto, como se não o tivesse, como se não apresentasse expressões. E na verdade, suas emoções não são importantes, já que deve se concentrar no trabalho técnico. Diferente, assim, dos rostos e expressões da mãe e da filha, que mostram nitidamente suas emoções ao outro e ao mundo. A posição que cada um, médico e mãe, está em relação à Lina, mostra, também, a situação real de proximidade e envolvimento entre eles. Os braços estendidos do médico, em direção à Lina, assim como os da mãe, confirmam o desejo e a disposição, da colaboradora, por um contato físico e social durante o parto. Entretanto, enquanto há contato físico, próximo da mãe, o médico está distante, numa postura “asséptica”, indiferente e insensível.

Ainda, de acordo com os autores Van Kolch (1984) e Campos (1995), o desenho bem centralizado na folha também confirma o ajustamento ao ambiente, aceitando e submetendo-se a ele. Sob as duas óticas apresentadas, aqui, a expressão gráfica de Lina mostra a importância da dimensão social para se garantir o desejo ou necessidade de segurança no parto. Para Lina, sentir-se apoiada e cuidada pelo “outro” garantiria um “parto ideal”, e este, por sua vez, corresponderia ao “parto real”, como podemos ver na fala da colaboradora após o parto:

“Durante o trabalho de parto me senti cansada. Ainda bem que minha mãe estava comigo... não que não confiasse na equipe, mas é sempre bom ter alguém que conhecemos e temos confiança, né?” (Lina)

O desejo pelo contato físico ficou também evidente nesta fala, durante a entrevista no pós-parto. A própria mãe mostrou-se contente por ter participado do parto, como também orgulhosa do empenho da filha: *“Ela foi ótima! Se comportou muito bem!”*. Lina também falou de seu orgulho: *“Me senti vitoriosa, agora, após o parto.”*

A dimensão social do parto viabiliza a vivência plena, e considerada por muitas mulheres, mais feliz, do fenômeno parturitivo, segundo diversos autores. Para Hotimsky et al. (2003), diferentemente de uma cesárea, o que as mulheres desejam para seu parto é serem melhor acolhidas, poder dialogar com os profissionais e com eles compartilhar seus temores, alegrias e prazeres da vivência, ser respeitada, ser reconhecida como alguém que tem vontades e necessidades. Desta forma, compartilhar ou sociabilizar a experiência parturitiva mostra ser uma necessidade importante a ser suprida. Negá-la pode aumentar a sensação de solidão e de medo, dando ao parto um sentido ameaçador, e conseqüentemente, influenciando o modo com que a mulher vivencia seu parto.

Desta forma, o “parto real” pode estar relacionado à solidão, ao medo e à insegurança, enquanto o “parto ideal”, à segurança da presença de amigos, de familiares e até de profissionais da saúde que lhe favoreçam o apoio, a confiança e a assistência de qualidade e integral. E o desejo por este “parto ideal” compartilhado entra em consonância com as necessidades de suprir as demandas e as intempéries deste “parto real” solitário, o qual pode se aproximar de um parto ameaçador, como mostrarei a seguir.

4.1.2 O Parto Ameaçador

A segurança no parto já faz parte das diretrizes das políticas de saúde brasileira há muito tempo. Entretanto, está longe de ser assim sentida pelas mulheres que estão prestes a dar à luz, principalmente aquelas que dependem do serviço público de saúde. A questão de segurança novamente me remete à escala de Maslow, acerca das “Necessidades Humanas”. A necessidade de proteção contra perigos e ameaças também pertence ao segundo nível desta escala, denominada “Necessidade de Segurança”. Ainda no início da entrevista de Rosa, esta se mostrou emocionada ao falar de seus medos e das ameaças que rondam suas expectativas em relação ao seu parto. Aqui se mostra como esta necessidade permeia a vivência prévia ao parto:

“De tanta coisa, eu tenho medo. Tenho medo de não dar conta, se eu chorar você não se importar... [chorando] Tenho medo de ir e acontecer alguma coisa errada, o bebê sofrer ou eu, muito. Medo da dor que todo mundo fala, e medo dele, de acontecer algo ruim pra ele, de não dar conta e ter algum problema. (...) Ai eu fico fazendo um tratamento na minha cabeça, que vai dar tudo certo, que não vai ter nenhum problema, mesmo assim, o medo fica ali. Ai eu penso em me manter forte, mas. (...) É que ficam falando que não sei o que de cordão umbilical enrolado no pescoço. Sabe como é o povo, faz o maior drama. A gente já não tem experiência, chega lá, vai que, Deus o livre, acontece de ficar com o cordão enrolado no pescoço, aí dá problema neurológico e tudo, mas eu acho que é besteira da minha cabeça mesmo. Acho que vai dar tudo certo.” (Rosa)

Além do medo dos possíveis perigos, associados ao parto, para a saúde do bebê, a dor aparece também como uma ameaça. Entretanto, diferente da busca imediata por “segurança” (do segundo nível hierárquico da escala), a necessidade de se evitar a dor, assim como a necessidade de proteção do organismo, que surge nas entrelinhas das falas, pertence, neste caso, ao nível hierárquico primário, ocupado pelas “Necessidades Fisiológicas” ou “Básicas”.

A ameaça e o perigo, o medo e a dor, elementos que há muito, o ser humano busca suprimir, é justificada pela Escala das Necessidades Humanas, como necessidades de sobrevivência e de segurança. E os primeiros elementos podem ser vinculados ao “parto real” percebido pelas gestantes, os quais entram em confronto com as “expectativas do parto”, ou melhor, com o parto idealizado, também expressas por estas mulheres.

Em inúmeros estudos sobre o parto, pude identificar os fatores que fazem do evento um momento de riscos e de intenso perigo para a mulher e para seu filho. Muitas destas ameaças relacionam-se à própria organização assistencial, como por exemplo, a negligência ou desrespeito dos profissionais de saúde, a falta de orientação acerca do parto e sobre a sua saúde e de seu bebê, e a própria solidão dentro da maternidade. A ameaça maior relaciona-se ao temor da própria morte e a de seu bebê. E paradoxalmente, a própria angústia e medo vivenciado pela parturiente podem ser considerados como uma ameaça em potencial, pela possibilidade de influenciar a evolução do trabalho de parto, como as distócias (Hotimsky et al., 2002). Para o fisiologista Odent (2002), “o trabalho de parto não pode progredir quando a mãe está assustada” devido às “travas originadas nos centros inibitórios do neocórtex” (p. 45).

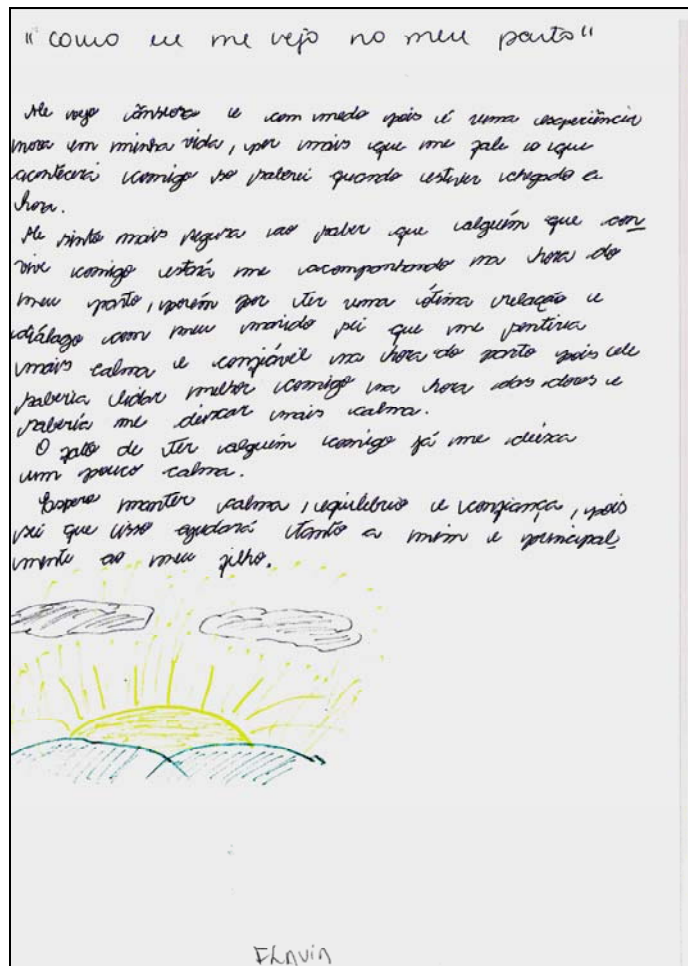
Nas falas das colaboradoras deste trabalho, pude identificar semelhanças em relação a estes temores, dentre outros que estarei apontando. De qualquer modo, esta ameaça em que o parto se encerra se confunde ao desejo de que ele ocorra de maneira saudável e tranqüila, com o menor sofrimento possível, onde a parturiente possa se sentir acolhida, respeitada e bem assistida.

Assim, tanto nas expressões gráficas, quanto nas escritas e orais (em anexo), as colaboradoras desta pesquisa demonstram essas idéias conflitantes entre o parto desejado e o parto real. Em suas falas, o parto mostra-se ameaçador e necessitando de meios de se manterem seguras, durante o evento. Ao mesmo tempo imaginam, idealizam e esperam que seus partos sejam “*tranqüilos*”, ou seja, que a imprevisibilidade própria do parto e do nascimento seja de alguma forma prevista e controlada. Acredito que esta imprevisibilidade provém tanto da ocorrência de danos à saúde da mãe e de seu filho, como também do nível de sofrimento, da capacidade de enfrentamento e pela atitude profissional. Como podemos ver, temos várias versões desta ambigüidade entre o “parto ideal” e o “parto real”.

Apresento, assim, o primeiro caso em que pude verificar os conflitos vivenciados pelo parto sentido como ameaçador. O desenho de Flávia representa a imagem de uma paisagem de um pôr-do-sol, típico dos desenhos infantil. Parece que ela quer demonstrar a “beleza” do parto como a da imagem, apesar de mostrar também, que tanto a paisagem como o parto estão distantes do ser, como se pudéssemos apenas vislumbrá-los de longe, como algo inalcançável. Um desejo de estar lá, mas depois que deixamos de apreciar a paisagem de um quadro ou por uma janela, que nos remete a um mundo de sonhos e desejos, retornamos à realidade. Este paradoxo confirma-se com a descrição feita, pela colaboradora, naquele momento, transcritas abaixo. Seus sentimentos demonstram a insegurança e sua necessidade de companhia e de se manter tranqüila, diante de um evento desconhecido e temido:

“Me vejo ansiosa e com medo pois é uma experiência nova em minha vida, por mais que falem o que acontecerá comigo, só saberei quando estiver chegado a hora. Me sinto mais segura ao saber que quem convive comigo estará me acompanhando na hora do meu parto, porém por ter uma ótima relação e diálogo com meu marido, sei que me sentiria mais calma e confiável na hora do parto, pois ele saberia lidar melhor comigo na hora das dores e saberia me deixar mais calma. O fato de ter alguém comigo já me deixa um pouco mais calma. Espero manter calma, equilíbrio e

confiança, pois sei que isso ajudará tanto a mim e principalmente ao meu filho.”
(Flávia)



Os autores Van Kolch (1984) e Campos (1995) fazem referências à representação da natureza inanimada e ao uso de varias cores no desenho como sendo a evidência do desejo da pessoa em manter sob controle as suas emoções diante de um ambiente ameaçador. O desenho de Flávia remete-me a esta situação, principalmente, quando Flávia escreve sobre sua “ansiedade” e “medo”, em relação ao parto, bem como seu sentimento de “segurança” pela presença da acompanhante, apesar do desejo da presença de seu esposo que a deixaria mais “calma”. O desejo de controlar suas emoções aparece também, claramente, quando fala da sua expectativa por manter-se “calma”, “equilibrada” e “confiante”. Talvez seja este desejo de controlar as emoções que está tão distante de ser alcançado, durante o parto, pois Flávia

conhece suas limitações, e por isso, desejando estar acompanhada por alguém de confiança para que receba o apoio emocional necessário.

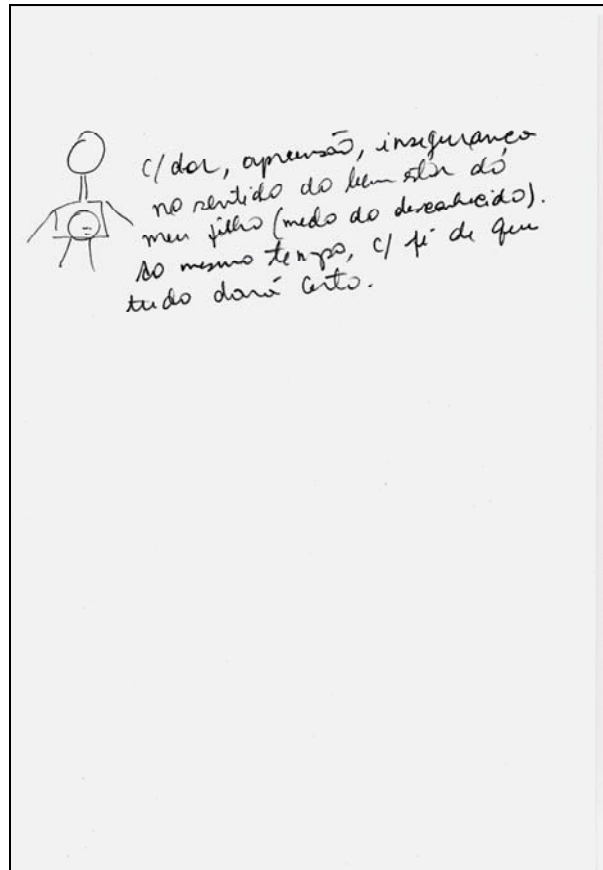
Ao solicitar que explicasse seu desenho, Flávia fala da sua expectativa de um ambiente calmo (não ameaçador) para que possa se controlar, e assim se concentrar e ajudar no parto:

“Um lugar calmo, (é) o que eu espero que seja o meu parto (...) Calmo e que eu tenha confiança em mim mesma e que as pessoas que estejam comigo me passem isso, que eu acho que é o ideal para um parto, tanto para mim quanto para o bebê. (...) Ficando calma ia saber me concentrar melhor pras dores, saber qual é a hora certa, né? De impor, de ajudar no parto. (...) Acho que seria bem mais fácil.” (Flávia)

Identifico aqui também, como já identificada no item anterior, a importância da dimensão social na aquisição da segurança procurada. Os benefícios da presença de um acompanhante que inspira confiança tem sido mostrado em diversos estudos, discordando da mensagem há muito emitida pela instituição médico-hospitalar de que o parto não é assunto de família, e muito menos um evento social. Esta presença tem sido associada ao melhor enfrentamento das dificuldades e da dor no parto por parte da parturiente que recebe o apoio emocional, afetivo e social (McCallum & Reis, 2006). Para Flávia, o parto percebido como ameaçador, voltado ao ambiente hostil, poderia ser percebido como “ideal” pela presença de seu marido. Entretanto, sua presença na cena do nascimento não é permitida pelas rotinas hospitalares. A Lei que assegura o direito a um acompanhante no parto, já abordado na parte introdutória deste trabalho, está valendo, atualmente, para poucos hospitais e está reduzida ao acompanhante do sexo feminino, o que mantém afastado o pai do evento do nascimento.

A imagem ameaçadora do parto aparece mais nitidamente no desenho, mostrado a seguir, de Rosa, principalmente quando se refere ao resultado saudável em relação ao bebê, quando escreve:

“Com dor, apreensão e insegurança no sentido do bem estar do meu filho (medo do desconhecido). Ao mesmo tempo, com fé de que tudo dará certo.” (Rosa)



Neste caso, a expressão escrita coincide com o a gráfica: a figura humana representada por traços simples, de estilo infantil, um desenho simples e rápido, apresenta-se de modo receoso em relação ao tema abordado. Chama a atenção o círculo representando o ventre, com detalhes pequenos e indefiníveis no seu interior, alinhado abaixo do círculo que representa a cabeça, sem nenhum detalhe. O círculo de baixo, representando o útero, parece estar também contido ou protegido por um quadrado representando o tronco. Estes detalhes parecem mostrar o desejo de Rosa em controlar o bem-estar do bebê, protegendo-o dos riscos, através de seus conhecimentos acerca dos sinais que representam a sua boa vitalidade e, de utilizar os recursos disponíveis para facilitar o trabalho de parto.

A entrevista de Rosa parece confirmar o desejo de um parto tranquilo, sem intercorrências, onde ela possa ajudar através de exercícios. Assim como Flávia, Rosa também idealiza seu parto, apesar do receio de não corresponder ao parto real:

“Ah, eu me vejo andando. Eu não me vejo deitada, me vejo andando lá no corredor, fazendo exercícios que vocês me ensinaram, espero que eu dê conta (...) Então a insegurança, no sentido de saber se o bebê está bem, todo dia fico me monitorando, qualquer coisinha: ah, meu Deus! será se está tudo bem, se está tudo normal? Meio

paranóia da cabeça da gente. Mas ao mesmo tempo eu penso: vai dar tudo certo. Tem que dar tudo certo! Vejo tanta gente ganhar neném e dá tudo certo, por que eu vou ser a única que não vai dar certo? [risos]. Eu fico trabalhando nisso, me vejo dessa forma: no corredor andando, fazendo exercícios, tomando banho quente, relaxando e me acalmando pra poder esperar a hora.” (Rosa)

O estilo do desenho de Rosa, com a representação de uma figura pequena e incompleta (ausência de caracteres faciais, e membros), em forma de palito, com o pescoço fino e comprido, e desenhado no canto superior esquerdo do papel, bem como a utilização monocromática (cor preta), fez-me lembrar das referências de Van Kolch (1984) e Campos (1995). Para estes autores estas características, na expressão gráfica, indicam certa ausência e fuga da relação com o meio, introversão e timidez, inibição e repressão, sentimento de inferioridade, falta de confiança e dificuldade nos contatos sociais, e supercontrole repressivo e moralista. Além destas referências, os elementos apresentados também me lembram as submissões femininas às injunções de gênero, bem caracterizadas na seguinte fala da colaboradora, quando menciona a “*vergonha*” do seu corpo, na presença do médico e do marido, que não corresponde, neste momento, ao padrão de beleza feminina:

“Então, fica um pouco com vergonha também do médico, né? (...) aí quando você fica nervosa o próprio útero contrai, tenho essa impressão, quando eu fiz exame de toque eu percebi isso, e doeu pra caramba! [risos]. (...) Já deve ter sua dor comum mas daí a gente vai e com outros fatores a gente vai e agrava mais.(...) Fiquei com vergonha também, inchada, a gente fica tão feia! Vendo o médico olhando para a aquela coisa ‘bela’ lá e marido do lado, embora a gente quer que ele fique do lado, mas a gente fica com vergonha, né? dois homens ali... (...) Fiquei meio desconfortável.”

Complementado a reflexão anterior, Rosa também se mostra insegura em relação ao parto, ao ambiente e às pessoas, como também em relação a sua autoconfiança.

Logo em seguida, continuando sua expressão oral, Rosa mostra o conflito de suas idéias e imagens do seu parto, hora falando que “*vai dar tudo certo*”, hora falando “*não sei se vou conseguir*”, principalmente quando lembra da possibilidade de não se controlar diante da dor do parto e diante do período expulsivo:

“(...) eu não sei que dor é essa que o pessoal fala, né? Eu acho assim, que pode ser uma dor grande e na hora num sei se posso fazer alguma coisa, se vou dar conta de fazer alguma coisa, na hora, num sei, mas eu me vejo assim, andando no corredor e apreensiva (...), vou tentar me manter calma, mas eu não sei se vou conseguir, de ter força de parir mesmo.” (Rosa)

Assim, posso perceber a ambigüidade que emerge das imagens “ideal” e “real” inerentes aos conflitos medo/segurança e ansiedade/calma do parto, no qual hora se mostra ameaçador, hora se mostra idealizado, tanto para Flávia como para Rosa. As expressões escritas (frases de completar), de Flávia e de Rosa mostram semelhanças em suas respostas e confirmam esta ambigüidade. Para Flávia, o parto é “vida”, apesar de ter crescido acreditando que era “seguido de muita dor”, pois quando pensa no parto a imagem que lhe vem é de “ansiedade, porém penso no meu filho”, mas gostaria que seu parto fosse “calmo e de muita confiança tanto de minha parte, quanto das pessoas que estiverem comigo”. E, para Rosa, o parto também é “vida”, apesar de ter crescido acreditando que “doía muito. Dor insuportável”. Da mesma forma, a imagem que lhe vem quando pensa no parto é a do “rosto do meu filho” e que gostaria que seu parto “fosse bem rápido e sem problemas”.

Na seqüência das entrevistas, também constatei o paradoxo “ideal” versus “real” nas imagens do parto, principalmente quando comparamos a imagem de como a colaboradora se vê no seu parto e as expectativas deste parto (como ela gostaria que fosse). Em relação à expectativa do parto, a idealização da “tranqüilidade” e da “rapidez”, se fez visível:

“Acho que isto, tranqüilidade mesmo, assim, e que as pessoas me passem mais confiança possível.” (Flávia)

“Ah! Espero que ele seja bem rápido [risos], bem tranqüilo. Rápido, pra mim, é assim: sentir dor ainda agora aqui, assim 12h20 e 1h00 ganhou (risos). Oh, ilusão, né? também não sei... Porque eu não sei como é. Não sei quanto demora sabe? num sei se demora duas horas,