

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Adrinez Caçado e Nascimento

**“UMA VEZ CESÁREA, SEMPRE CESÁREA”?
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES COM
UMA CESÁREA EM GESTAÇÃO ANTERIOR SOBRE O
PARTO NORMAL**

Belo Horizonte – MG

2013

ADRINEZ CANÇADO E NASCIMENTO

**“UMA VEZ CESÁREA, SEMPRE CESÁREA”?
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES COM
UMA CESÁREA EM GESTAÇÃO ANTERIOR SOBRE O
PARTO NORMAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Kleyde Ventura de Souza

**Belo Horizonte – MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2013**

Nascimento, Adrinez Caçado e.
N244u Uma vez cesárea, sempre cesárea? [manuscrito]: representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal. / Adrinez Caçado e Nascimento. -- Belo Horizonte: 2013. 152f.: il.
Orientadora: Kleyde Ventura de Souza.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Parto Normal. 2. Cesárea/psicologia. 3. Trabalho de Parto. 4. Nascimento Vaginal Após Cesárea. 5. Pesquisa Qualitativa. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Souza, Kleyde Ventura de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

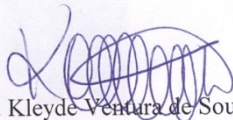
NLM: WA 309

UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO/ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 120 - Telefax: (031) 3409.9836
Caixa Postal: 1556 - CEP: 30.130-100
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
E-mail: colpgrad@enf.ufmg.br

ATA DE NÚMERO 401 (QUATROCENTOS E UM) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ADRINEZ CAÇADO E NASCIMENTO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

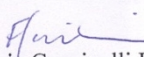
Aos 15 (quinze) dias do mês de março de dois mil e treze, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*UMA VEZ CESÁREA, SEMPRE CESÁREA? REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES COM UMA CESÁREA EM GESTAÇÃO ANTERIOR SOBRE O PARTO NORMAL*", da aluna Adrinez Caçado e Nascimento, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Kleyde Ventura de Souza (orientadora), Zilma Silveira Nogueira Reis e Maria Flávia Gazzinelli Bethony, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 14:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de argüição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, as examinadoras consideraram *Adrinez Caçado e Nascimento, aprovada e apta a receber o título de mestra em enfermagem após a entrega da versão definitiva da dissertação*. Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 15 de março de 2013.



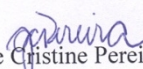
Prof.^a. Dr.^a. Kleyde Ventura de Souza
(orientadora)



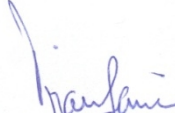
Prof.^a. Dr.^a. Zilma Silveira Nogueira Reis



Prof.^a. Dr.^a. Maria Flávia Gazzinelli Bethony



Grazielle Cristine Pereira
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lari
Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação
ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 01/04/2013

*Para o Juca (in memoriam) que generosamente
partilhou saberes ao longo de sua vida.*

*Para as mulheres que gentilmente nos ofereceram
suas experiências.*

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que, de alguma forma, facilitaram esta caminhada em busca do conhecimento, minha profunda gratidão.

Vocês foram minhas “doulas”, transmitindo segurança, conforto, apoio.

Fizeram o chão ficar mais firme e o ponto de chegada bem suave.

RESUMO

Trata-se de um estudo que aborda as formas de pensar, sentir e agir de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal. Considerando as expressivas taxas de cesárea, seu recrudescimento em todo o Mundo, e a importância das indicações de cesárea por causa de cesárea anterior na manutenção dessas taxas, a proposta deste estudo foi construída tendo as seguintes tensões: de um lado a força da crença “uma vez cesárea, sempre cesárea” no conjunto social, seu vigor simbólico mantido pela falta de informação; a determinação das experiências de gestações prévias no modo como as mulheres irão lidar em futuras gravidezes, e por outro lado, a possibilidade de se ter um parto normal após uma cesárea, conforme as evidências científicas apontam, com benefícios para mãe e filho. Tudo isso configura uma investigação que se insere em um contexto de desafios. O objetivo é compreender as representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal. Utilizou-se a abordagem qualitativa com orientação teórica da Teoria das Representações Sociais na perspectiva proposta por Serge Moscovici, realizado em duas maternidades, que prestam atendimento exclusivo ao Sistema Único de Saúde, no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Participaram 31 puérperas que tiveram partos normais como via de parto atual e que, em uma experiência anterior, tiveram cesárea, que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa. Os dados foram obtidos, durante o período de 09/03/2012 e 27/04/2012, por meio de entrevista aberta. Os relatos foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e das instituições em que o estudo foi realizado. O termo de consentimento livre esclarecido foi assinado por todas as participantes. Foram identificadas duas categorias empíricas: a) a presença do “estranho”: trajetória de mulheres com uma cesárea em gestação anterior diante do parto normal e b) a vivência do parto normal após uma cesárea em gestação anterior: ressignificação do pensar, sentir e agir de mulheres. A primeira refere-se às representações sobre o parto normal, durante a gestação ou no momento anterior ao parto, de mulheres que têm uma cesárea prévia e que são informadas sobre a possibilidade de terem parto normal. A segunda categoria mostra as representações sociais na ocasião da entrevista, após terem vivenciado o parto. A partir dessas categorias, percebeu-se que há transformações e reconstruções dos saberes das mulheres a respeito do parto, motivados principalmente pela vivência do parto normal. Espera-se que este estudo proporcione reflexões que contribuam para a configuração de uma política pública que valorize os conhecimentos das mulheres, ajudando-as na desconstrução de conhecimentos enraizados em estruturas sociais rígidas e na reconfiguração de novos saberes que favoreçam a vivência da gestação, do parto e nascimento sem conflitos desse caráter. Espera-se ainda impactar positivamente na redução das taxas de cesárea no Brasil.

Palavras-chave: Parto Normal; Cesárea; Trabalho de Parto; Nascimento Vaginal após Cesárea; Representações Sociais.

ABSTRACT

This study addresses the ways of thinking, feeling and acting of women with a previous cesarean over a vaginal delivery. Considering the expressive cesarean rates, its recrudescence worldwide and the importance of cesarean indications because of a previous cesarean in the keeping of these rates, the proposal of this study was built having the following tensions: on the one hand the strength of the belief that “once cesarean, always cesarean” in the social set, its symbolic vigor, kept by lack of information; the determination of previous pregnancies in the way women are going to deal with future pregnancies and, on the other hand, the possibility of having a vaginal delivery after a cesarean, as scientific evidences point out, with benefits for both mother and infant, setting an investigation that is inserted in a context of challenges. The objective is to understand the social representation of women with a previous cesarean over a vaginal delivery. It was employed a qualitative approach with a theoretical orientation of the Theory of Social Representations in the perspective proposed by Serge Moscovici, carried out in two maternity hospitals, which render exclusive service to the National Health System, in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. In this study thirty one puerperal women who had vaginal delivery as a via of present delivery that, in a previous experience, had cesarean delivery and who accomplished the requirements for the criteria of inclusion in the research, took part. The data were collected between 09/03/2012 and 27/04/2012, through open interview. The reports were analyzed in accordance with the analyses technique of thematic content proposed by Bardin. The research was approved by the Ethics Research Committee of the Federal University of Minas Gerais and by the institutions where the study was carried out. The informed consent form was signed by all participants. Two empirical categories were identified: a) The presence of the “strange”: journey of women with a previous cesarean facing a vaginal delivery and b) the experience of a vaginal delivery after a previous cesarean: Redefinition of thinking, feeling and acting of women who, at present, are at the analyses stage. The first refers to the representations about a vaginal delivery, during pregnancy or right before delivery, of women who had a previous cesarean and who are informed of the possibility of a vaginal delivery. The second category shows the social representations at the time of the interview, after having experienced the delivery. From these categories, it was noticed that that are transformations and reconstructions in the knowledge of women regarding delivery, caused mainly by the experience of a vaginal delivery. It is expected that this study provides reflections that contribute to the configuration of a public policy which enhances women knowledge helping them deconstruct the deeply rooted knowledge in rigid social structures and in the reconfiguration of new knowledge which favor the experience of pregnancy, delivery and birth without conflicts of this kind. This study is also expected to impact positively in the reduction of cesarean rates in Brazil.

Key words: Vaginal Delivery; Cesarean Delivery; Labor; Vaginal Birth after Cesarean Delivery; Social Representations.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Entre os macacos, a mãe tem como auxiliar o próprio parto	25
Figura 2	Parturiente e parteira Kiowa (índios americanos nativos)	26
Figura 3	1930: Técnicas primitivas de parto, mulher japonesa recebe massagem	27
Figura 4	Figura 4 –1930: Técnica de parto de cócoras, na Pérsia	27
Figura 5	Primeiros cuidados após o parto	29
Figura 6	Cena do Parto - SéculoXVI	30
Figura 7	Hieróglifos Egípcios do Parto	30
Figura 8	Modelos de Cadeiras de Parto de várias regiões da Europa e América	31
Figura 9	Parteiro realizando parto	32
Figura 10	Fórceps Kielland	33
Figura 11	Bélgica. Sec. XVII. Um novo personagem entra no tradicional cenário do parto: o médico com sua caixa contendo o fórceps	34
Figura 12	Cadeira de Bolochi (Itália) para atender partos com a mulher em posição horizontal (1871)	35
Figura 13	Nascimento de Júlio César do ventre de sua mãe, Aurélia	37
Figura 14	Extração da criança e a limpeza do corte no final da cirurgia	39

Figura 15	Material para realização de cesariana no início do Século XX	40
Figura 16	Foto de Cesariana realizada na maternidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em 1907	40
Figura 17	Foto da “Marcha pela Humanização do parto”	45
Figura 18	Foto da “Marcha pela Humanização do parto”	45
Figura 19	Representações Sociais de Mulheres com uma Cesárea em gestação anterior sobre o Parto Normal	79
Figura 20	Representações Sociais de Mulheres com uma Cesárea em gestação anterior sobre o Parto Normal, antes de vivenciá-lo	83
Figura 21	Representações Sociais de Mulheres com uma Cesárea em gestação anterior sobre o parto normal, após vivenciá-lo	108
Figura 22	Reconstrução das Representações Sociais de Mulheres com uma Cesárea em gestação anterior sobre o Parto Normal, a partir da experiência	122

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG - Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

COEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CPN - Centro de Parto Normal

DNV - Declaração de Nascido Vivo

Ensp - Escola Nacional de Saúde Pública

INE - Instituto Nacional de Saúde Pública

NEPE - Núcleo de Ensino e Pesquisa

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAC - Parto Normal após Cesariana

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO	14
3	OBJETIVO	23
4	RESGATANDO AS FORMAS DE NASCER	24
4.1	O Parto: aspectos sociais e culturais	25
4.2	Parto Normal: “uma coisa de mulher” e da natureza	28
4.3	Parto Normal: “a chegada do homem” e da ciência	31
4.4	“Cirurgia Salvadora”: a emergência da cesariana	36
4.5	Movimentos pela mudança das práticas de atenção à mulher durante o parto e nascimento	42
5	AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO GUIA TEÓRICO	47
5.1	Teoria das Representações Sociais: antecedentes, elaboração e correntes teóricas complementares	48
5.2	Representações Sociais: conceitos, objetivo, funções e processos de formação	51
5.3	Conteúdo das Representações Sociais	55
5.4	A opção pela Teoria das Representações Sociais proposta por Moscovici	56
6	PERCURSO METODOLÓGICO	58
6.1	Tipo de Estudo	58
6.2	Cenários do Estudo	60

6.3	Sujeitos do Estudo	63
6.4	Procedimentos de Coleta de Dados	65
6.5	Instrumentos de Coleta de Dados	67
6.6	Tratamento e Análise dos Dados	67
6.7	Aspectos Éticos	71
7	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
7.1	“Quem Sabe sobre o Parto Normal e de Onde Sabe?” - Características sociodemográficas das participantes	73
7.2	“O que Sabe sobre o Parto Normal e Como Sabe?” - Representações Sociais de Mulheres com uma Cesárea em gestação anterior sobre o Parto Normal	77
7.2.1	A presença do “estranho”: trajetória de mulheres com uma Cesárea em gestação anterior diante do Parto Normal	80
7.2.2	A vivência do Parto Normal após uma Cesárea em gestação anterior: ressignificação do pensar, sentir e agir de mulheres	104
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
	REFERÊNCIAS	126
	ANEXOS E APÊNDICES	147

1 APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa aborda os modos de pensar, sentir e agir de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal. Na vivência diária com mulheres, durante o processo de parturição, observávamos, enquanto enfermeiras obstétricas, que, ao chegarem à maternidade em trabalho de parto, mulheres com uma cesárea em gestação anterior demonstravam estar vivenciando situação conflituosa, pois esperavam terem outra cesárea e estavam diante da possibilidade de terem parto normal. Percebíamos, no entanto, em outro momento, durante uma reunião puerperal, que essas mesmas mulheres encontravam-se, na maioria das vezes, satisfeitas com seus partos e gostavam de partilhar suas experiências.

Dessa forma, nosso pressuposto é que ocorriam mudanças motivadas pelo parto, ou seja, a experiência concreta do processo de parir seja um referencial significativo para as mulheres com uma cesárea em gestação anterior re-elaborarem suas representações sociais sobre o parto normal. O objetivo do estudo é compreender as representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal.

Os cenários da investigação empírica foram duas maternidades da rede pública de saúde do município de Belo Horizonte, responsáveis pelo atendimento da população dos Distritos Sanitários Norte, Nordeste e Venda Nova. A escolha dessas unidades deveu-se ao fato de terem seus serviços organizados com vistas a atender às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para modelo de assistência ao parto e nascimento. Esse é um fato importante, pois, conforme mostraram D’Orsi *et al.* (2006), em seu estudo, a organização da prática obstétrica e a atitude dos obstetras são fatores contribuintes para proporção de tipos de parto, normal ou cirúrgico, em uma instituição. Foram entrevistadas 31 mulheres, no pós-parto normal mediato, e que tiveram um parto cesáreo em gestação anterior.

Depois de realizada a pesquisa, preparamos este relato em forma de dissertação. Na apresentação, que corresponde ao primeiro capítulo, apresentamos brevemente nosso estudo e a organização de tal relato.

O capítulo dois corresponde à contextualização do tema de estudo, baseado em evidências científicas e empíricas. Apresentamos a dimensão “de estranheza” do parto normal

para as mulheres com uma cesárea em gestação anterior. Procuramos justificar nosso estudo, bem como o uso da teoria das representações sociais, enquanto seu referencial teórico.

O objetivo deste estudo é apresentado no capítulo três.

No capítulo quatro, denominado Resgatando as formas de nascer, elaboramos, por meio de uma revisão bibliográfica, um texto que busca apreender historicamente a constituição do parto e de sua assistência através do tempo, das sociedades e das culturas. Nesse momento, aproveitamos para apresentar os principais movimentos contemporâneos, de diferentes organizações, em prol do resgate do parto como um evento fisiológico e de sua assistência fundamentada nas necessidades das mulheres, com uso de tecnologia apropriada, visando à melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil.

A teoria das representações sociais, utilizada como referencial teórico na interpretação dos dados, é apresentada no capítulo cinco. Neste estudo, adotamos a perspectiva inaugurada por Serge Moscovici, pois tal abordagem possibilita analisar o pensamento e a prática social do grupo pesquisado. Encontramos, em outros estudiosos, elementos que contribuem para a compreensão e apropriação da teoria na mesma linha de raciocínio proposto pelo paradigma moscoviciano.

No capítulo seis, apresentamos o percurso metodológico que percorremos para a busca, organização e análise dos dados. Buscamos mostrar as justificativas e procedimentos para a escolha da metodologia, elaboração do instrumento de coleta das informações, processo de entrevista e definição da amostra. Descrevemos também o processo adotado para a análise das informações coletadas.

No capítulo sete, são apresentadas, analisadas e discutidas as informações obtidas a partir das entrevistas. A revisão da teoria das representações sociais foi retomada para a discussão dos resultados obtidos.

Para concluir, no capítulo oito apresentamos as considerações finais.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO

O parto é tema de destaque desde a década de 1980, com muitos estudos e discussões, em diversos segmentos, acadêmicos ou não, principalmente no que se refere à problemática que envolve as expressivas taxas de parto cesáreo e seu recrudescimento. Indicadores de saúde materno-infantil mostram que a percentagem desse procedimento cirúrgico tem aumentado ao longo dos anos na maioria dos países, tornando-se, assim, uma operação cada vez mais frequente, em quase todo o mundo, sendo um desafio na atualidade o seu controle e redução.

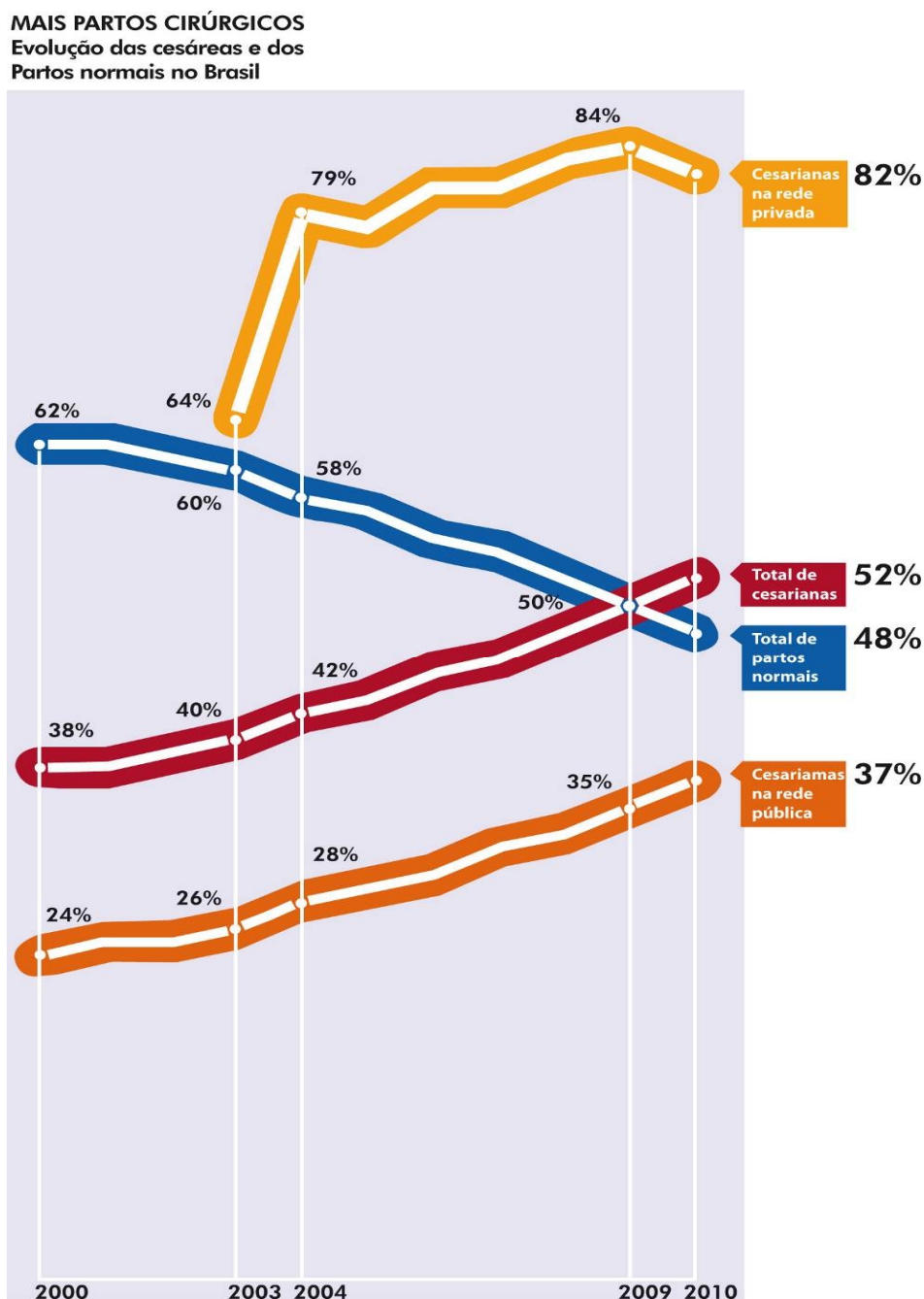
Nos Estados Unidos da América, por exemplo, a taxa de cesárea, em geral, no ano de 1996, estava em torno de 20,7%. Em 2006, observou-se um aumento de 50% dessa taxa, atingindo um índice em torno de 31,1% de todos os nascimentos (KING, 2011; MACDORMAN *et al.*, 2008; MOFFAT *et al.*, 2006; ZHANG *et al.*, 2010).

Os dados divulgados em Portugal pelo sistema do Instituto Nacional de Estatística (INE), responsável pela produção e divulgação das informações estatísticas desse país, apontam que, em Portugal Continental, a tendência de aumento do número de partos por cesárea, relativamente ao número total de partos, também pode ser percebida, passando de 32,8%, em 2004, para 36,8% em 2009, correspondendo a um aumento de 12,2% nesse período (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE, 2011). O estudo realizado por Reis *et al.* (2011), que buscou analisar comparativamente as condições de nascimento em Portugal e no Brasil, no período entre 1975 a 2007, confirma a clara ascensão das taxas de partos cesáreos nos dois países.

Portanto, a realidade brasileira não é diferente. Acompanhamos índices alarmantes de cesariana em uma mesma linha de tempo. O percentual de partos cirúrgicos, em 2000, era de 38% de todos os partos. Entretanto, os indicadores de 2010 apontam um incremento desse valor, chegando a um percentual de 52%. Esse fato pode ser percebido em todas as regiões do país, na maioria dos estados e municípios. Em Belo Horizonte, no ano de 2010, a cesariana atingiu um total de 50%, quando, em 2000, perfazia um total de 43% dos partos (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS, 2012).

O gráfico abaixo, publicado no jornal Folha de São Paulo em novembro de 2011, apresenta a evolução dos partos em nosso país, nos serviços público e privado. Nessa mesma reportagem, o então Secretário de Atenção da Saúde do Ministério da Saúde, Helvécio Magalhães, classifica as altas taxas de cesariana como epidemia, e considera inaceitáveis os altos patamares (GOIS; MENCHEN, 2011).

GRÁFICO 1- Evolução dos partos no Brasil.



Fonte: GOIS; MENCHEN (2011) Folha de São Paulo – 20 de novembro de 2011. Adaptado pela autora

Vale destacar que o problema do crescimento desenfreado do número de partos cesarianos aparece, inclusive, nos meios de comunicação social. A mídia se tornou palco de discussão da temática e está a difundi-la no conjunto social, ratificando a preocupação que hoje é dominante. Esse dado pode ser confirmado por publicações recentes em jornais e revistas de ampla circulação local e nacional (BATALHA, 2012; GOIS; MENCHEN, 2011; IKEDA; HUECK, 2012; MARAZZI, 2012; SOUZA, 2012).

A edição de número 117 da Radis®, publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), em maio de 2012, apontou: “índice de 82% de partos cirúrgicos na rede privada brasileira é o mais alto do mundo”. Em julho, do mesmo ano, o assunto das cesarianas foi abordado pela revista Super Interessante, da editora Abril (IKEDA; HUECK, 2012, p. 68), com circulação em todo país, enfatizando que

A Organização Mundial de Saúde recomenda que até 15% dos partos sejam feitos de forma cirúrgica, justamente para as complicações. Mas a taxa por aqui anda muito superior a isso. Cinquenta e três por cento dos bebês no Brasil nascem por cesárea. É um exagero.

Por outro lado, é importante notar que a exacerbação dos partos cesáreos acontece, a despeito das explícitas recomendações baseadas em evidências científicas para tal procedimento, como assinalados por estudiosos (AMORIM *et al.*, 2010b; ROCHA; NOVAES, 2010; SOUZA *et al.*, 2010a; SOUZA *et al.*, 2010b). As cifras de cesariana encontradas em nossa realidade atual também superam em muito a taxa recomendada internacionalmente pela OMS, que considera índices superiores a 15% medicamente injustificáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO, 1985).

Em uma revisão da literatura, realizada por Souza *et al.* (2010a), são destacados estudos que apontam os efeitos nocivos conferidos ao feto pela cesárea, principalmente nas cirurgias programadas e sem critérios clínicos bem definidos, aumentando o risco de prematuridade, de admissão em unidade de terapia intensiva neonatal, e de desconforto respiratório, logo após o parto.

Os resultados desses estudos mostram ainda a associação entre cesárea e maiores taxas de mortalidade materna: aproximadamente quatro a cinco vezes maiores que o parto normal.

Além do mais, a cesariana está relacionada ao aumento de morbidades maternas, tais como infecções puerperais, acidentes anestésicos e tromboembólicos, hemorragias.

Outros autores apresentam evidências empíricas sobre o impacto adicional nos custos do setor saúde, proporcionados pelos elevados gastos financeiros com o abuso de cesárea, pelo tempo prolongado de internação, e por tratamento de suas possíveis complicações (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011; PRISZKULNIK; MAIA, 2009; REIS *et al.*, 2009; SANTOS, 2011).

Apesar das considerações acima, vários fatores contribuem para a trajetória ascendente de indicação e realização da cirurgia, como o aperfeiçoamento dos métodos cirúrgicos e anestésicos, o desenvolvimento da antibioticoterapia e da hemoterapia, tornando-a um procedimento mais seguro tecnicamente. Fatores de ordem social, cultural e econômica também influenciam nas indicações de cesariana. No entanto, uma indicação que se sobressai é a realização da cesárea devido a uma cicatriz uterina anterior por causa dessa cirurgia. Dizendo de outra forma, um dos principais motivos associados ao parto cirúrgico tem sido a cesárea prévia (SAKAE *et al.*, 2009; SANCHES *et al.*, 2012).

Nos países desenvolvidos, quase 30% das indicações de cesarianas devem-se a cesarianas anteriores, afirmam Amorim *et al.* (2010b). Apenas nos Estados Unidos, 60% do aumento nas taxas de cesariana, entre 1996 e 2004, foram considerados resultado do aumento das taxas de cesarianas primárias (MACDORMAN *et al.*, 2008).

A pesquisa realizada por Faúndes e Cecatti (1991) mostra uma incidência de cesárea de 47% no Brasil, em 1987, relacionada a uma cirurgia no parto anterior. Em outro estudo feito por Fernandes *et al.* (2007), no município de Campinas, São Paulo, com o objetivo de avaliar a associação entre o primeiro e o último parto, foi encontrada uma taxa superior de cesárea de repetição. Na população desse estudo, 87% das cesáreas foram realizadas em mulheres que tinham o primeiro parto por via abdominal.

Alguns autores apontam que a razão para a realização de cesárea em mulheres com cesárea prévia está relacionada à crença de que “uma vez cesárea, para sempre cesárea”¹,

¹ A frase “uma vez cesárea, para sempre cesárea”, remota a um artigo de Edwin Cragin intitulado: “O Conservadorismo em Obstetrícia”, publicado em 1916. Esta frase veio no último parágrafo do artigo e foi feita para enfatizar que um dos principais riscos da cesárea é a repetição dessa operação em gravidezes subsequentes. Sua intenção foi advertir os colegas sobre as

enunciada pelo médico americano Edwin Cragin para a Sociedade Médica Leste de Nova York, em 1916, a propósito dos riscos de ruptura uterina com hemorragia durante o trabalho de parto de mulheres com incisão segmentar vertical no útero, técnica cirúrgica frequentemente utilizada nessa época (FERNANDES *et al.*, 2007; FREITAS *et al.*, 2005; FREITAS *et al.*, 2008; MANDARINO *et al.*, 2009; MATIAS *et al.*, 2007; MORAES; GOLDENBERG, 2001; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011; PERPÉTUO *et al.*, 1998).

O enraizamento dessa crença, no conjunto social, e as repercussões nas condutas obstétricas são, portanto, discutidos nas pesquisas que investigam os fatores associados às elevadas taxas de cesariana. No estudo realizado com mulheres de Belo Horizonte, que aborda a perspectiva feminina sobre a gravidez, parto e anticoncepção, com o objetivo de entender melhor os determinantes do alto índice de parto cesáreo nesse município, Perpétuo *et al.* (1998, p 112) alegam que “outra hipótese corroborada pelos resultados da pesquisa diz respeito à crença de que ‘uma vez cesárea, sempre cesárea’, pois a realização de um parto cesáreo anterior foi o segundo principal motivo de preferência pela cesárea”.

Outro trabalho, publicado em 2011, que teve a finalidade de avaliar a qualidade da atenção ao parto, em dois hospitais de referência para atendimento ao parto no Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Maringá, Paraná, mostra que as taxas de cesariana prevalente nos dois hospitais foram superiores a 50%. Então, Nagahama e Santiago (2011, p. 424) discutem

[...] que a elevada proporção de cesárea no Brasil constitui reflexo de três fatores: características das mulheres, práticas dos obstetras e forma de organização da prática obstétrica, da qual a afirmação, preconizada por Cragin em 1916, “uma vez cesárea, sempre cesárea”, ainda constitui regra.

Todavia, a assertiva “uma vez cesárea, sempre cesárea” (CRAGIN, 1916), apropriada como um paradigma e com impacto no nosso cotidiano, vem sendo reconsiderada desde a década de 1970, e muitos esforços têm sido empreendidos no sentido de construção de guias clínicos para condução de trabalho de parto, ou até mesmo prova de trabalho de parto em mulheres que tenham um parto cesáreo anterior, dados os benefícios do parto normal.

Em 2010, o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia publicou um documento, cujo propósito foi rever os riscos e benefícios do teste de trabalho de parto, em várias situações clínicas, e fornecer orientações práticas para acompanhar e aconselhar mulheres que darão à luz, após um parto prévio de cesariana (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS - ACOG, 2010). Esse documento avalia que o parto normal, após uma cesariana, em um nível individual, está associado com a morbidade materna diminuída e a um decrescente risco de complicações em futuras gestações. No nível de população, também se associa a um decréscimo no índice de parto cesáreo, de um modo geral.

Nessa perspectiva, as evidências mostram que o parto normal pode ser considerado seguro, apresentando taxas de sucesso que oscilam entre 60 e 80% (AMORIM *et al.*, 2010b) e com obtenção de bons resultados maternos e perinatais, mesmo em mulheres que tiveram parto cesáreo em uma primeira gravidez. Desse modo, pode ser uma das medidas possíveis para a redução das indicações da cirurgia, refletem os estudiosos do assunto (CECATTI *et al.*, 2000; DIAS *et al.*, 2008; MACHADO JUNIOR *et al.*, 2009; MATIAS *et al.*, 2003; PIRES *et al.*, 1999; SANTOS *et al.*, 1998).

O estudo caso-controle realizado por Cecatti *et al.* (2000), no total de 356 gestantes com um antecedente de cesárea, admitidas para o parto em uma maternidade pública universitária no estado de São Paulo, no período de três anos, mostrou que 203 mulheres (57%) tiveram o segundo parto por via vaginal. Os autores discutem ainda alguns fatores que estiveram significativamente associados à repetição de cesárea no segundo parto das demais 153 mulheres (43%) sem, no entanto, existirem justificativas claras para explicá-las como, por exemplo, a maior idade (para mulheres com 35 anos ou mais), antecedente de abortamento e a ocorrência do parto no período da tarde.

Os benefícios do parto normal, após uma cesariana, são destacados também por Calderon *et al.* (2002), em um estudo retrospectivo, tipo coorte, com objetivos específicos de determinar a ocorrência de complicações maternas e perinatais em gestantes submetidas à prova de trabalho de parto. Os resultados comprovaram que a prova de trabalho de parto é uma estratégia segura, a qual deve ser estimulada em gestantes com uma cesárea anterior, pois nova cesárea foi evitada em 59,2% das gestantes testadas quanto à prova de trabalho de parto, e não interferiu na morbimortalidade materna e perinatal.

Com relação às expectativas de parto de mulheres com história de cesárea prévia, a pesquisa realizada por Dias *et al.* (2008), em maternidade do sistema de saúde suplementar do Rio de Janeiro, mostrou que a cesárea anterior comportou, como fator de risco para a escolha por outra cesárea, pois 65% das multíparas com cesariana prévia escolheram essa via de parto no início da gestação.

Esse resultado também foi documentado por Faisal-Cury e Menezes (2006), que estudaram a preferência por cesariana, ou parto vaginal, em gestantes da clínica privada, e concluíram que a motivação para o parto cesariano esteve associada a influências como tipo e grau de satisfação com o parto prévio. Observou-se que 64,2 % das gestantes com cesariana prévia preferem repetir o procedimento.

O estudo realizado por Oliveira *et al.* (2002), em maternidades públicas estaduais no município de São Paulo/SP, concluiu que o parto normal era o tipo aguardado pela maioria das mulheres, isto é, 78%. Esse percentual foi reduzido, no entanto, para 35%, quando consideradas as mulheres com história de cesariana anterior. Os dados desse estudo, realizado no sistema público, mostrou-se similar aos resultados nos serviços privados, apontados anteriormente, em que as expectativas pelo parto normal de mulheres que têm um antecedente de cesárea despencaram consideravelmente.

As experiências prévias mostram-se determinantes de como a mulher lida com a gestação atual, lembra Figueiredo *et al.* (2010), ao estudar, em uma unidade pública, as crenças e outros fatores culturais que cercam o período gestacional e podem influenciar na escolha, pela mulher, da via de parto. Hotimsky *et al.* (2002, p. 1306) afirmam que, “entre as multíparas, a autoimagem é construída a partir da experiência anterior: se o parto anterior foi operatório, acredita-se incapaz de ter seu filho pela via vaginal”.

Desse modo, o parto normal, depois de uma cesariana, que há muito é considerado, na literatura científica, como vantajoso quando comparado aos repetidos partos por cesariana (FREITAS; SAVI, 2011; MACHADO JUNIOR *et al.*, 2009; LYDON-ROCHELLE *et al.*, 2010; SCAPINELLI *et al.*, 2009), na realidade cotidiana apresenta-se como um fenômeno de estranhamento e impacta nos saberes de mulheres que deparam com tal experiência social, sendo instadas a alterar e reconstruir suas representações sociais sobre o parto.

Serge Moscovici (2012, p. 47) define as representações sociais como

[...] conjuntos dinâmicos, seu estatuto sendo o da *produção* de comportamentos e de relações com o ambiente, da ação que modifica uns e outros, e não a *reprodução* de comportamentos ou relações, como reação a um dado estímulo externo.

Assim, a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem a função de elaborar comportamentos e comunicação entre os indivíduos (MOSCOVICI, 2012). Isso equivale aos mitos e crenças nas sociedades primitivas. Logo, as representações sociais, conforme afirma Horochovski (2004), remetem-se à maneira como os homens pensam, agem, procuram compreender o sentido de suas ações e pensamentos.

Nesse sentido, este estudo, ao tomar como referência a Teoria das Representações Sociais, segundo Moscovici (2012), quer compreender o que pensam, o que sentem e como agem as mulheres com experiência prévia de uma cesárea, que, durante a gravidez ou até mesmo ao chegarem à maternidade para terem seus filhos, são informadas da possibilidade de terem um parto normal na atual gestação. Parece ser esse o momento em que as mulheres, em sua maioria, têm que romper com seus conhecimentos de serem submetidas à outra cesárea e se defrontarem com o “estranho” em suas vidas: o parto normal.

Este estudo, portanto foi orientado pelas seguintes questões:

- Quais as representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal?
- Como elas são construídas?

A proposta foi construída considerando as seguintes tensões: de um lado a força da crença “uma vez cesárea, sempre cesárea” no conjunto social, seu vigor simbólico mantido pela falta de informação, e a determinação das experiências de gestações prévias no modo como as mulheres irão lidar em futuras gravidezes. Por outro lado, existe a possibilidade de se ter um parto normal após uma cesariana, com benefícios para o binômio mãe-filho, configurando uma investigação que se insere em um contexto de desafios.

Conforme apontamos no decorrer deste capítulo, as possibilidades, riscos e benefícios associados ao parto normal, após um parto por cesariana, encontram-se bastante discutidos na literatura científica e empírica. Durante a revisão de literatura, para encaminhamento deste

estudo, encontramos também pesquisas relacionadas às percepções, sentimentos, expectativas, experiências, opiniões e preferência das mulheres com relação ao tipo de parto e à sua assistência, ou até mesmo referentes às representações sociais de parto normal e de parto cesáreo não tendo, porém, o foco que pretendemos (CARDOSO; BARBOSA, 2012; DIAS; DESLANDES, 2006; FAÚNDES *et al.*, 2004; FERRARI, 2010; GAMA *et al.*, 2009; HOTIMSKY *et al.*, 2002; LOPES *et al.*, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2002; PEREIRA *et al.*, 2011a; PIRES *et al.*, 2010; VELHO *et al.*, 2012).

Diante disso, evidenciamos a importância do estudo das representações sociais de mulheres com uma cesárea anterior sobre o parto normal, com o intuito de verificar tanto os conhecimentos produzidos pelo saber científico quanto a apreensão desse saber pelo conhecimento cotidiano. Conhecer as representações sociais das mulheres sobre o parto normal, no contexto acima referido, torna-se oportuno ainda, pois as representações sociais orientam condutas e práticas sociais (MOSCOVICI, 2012), possibilitando entender como as mulheres, ao se apropriarem desse saber, partilham seus conhecimentos, guiam seus comportamentos e moldam suas realidades sociais.

Acreditamos que poderemos contribuir para a configuração de uma abordagem qualificada para a mulher que está vivendo essa realidade, a partir dos possíveis apontamentos de suas necessidades, ao conhecermos suas representações sociais. E, além disso, ampliar espaços de discussões e conversações sobre o conhecimento produzido a partir da experiência delas.

3 OBJETIVO

- Compreender as representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal.

4 RESGATANDO AS FORMAS DE NASCER

O presente capítulo, embasado em uma revisão da literatura, tem a intenção de resgatar a história do parto e da assistência prestada às mulheres, em processo de parturição, desde os primórdios até os dias atuais. Nosso objetivo não foi fazer uma revisão extenuante sobre o assunto. Pretendíamos nos aproximar da temática para entendê-la no contexto atual, ou seja, adquirir uma compreensão da natureza desse objeto para averiguar as transformações históricas das representações de parto no grupo a ser investigado, bem como os reflexos de outros tempos na organização da assistência ao parto e nascimento.

Este capítulo está estruturado em cinco partes e tem como eixo condutor a evolução histórica do conceito de assistência ao parto. São elas: o parto: aspectos sociais e culturais; parto normal: “uma coisa de mulher” e da natureza; parto normal: “a chegada do homem” e da ciência; “cirurgia salvadora”: a emergência da cesariana; movimentos pela mudança das práticas de atenção à mulher.

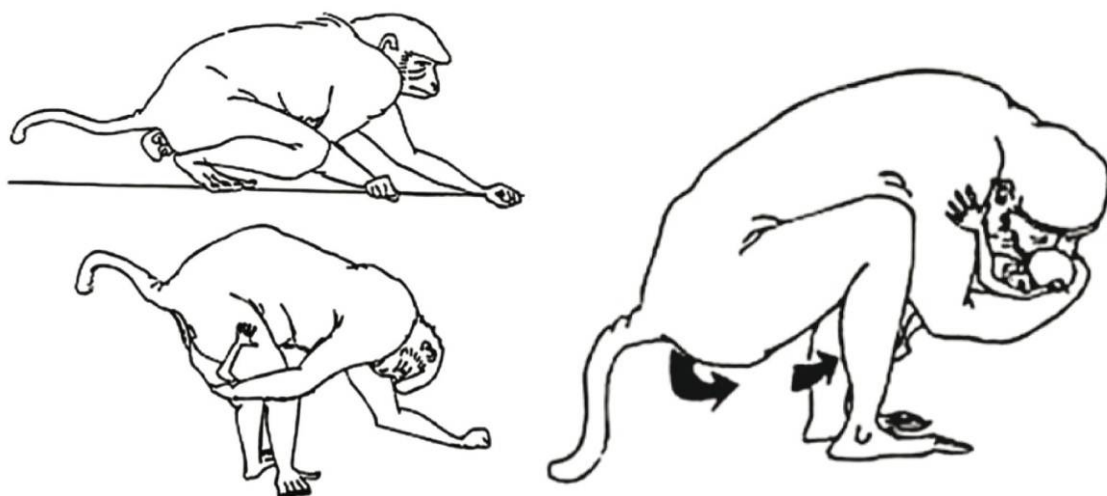
Na primeira parte, buscaremos discutir os aspectos sociais, psicológicos e culturais envolvidos no processo de parto e nascimento. Na segunda, trataremos do parto normal sob o domínio de mulheres leigas, as quais tinham experiência prática na arte de partejar e usavam as próprias mãos em suas manobras durante o atendimento a uma parturiente. Essa prática teve seu declínio no século XIX. A parte três buscará refletir sobre o ingresso do homem na assistência à mulher e ao parto, e, simultaneamente, a chegada da ciência, a construção de uma especialidade médica, a obstetrícia. Na parte quatro, faremos uma discussão da institucionalização da assistência ao parto, bem como seus avanços e retrocessos. Na última parte, procuraremos abordar os movimentos prementes em nossa sociedade em prol de mudanças no que se refere às práticas de atenção ao parto e nascimento.

Conforme se verificará no decorrer do texto, os significados socioculturais do parto e os cuidados a ele dispensados sofreram significativas transformações ao longo dos séculos. É fundamental esse conhecimento para entendermos as práticas obstétricas modernas. Utilizamos figuras, desenhos e fotos, com o intuito de facilitar a comunicação e entendimento.

4.1 O Parto: aspectos sociais e culturais

Ao fazer uma revisão sobre a história do nascimento, Parente *et al.* (2011), baseados na literatura, discutem a evolução do mecanismo de parto a partir dos ancestrais diretos mais antigos até os dias atuais. Eles destacam que o mecanismo de parto da espécie humana é muito diferente de todos os outros primatas, devido às adaptações ocorridas principalmente com relação à postura bípede da mulher e o extraordinário desenvolvimento do crânio fetal, implicando a necessidade evolutiva de ajuda no momento do parto. Desse modo, diferente de outros primatas que têm sua cria isolada, como faz a macaca, ilustrada na Figura 1, o parto nos humanos deixa de ser um evento solitário, para se tornar um acontecimento social.

FIGURA 1 – Entre os macacos, a mãe tem como auxiliar o próprio parto.



Fonte: Parente *et al.* (2011).

A figura 2 ilustra um parto em uma comunidade indígena. Ao contrário da macaca, que apenas procura dar à luz longe dos predadores, o parto nos humanos é rodeado de outros atores sociais, os quais auxiliam a mulher. Rezende (2011) aponta que a aceitação da presença, do auxílio e dos conselhos de outra mulher no processo de parturição amenizava a dor. Ele acrescenta, ainda, que estudos antropológicos das culturas aborígenes confirmam que a assistência durante o parto se desenvolveu não como resultado das necessidades do ser humano, mas como processo de seleção natural.

FIGURA 2 – Parturiente e parteira Kiowa (Índios americanos nativos).



Fonte: AMIGAS do parto. [site] Disponível em: < <http://www.amigasdoparto.org.br/2007//>>. Acesso em: 2012.

O parto humano é um processo social, além de cultural, explica Kitzinger (1978a), pois, à semelhança de outros atos fisiológicos, como o beber, o comer, as relações sexuais e a velhice, reflete valores sociais e segue regras dentro de cada sociedade para que tenha êxito. Assim, com relação ao parto, há atitudes e comportamentos socialmente controlados. É constituído de rituais e mitos que decorrem das diferentes culturas.

Kitzinger (1978a) escreveu sobre algumas tradições referentes ao parto, comuns nas sociedades, denominadas por ela de *Fantasia corporais no parto*. Cita, por exemplo, o costume de certas zonas da África Oriental de encher de estrume de vaca a vagina de uma mulher em trabalho de parto longo e difícil. É um ato com significado para as sociedades pastoris, pois o gado é o principal valor econômico. Desse modo, pensa-se que o estrume encorajará o nascimento, porque a criança, através do olfato, perceberá que seu pai é rico.

Na Índia, outros hábitos vigoram, conta Kitzinger (1978a). Quebra-se um vaso de cereais, deixando sair todos os grãos. Aí a criança nascerá rápida e facilmente. Outro rito é colocar uma flor com as pétalas fechadas junto à mulher, para que a contemple. Enquanto as pétalas se abrem, o útero se dilata. Tais imagens, nessa cultura, podem ter um efeito poderoso sobre o espírito da parturiente.

Nas duas próximas figuras (3 e 4), podemos perceber, em um mesmo espaço temporal, mas em sociedades diferentes, práticas distintas adotadas para o parto e nascimento, conforme os preceitos de cada cultura na qual se insere. Nessa perspectiva, Spink (2011) garante que nascimento de uma criança é essencialmente um ato cultural, ou seja, um processo fisiológico inserido num contexto de crenças e costumes.

FIGURA 3 - 1930 Técnicas primitivas de parto, mulher japonesa recebe massagem.



Fonte: AMIGAS do parto. [site] Disponível em: < <http://www.amigasdoparto.org.br/2007//>>. Acesso em: 2012.

FIGURA 4 – 1930 Técnicas do parto de cócoras, na Pérsia



Fonte: AMIGAS do parto. [site] Disponível em: < <http://www.amigasdoparto.org.br/2007//>>. Acesso em: 2012.

O parto reflete também a intimidade de cada mulher e suas relações consigo mesma e com os outros. Nogueira (2011, p.1) assegura:

Podemos imaginar o parto como uma janelinha que se abre sobre a vida íntima de uma mulher. Através da lente de seu parto, podemos saber como ela vê a si mesma, qual é a relação com seu corpo, qual é sua postura frente aos poderes e autoridades, como lida com suas intuições e sentimentos. Abrangendo a visão, poderemos saber que tipo de sociedade deu origem àquele parto, qual sua cultura, sua ordem social, seus ídolos e crenças.

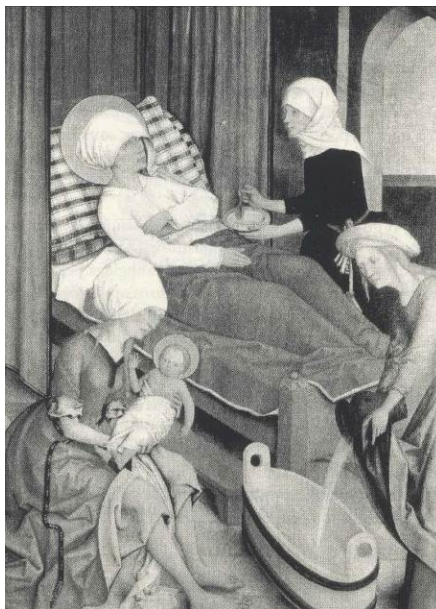
Esse aspecto é fortalecido por Lopes (2010) e Kitzinger (1987a), quando destacam que o parto acontece em um contexto único de cada mulher com sua história de vida, suas crenças, seus valores e seus desejos. A vivência do parto reflete-se, por anos, na vida da mulher, pois ela tem claros, na memória, os pormenores de tudo que lhe aconteceu e seus sentimentos com a chegada do bebê. Portanto, as particularidades de cada mulher devem ser acolhidas e atendidas, para que ela seja a protagonista desse momento, juntamente com seus entes queridos.

4.2 Parto Normal: “uma coisa de mulher” e da natureza

Em épocas remotas, as mulheres tinham seus filhos em casa, acompanhadas por familiares, assistidas por conhecidas com experiência na arte de partejar, chamadas de parteiras, curiosas ou assistentes de parto, em sua maioria leigas, poucas diplomadas. Uma variedade enorme de talismãs, orações e receitas mágicas eram o que essas mulheres usavam para auxiliar as parturientes com relação à dor das contrações (MAMEDE *et al.*, 2007). Com esses recursos, elas criavam um ambiente emocional favorável ao trabalho de parto e ao parto.

O parto era um momento de exclusiva vivência feminina. A natureza agia sem interferências; portanto, a assistência durava horas, às vezes dias. Além do parto, as parteiras eram responsáveis pelos cuidados com o corpo feminino e com os recém-nascidos. Seu aprendizado era embasado nas práticas e saberes populares associados à natureza (BRENES, 2005). A Figura 5 apresenta os primeiros cuidados prestados por parteiras à mulher que acabou de dar à luz.

FIGURA 5 – Primeiros cuidados após o parto.



Fonte: Melo (2003)

Ao retomar o repertório de histórias de parto, Jones (2012) descreve a cena na qual uma mulher, em casa, na companhia apenas do filho, percebe “que chegou a hora”, ou seja, que o seu parto está próximo. Então, solicita ao filho que busque a ajuda de certa senhora dotada de experiência na arte de partejar, conhecida na comunidade e moradora nas proximidades. O autor, em suas reflexões, afirma que o universo do nascimento confundia-se com o universo feminino. Tal fenômeno era um mistério divino, uma coisa de mulher.

A parturição, nesse contexto, lembram Nunes e Moura (2004, p.341)

[...] concentrava diversas formas de interagir entre a parturiente e a mulher que a ajudava, envolvendo falas, gritos e gestos que manifestavam aspectos culturais, invocados para manter o mistério, o envolvimento e a cumplicidade das mulheres sobre esse saber.

A Figura 6 retrata uma cena de parto, característica do século XVI, composta por mulheres. A parteira, diante da mulher, apenas esperava o feto. O caráter privativo e íntimo da vivência do parto proporcionava às mulheres a liberdade de se expressarem e de se comportarem de maneira particular e espontânea, pois se sentiam seguras.

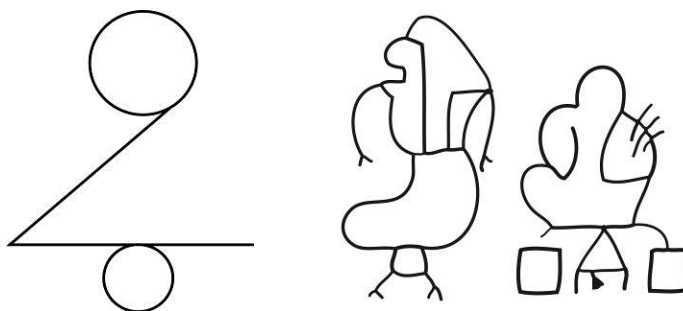
FIGURA 6 - Cena do Parto– Século XVI



Fonte: Melo (2003)

Em seus escritos, Paciornik (1987) salienta que, em todos os tempos e povos nos quais a civilização não perturbou os fenômenos naturais, as mulheres, para terem seus filhos, assumem automaticamente a posição de cócoras. Para elas, é mais fisiológica. Outras adotam a posição de joelhos. À semelhança do acocorar, facilita o trabalho de parto e o próprio parto. Esse estudioso do processo de parturição e médico comunitário em reservas indígenas no sul do Brasil destaca que tais posturas têm seus primórdios na antiguidade, já que o hieróglifo egípcio correspondente ao parto é a representação de uma mulher ajoelhada, dando à luz ao polo cefálico de uma criança, conforme representado a seguir, na Figura 7.

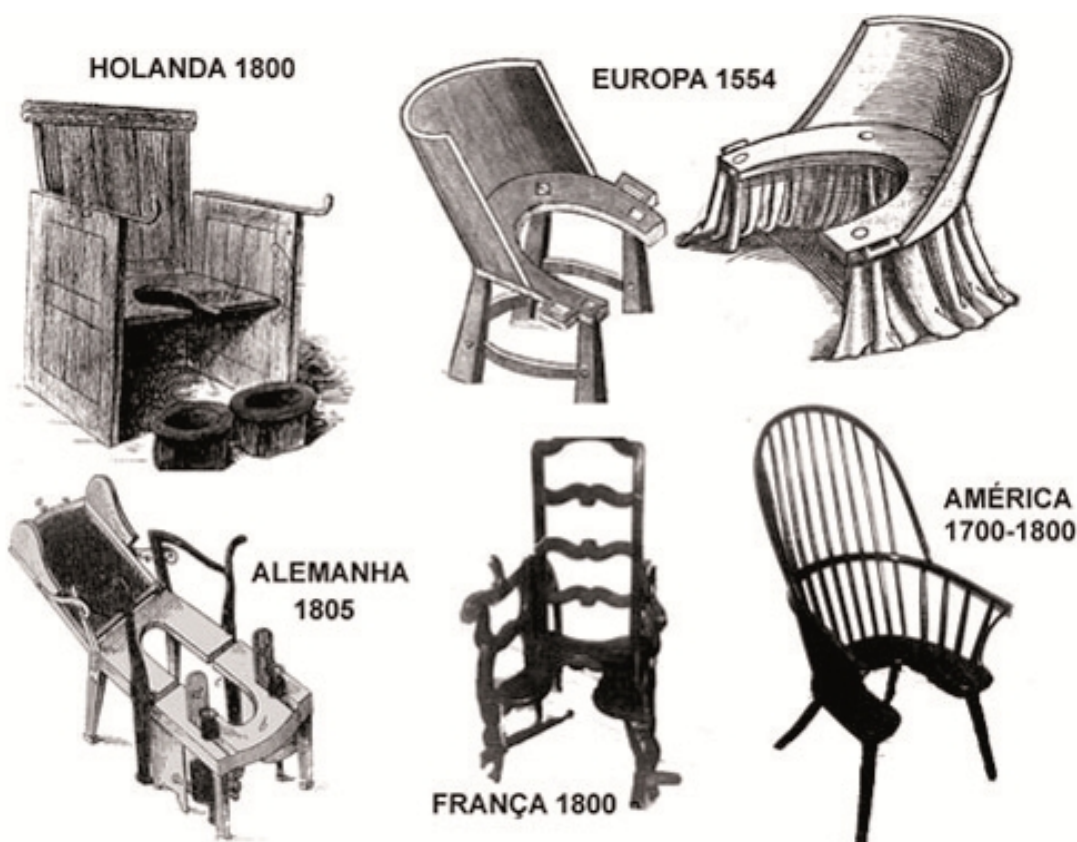
FIGURA 7 - Hieróglifos Egípcios do Parto



Fonte: Paciornik (1987)

Dada a principal postura assumida instintivamente pelas mulheres para terem seus filhos, o primeiro objeto auxiliar do parto era um apoio baixo que funcionava como banco para as nádegas. Depois do banco ou toco de pedra, surgiram, segundo Paciornik (1987), as mais cômodas cadeiras obstétricas empregadas pelas nobrezas. As noivas da nobreza contavam com uma cadeira obstétrica em seus enxovais. A Figura 8 apresenta cadeiras de parto usadas em diversas localidades da Europa e América.

FIGURA 8 – Modelos de cadeiras de parto de várias regiões da Europa e América



Fonte: INSTITUTO DE MEDICINA MATERNO FETAL. [site] Disponível em: <<http://www.immf.med.br/>>. Acesso em: 2012.

4.3 Parto Normal: “a chegada do homem” e da ciência

O controle quase exclusivo da assistência ao parto pelas parteiras perdurou até o fim do século XIX. A atenção ao processo de parturição era considerada uma atividade de menor valor, sem prestígio algum. Nesse sentido, Nunes e Moura (2004) garantem que o parto não

mobilizava esforços dos homens, tidos como superiores às mulheres. Assim, permitiam ampla atuação das parteiras nessa assistência.

Até então, a presença dos homens no nascimento dava-se de forma discreta, cumprindo seu papel de marido ou em situações de difícil resolução, nas quais eram solicitados para intervir no parto. Sua presença era ainda considerada desconfortante, devido ao momento de tamanha intimidade e até mesmo por estar ligada a partos laboriosos ou com alguma complicação (BRENES, 2005; NUNES; MOURA, 2004; SPINK, 2011).

Na Inglaterra, conta Kitzinger (1978a), um cirurgião-barbeiro, também chamado cirurgião-parteiro, a quem a parteira pedisse ajuda em um parto difícil, tinha que se esconder debaixo de um móvel. E mesmo quando começaram a ser aceitos nos trabalhos de parto, os homens, em nome da decência, escondiam-se sob a roupa de cama. Algumas vezes andavam com o lençol atado à roda no pescoço. Desse modo, o tato era o sentido no qual os homens deviam confiar inteiramente, ressalta a antropóloga social. A Figura 9 apresenta a cena de um homem atendendo parto, tendo o rosto encoberto pelo lençol. Nessa época, provavelmente, por questões relacionadas ao pudor.

FIGURA 9 – Parteiro realizando parto.



Fonte: Brenes (2005)

Uma série de eventos, dentre eles o desenvolvimento da medicina, aponta Jones (2012), rompeu o vínculo do nascimento com a natureza, e a tecnologia enquanto ferramenta

começa a tomar o lugar ocupado pela intuição e pela experiência. Os homens, a partir de meados do século XVII, iniciavam-se na tarefa de atender às gestantes e aos partos, pois viam na obstetrícia uma fonte de renda. Os cirurgiões foram os primeiros médicos que começam a despontar nesse cenário.

Por outro lado, a profissão de parteira começa a sofrer um declínio ao final do século XVI, tem decadência no final do século XIX, quando o trabalho delas fica subordinado à medicina. Um marco importante foi a invenção do fórceps obstétrico, no século XVII, instrumento criado pelos irmãos ingleses Chamberlain, para ser utilizado no parto apenas pelos cirurgiões. Segundo as regras dos barbeiros-cirurgiões, a utilização de instrumentos de cirurgia cabia exclusivamente a eles (BRASIL, 2010; KITZINGER, 1978a; MAMEDE *et al.*, 2007; SPINK, 2011). A Figura 10 ilustra um fórceps. Há relatos, na literatura, de que a família Chamberlain guardou em segredo, por aproximadamente três gerações, esse instrumento.

FIGURA 10 – Fórcepe Kielland.



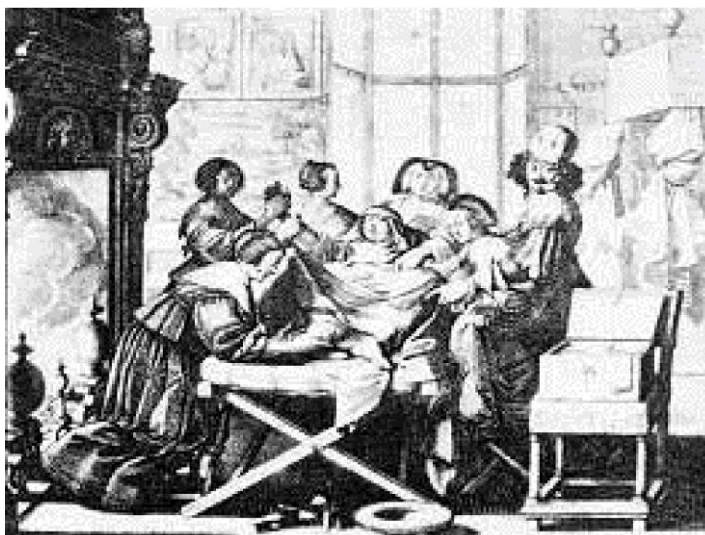
Fonte: (BRASIL, 2001)

O fórceps, afirma Seibert *et al.* (2005), mais do que qualquer outro instrumento, simbolizou a arte da obstetrícia médica, influenciou sua aceitação como disciplina técnica e científica e consolidou o conceito de que o parto é um evento perigoso. A Figura 11 retrata a entrada de um novo personagem no cenário do parto: o médico com sua caixa contendo o fórceps.

O parto instrumental, utilizando o fórceps, foi uma habilidade criada pelos homens parteiros para competirem com as assistentes de parto, pois, assim, eles ofereciam algo que as parteiras não podiam oferecer e se mostravam úteis. Além disso, ofereciam também a vantagem de acelerarem o parto, economizando tempo para atenderem outras mulheres (SPINK, 2011). Tal instrumento, ponderam Osava e Mamede (1995, p. 5) “permitia a

visualização da luta do homem contra a natureza” e a substituição do paradigma não-intervencionista, pela ideia de parto como um ato controlado pelo homem.

FIGURA 11 – Bélgica, sec. XVII. Um novo personagem entra no tradicional cenário do parto: o médico com sua caixa contendo o fórceps.



Fonte: Odent (2002)

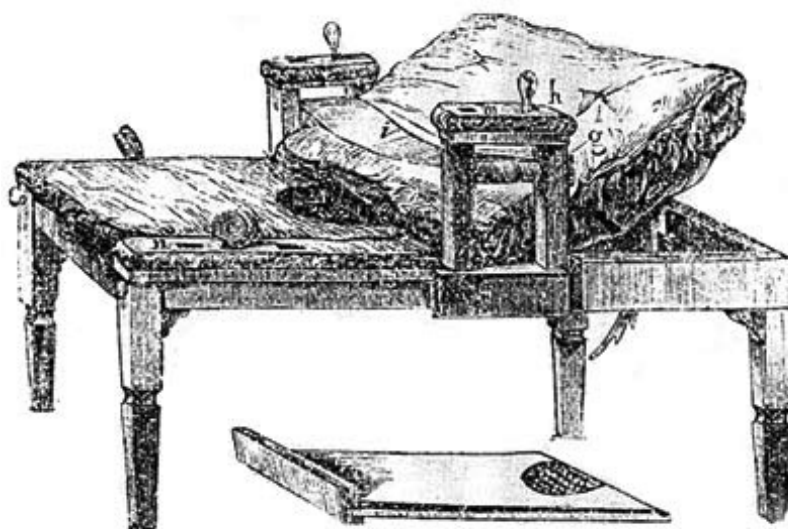
A gestação e o parto, que já eram foco de atenção dos médicos ao final do século XIII, assegura Martins (2005), apenas dão origem a uma especialidade médica, a obstetrícia, no decorrer do século XIX, momento em que se dá a entrada do médico e de seu conhecimento num domínio exclusivo das mulheres. É importante destacar, conforme o fez Maia (2008, p. 48), que o domínio do processo de parturição pela medicina foi “lento, difícil, conflituoso, heterogêneo e incompleto”, pois as mulheres não queriam sair de casa para darem à luz em outro local, procedimento que vai ocorrendo também à medida que o médico assume a tutela do parto. Historicamente, a incorporação do processo de parturição pela medicina ocorreu primeiro na Europa, estendendo-se para o Brasil ao se inaugurar as escolas de medicina e cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro.

Acker *et al.* (2006) salientam que os rituais cercando o nascimento modificaram-se ao longo do tempo, em virtude de influências significativas do avanço da ciência e da tecnologia, pelas mudanças na sociedade em geral e pela incorporação do médico na sua assistência. Uma alteração importante diz respeito à postura e à posição adotadas pela mulher durante o trabalho de parto e parto. De uma postura ativa e participante no parto, passa a adotar, durante

todo o tempo, postura passiva e o decúbito dorsal, sendo confinada ao leito. Atribui-se a François Mauriceau, médico da escola obstétrica francesa do século XVII, a maior influência na mudança da posição da mulher no parto, de vertical para horizontal (PACIORNIK, 1987). Mauriceau afirmava que a posição reclinada seria a mais confortável para a parturiente e para o profissional que assiste o parto.

Dessa forma, a cadeira obstétrica, popularmente utilizada, deixa de ser carregada para a casa da parturiente, afirma Acker *et al.* (2006). A mesa de parto, Figura 12, é introduzida para facilitar o trabalho do médico e a utilização de seus instrumentos. A mulher, então, deixa de ter seu bebê na posição sentada e começa a dar a luz na posição supina. Ao assumir a posição deitada, outra alteração está simbolizada em tal contexto, pois a mulher deixa de ser a protagonista de seu próprio parto, passando a ser controlada por outrem.

FIGURA 12 – Cadeira de Bolochi (Itália) para atender partos com a mulher em posição horizontal (1871).



Fonte: INSTITUTO DE MEDICINA MATERNO FETAL. [site] Disponível em: < <http://www.immf.med.br/>>. Acesso em: 2012.

Outra alteração perceptível na lógica de atenção ao parto e nascimento, com relação à tomada de poder da medicina, ressalta Spink (2011, p.189), foi sua redefinição enquanto um evento fisiológico. A saber, “todo parto passou a ser visto como um risco potencial, dado que qualquer mãe ou bebê pode, durante o processo, desenvolver sinais inesperados de doença”.

Assim sendo, criam-se instrumentos e práticas cada vez mais intervencionistas, pois o parto precisa, a qualquer momento, ser medicalizado ou tratado.

Em suas cogitações, a autora, referida no parágrafo anterior, aponta que tal redefinição possa ter suas origens na tradição dos parteiros de lidar com os partos mais difíceis, os quais, muitas vezes, exigiam intervenções instrumentais, ou, até mesmo, na tendência da pesquisa científica médica de focalizar o anormal. A partir dessa época, a valorização dos aspectos psicológicos, sociais e culturais do parto e de sua assistência são relegados a um segundo plano, abrindo espaço para uma obstetrícia intervencionista fundamentada no parto em ambiente hospitalar (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A institucionalização da assistência ao parto configura-se, então, como uma dentre as grandes modificações sofridas pela parturição, ao longo de sua história. O processo de transferência da assistência ao parto do domicílio ao hospital, no entanto, ocorreu de forma lenta, pois segundo Mott (2002, p. 198), “dar à luz fora de casa era uma situação anormal, considerada apavorante e procurada em casos extremos, sobretudo por pessoas tidas como desclassificadas socialmente”. O parto deixa, assim, de ser uma atividade empírica auxiliada por pessoas leigas e se transforma em uma prática institucional realizada por médicos. As parteiras, no entanto, por não terem conhecimentos científicos nem acesso à universidade, tornam-se subordinadas aos obstetras e se afastam das práticas de cuidado à mulher e ao parto.

Os obstetras passaram a empreender campanhas para transformar o parto em um evento circunscrito ao hospital, e, posteriormente à maternidade, o que se efetivou na metade do século XX (MAIA, 2008). No Brasil, esse fato está ligado também aos cursos para formação de parteiras e ao ensino médico, uma vez que a prática de partos dos alunos consistia em manobras exercidas sobre uma manequim (MOTT, 2002).

4.4 “Cirurgia Salvadora”: a emergência da cesariana

Com o advento da hospitalização e medicalização do parto, no decorrer do século XX, conseqüentemente o aprimoramento de técnicas de anestesia e cirúrgica, além de melhorias

nos tratamentos de infecções com antibióticos, contribuíram para a cesárea se tornar a cirurgia mais popular do mundo (PRISZKULNIK; MAIA, 2009). Buscamos na literatura a origem dessa operação. Embora autores exponham que sua procedência exata seja desconhecida (BARROSO, 2010; PARENTE *et al.*, 2010), há relatos, na mitologia e nas lendas, de que cesariana pertence aos casos mais drásticos da cirurgia de emergência.

A revisão realizada por Parente *et al.* (2010), sobre a história do nascimento relacionada à cesariana, encontrou três principais teorias que parecem explicar a ascendência do termo cesárea. A primeira e mais popular das teorias, revelam esses estudiosos, é provavelmente uma lenda, pois prega que Júlio César (100-44 a. C.) teria nascido por cesariana, época em que a cirurgia só era praticada após a morte da mulher. Mas sua mãe, Aurélia, teria vivido por mais aproximadamente cinquenta e cinco anos. A Figura seguinte ilustra o nascimento de Júlio Cesar do ventre de sua mãe, Aurélia.

FIGURA 13 – Nascimento de Júlio César do ventre de sua mãe, Aurélia.



Fonte: Parente, *et al.* 2010. Apud Gravura retirada da edição de 1506 de Lives of the twelve Caesars. National Library of Medicine.

A segunda teoria considera que o termo cesárea é atribuído à *Lex Regia*, ou lei dos reis, depois denominada de *Lex Caesarea*, a qual ordenava a realização do procedimento para salvar a criança quando a mãe morria no final da gestação. Caso o feto também morresse, a mulher não poderia ser enterrada antes que o feto fosse retirado de seu ventre, conforme os

preceitos da Igreja (PARENTE *et al.*, 2010). O fracasso da cesariana após a morte da mãe, afirma Brenes (2005, p. 57) “mostrava que a abertura dos corpos das parturientes logo imediatamente após a sua morte não redundava, necessariamente, em vida para a criança”.

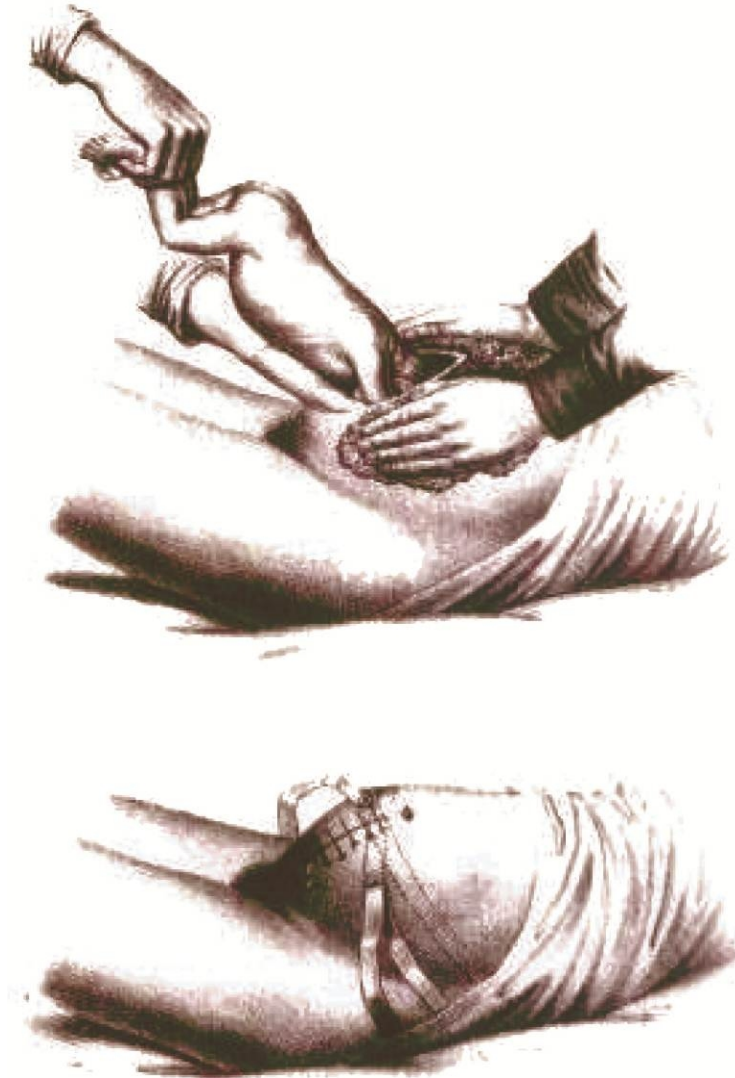
A terceira teoria, por fim, afirma que a palavra cesárea deriva do verbo latino *caedere*, que significa cortar. O primeiro registro de cesariana onde sobreviveram mãe e filho, segundo Parente *et al.* (2010) e Barroso (2010), data de 1500, por um castrador de porcos suíço, de nome Jacob Nufer, em sua esposa. Ela estava em trabalho de parto há dias e era atendida por várias parteiras, sem sucesso. Após conseguir autorização legal, ele extraiu seu filho. A esposa sobreviveu e teve mais filhos, inclusive por via vaginal.

Em 1581, François Rousset, cirurgião do Duque de Sabóia, na França, propõe a cesariana com o objetivo de salvar a vida da mãe e do feto. Nesse mesmo ano, publica sua obra apontada como o documento que inaugura a cesariana teórica em vida (BRENES, 2005), estabelecendo as indicações e riscos associados ao procedimento. As indicações, estabelecidas por Rousset, segundo Barroso (2010, p. 91), “que dá para a cesariana são as seguintes: crianças muito grandes, gêmeos, monstros, posições fetais anormais, morte intrauterina e canal vaginal curto, embora não se tenha pronunciado quando à estrutura óssea do períneo”.

A figura 14 ilustra a incisão clássica, realizada na cesárea naquela época. A pele, a fáscia e o músculo uterino eram cortados por incisões verticais, partindo dois centímetros acima do umbigo e indo até dois centímetros acima do osso púbico (ODENT, 2004).

A partir de então, a técnica cirúrgica foi sendo aperfeiçoada. Parente *et al.* (2010) afirmam que, até 1876, a técnica proposta por Rousset, em 1581, de não suturar o útero, era prática no mundo todo com consequências desfavoráveis. Há relatos de que nenhuma mulher submetida à cesariana tenha sobrevivido em Paris entre 1787 e 1876. A revisão feita por esses estudiosos encontrou que, com o advento da sutura uterina, a mortalidade materna apresentou queda significativa, influenciada pelo desenvolvimento da anestesia e antissepsia. Isso, mais tarde, tem impacto no uso da cirurgia.

FIGURA 14 – Extração da criança e a limpeza do corte no final da cirurgia.

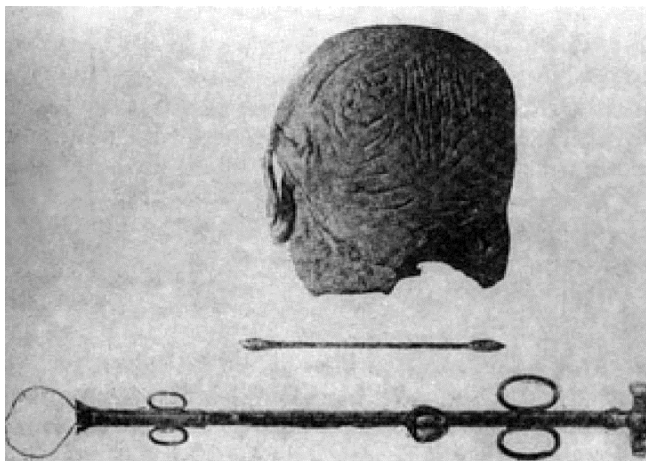


Fonte: Brenes (2005)

Contextualizando a cesariana como forma de nascimento, Dias (2008) analisa que, até o final do século XIX, esse procedimento acontecia raramente e com uma taxa de mortalidade materna em torno de 90%. A partir de então, com as melhorias das técnicas de antisepsia, cirúrgicas e anestésicas, as taxas de mortalidade começaram a cair e a cesariana, recurso idealizado para resolver situações de risco materno e fetal, progressivamente passou a ser utilizada com frequência cada vez maior. A Figura 15 apresenta material utilizado para realização do parto cesáreo no início do século XX, na Maternidade do Rio de Janeiro,

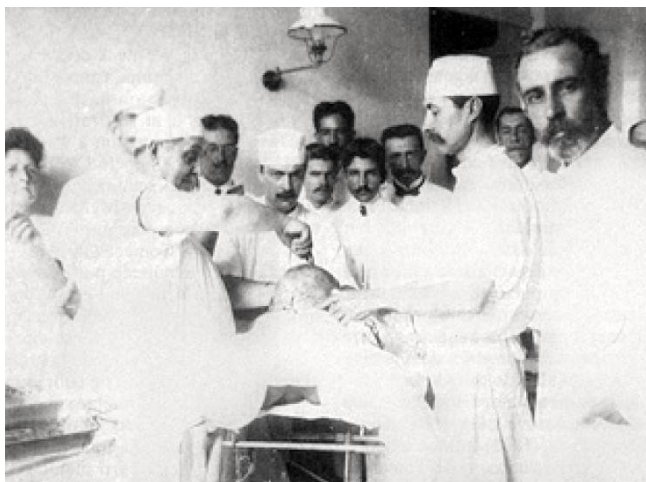
atualmente maternidade escola, fundada em 1904. A Figura 16 constitui-se de foto corresponde à realização de uma cesariana em 1907 nessa mesma instituição (PARENTE *et al.*, 2010).

FIGURA 15- Material para realização de cesariana no início do Século XX.



Fonte: Parente *et al.* (2010).

FIGURA 16 – Foto de Cesariana realizada na maternidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em 1907.



Fonte: Parente *et al.* (2010)

Para Michel Odent (2004, p. 21), a principal razão para os índices de cesariana aumentarem internacionalmente se relaciona ao fato de o procedimento ter-se tornado mais seguro. Em seus dizeres, “em termos de segurança, o ponto de virada aconteceu logo depois da Segunda Guerra Mundial, quando a nova técnica começou a se difundir”. Além de segura tecnicamente, segundo Odent (2010), essa operação tornou-se fácil e rápida.

Atualmente, a assistência ao parto e nascimento, em vários países, acontece majoritariamente em instituições hospitalares, sendo marcada por procedimentos técnicos desenvolvidos a princípio para aumentar sua segurança, porém afastada do caráter natural, fisiológico e social do parto. O modelo de assistência ao parto prevalente inclui normas e rotinas que privam as mulheres do contato com familiares, além de submetê-las a procedimentos intervencionistas considerados desnecessários e prejudiciais, com resultados por vezes danosos, conforme apontado em vários estudos (ALMEIDA; OLIVEIRA, 2005; CARVALHO *et al.*, 2010; PARADA; CARVALHAES, 2007; SANTOS; SHIMO, 2008).

Preocupados com as altas taxas de cesarianas no Brasil, Amorim *et al.* (2010b) fizeram uma revisão da literatura, buscando as melhores evidências disponíveis sobre as indicações de cesáreas eletivas, intraparto e de urgência. Apontaram que podem ser divididas em absolutas e relativas. Analisaram as principais indicações de cesárea como distócia ou falha na progressão do parto, desproporção cefalopélvica, apresentação pélvica, de face e cônica, cesárea anterior, frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, presença de mecônio e centralização fetal. Verificaram que, em nenhuma dessas situações, existe indicação absoluta de cesariana, pois podem ser corrigidas por algumas manobras obstétricas anteparto, no caso das apresentações anômalas, ou correção da contratilidade uterina, em caso de distócia de progressão. A cesariana encontra-se indicada quando a desproporção cefalopélvica é diagnosticada pelo uso judicioso do partograma. A apresentação pélvica, quando não corrigida anteparto, deve ter sua via de parto discutida com a gestante.

Entretanto, as indicações para a realização de uma cesárea ampliaram-se nas últimas décadas, muitas delas sem uma justificativa obstétrica adequada. Barbosa *et al.* (2003) descreveram os principais fatores que influenciam a opção por um parto cesáreo, como a organização da atenção obstétrica, pautada pela conveniência de uma intervenção programada e pela insegurança do médico; a esterilização cirúrgica realizada frequentemente durante cesáreas eletivas e fatores socioculturais, os quais levariam à preferência, por parte das mulheres e dos profissionais de saúde, por um parto cirúrgico, tais como o medo da dor no parto normal, medo de lesões na anatomia e fisiologia da vagina e a crença de que o parto vaginal é mais arriscado do que uma cesárea.

O aumento abusivo das cesáreas sem critérios clínicos é considerado por estudiosos (DIAS *et al.*, 2008; FREITAS *et al.*, 2008; YAZLLE *et al.*, 2001) como “cultura da

cesariana”, pois está associado a fatores socioculturais da prática obstétrica, fatores institucionais e financeiros e não às indicações médicas criteriosas. Outro fator de importante discussão, entre os estudiosos, se refere ao fato de a ampliação e utilização de tecnologias para assistência ao parto não impactaram nos indicadores de mortalidade materna que permanecem estáveis no Brasil (DINIZ, 2009; SANTOS NETO *et al.*, 2008).

4.5 Movimentos pela mudança das práticas de atenção à mulher durante o parto e nascimento

A assistência ao parto e nascimento, desde o início do século XX, é marcada por mudanças rápidas influenciadas principalmente pelos inúmeros avanços técnicos e científicos, ressalta Odent em sua conferência Parto e Nascimento no mundo contemporâneo (ODENT, 2010). Nessa perspectiva Maia (2008, p. 48) acrescenta “um dos eventos mais importantes na mudança da lógica da atenção ao parto e nascimento, resultante do avanço da medicalização do parto, é a institucionalização do parto no ambiente hospitalar”.

A mulher perde então sua autonomia no processo de parturição, passa a dar à luz em um ambiente estranho, longe dos entes familiares, assistidas por pessoas desconhecidas cujas práticas são fundamentadas em ações curativas, configurando um modelo de assistência obstétrica prevalente em países como Brasil, Estados Unidos, Irlanda, França, Bélgica e Rússia, dentre outros.

No Brasil, o modelo predominante de atenção ao parto é definido como um evento médico, carregado de risco potencial. Os serviços públicos brasileiros oferecem às mulheres, em trabalho de parto, uma assistência permeada por procedimentos para acelerar o processo de parto. Assim, são submetidas a uma excessiva manipulação, estimuladas a permanecerem no leito, impedidas de deambular e se alimentar, usam ocitocina e dão à luz em posição dorsal, com auxílio de episiotomia. Domingues *et al.* (2004, p. S52) acrescentam a esse respeito que

[...] nesse modelo, denominado médico ou tecnológico, a gestante é tratada como paciente, os partos ocorrem, em sua maioria, em ambiente hospitalar, sendo o médico o profissional responsável pela assistência, com utilização intensiva de intervenções obstétricas.

O estudo realizado por Pires *et al.* (2010), recorte de uma pesquisa multicêntrica feita em três capitais da região sul do Brasil, focalizando as experiências de usuárias da rede suplementar de saúde, concluiu que, mesmo em um grupo de mulheres com melhor renda e escolaridade, no qual seria esperado um maior poder de decisão sobre o próprio corpo, o índice de cesárea foi elevado. Ou seja, no setor privado, assim como no sistema público brasileiro, o processo de parto e nascimento estão inseridos no modelo de assistência altamente medicalizado. Outros estudos confirmam tal constatação (CESAR *et al.*, 2011; PÁDUA *et al.*, 2010).

No contexto atual, vem ganhando visibilidade nacional e internacionalmente o movimento pela humanização do parto, o qual, segundo Souza *et al.* (2012) se apoia em uma proposta de mudanças do modelo e da prática assistencial, tendo como embasamento as melhores recomendações científicas e no que se denomina de prática baseada nos direitos das mulheres, com vistas a uma maternidade segura e prazerosa. Assistimos, ao longo das últimas décadas, no nosso país, a um movimento crescente de análises ao modelo brasileiro de assistência ao parto, fortalecido pelo Ministério da Saúde (MS), que propõe medidas que objetivam a qualificação do conjunto da assistência perinatal (DINIZ, 2005; DOMINGUES *et al.*, 2004; MORAES; GOLDENBERG, 2001).

Ao que se refere o modelo de humanização ao parto, Dias e Domingues (2005, p. 700) consideram implicar,

[...] principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê.

O conceito de atenção humanizada proposta pelo MS é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Do pré-natal ao puerpério, a equipe de saúde deve garantir a realização de procedimentos realmente benéficos à mulher e seu filho, comprovados cientificamente, evitando intervenções desnecessárias (BRASIL, 2001).

Como exemplo de iniciativas governamentais em prol de mudanças nas práticas de atenção à saúde da mulher, fomentadas desde a década de 1980, destaca-se a instituição de Centros de Parto Normal (CPN) em 1999, por meio da Portaria n ° 985/1999 (BRASIL, 1999), para o atendimento ao parto de risco habitual em ambiente extra-hospitalar, onde os partos são atendidos por enfermeiras obstétricas. Assim, a inserção da enfermeira obstétrica, na atenção ao parto normal de baixo risco obstétrico, também foi uma estratégia das políticas públicas com vistas à mudança do paradigma vigente, através da Portaria 2815/ 1998 (BRASIL, 1998). A criação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído no ano de 2000, procura afirmar os direitos da mulher, propondo a humanização como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção.

Recentemente, em 2011, a Presidenta da República lançou em Belo Horizonte, Minas Gerais, a “Rede Cegonha”, um programa do governo que visa garantir o acolhimento das gestantes, desde o diagnóstico de gravidez até depois do momento do parto, dentro da perspectiva de humanização da assistência, baseada em evidências científicas (BRASIL, 2011 a,b). A portaria de nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Esse programa procura também fortalecer as demais portarias ministeriais voltadas para a área da mulher e da criança (BRASIL, 2011a; 2011b).

Aliado às ações das políticas públicas, é notória a mobilização da sociedade civil, representada pelas mulheres em todo o país, juntamente com organizações não governamentais e profissionais de diversas áreas que se articulam, tendo, como um dos principais objetivos, devolver às mulheres o protagonismo no momento do parto e nascimento. As Figuras 17 e 18 mostram fotos do movimento intitulado “Marcha pelo Parto Humanizado” organizado pelas mulheres, em 2012, publicada pela mídia impressa e digital. A caminhada, realizada em Belo Horizonte, e, em outras 31 cidades de todo Brasil, cujo tema foi “O parto é da mãe, e não do médico”, reuniu mulheres, unidas para chamar a atenção da sociedade sobre a importância da humanização da assistência obstétrica em nosso país. Isso porque acreditam que seus direitos sexuais e reprodutivos devem ser respeitados (ROTTERDAN, 2012).

FIGURA 17 - Foto do movimento “Marcha pela Humanização do Parto”.



Fonte: <http://bhpelopartonormal.blogspot.com.br/2012/08/marcha-pela-humanizacao-do-parto.html>

FIGURA 18 - Foto do movimento “Marcha pela Humanização do Parto”.



Fonte: <http://bhpelopartonormal.blogspot.com.br/2012/08/marcha-pela-humanizacao-do-parto.html>

Conferimos, através desta revisão, que, desde os tempos mais antigos, a história sobre o parto e sua assistência sempre foi pautada por diferentes elementos, penetrando as culturas, os valores e as crenças dos povos. Essa diversidade de elementos acaba por refletir as inúmeras formas das sociedades representarem e se comportarem em relação ao parto. Têm essas representações e esses comportamentos ligações intrínsecas com o momento histórico e com a cultura vigente.

O presente trabalho insere-se nas discussões atuais sobre o parto e sua assistência, pois busca entender o processo de sua medicalização, no caso representado pelo excesso de cesarianas desnecessárias, e as possibilidades de alterá-las do ponto de vista das mulheres. Desse modo, utilizaremos para tal investigação o referencial teórico das Representações Sociais, apresentado no próximo capítulo, uma vez que buscaremos compreender como as mulheres constroem seus conhecimentos a respeito do parto.

5 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO GUIA TEÓRICO

Este capítulo está estruturado em quatro partes, nas quais apresentamos, de forma concisa, os princípios fundamentais da Teoria das Representações Sociais. Nosso objetivo é tentar compreender a teoria, como meio para apreensão do conhecimento gerado no cotidiano e que nele circula, proposta por Serge Moscovici, e que constitui a base teórica desta investigação (MOSCOVICI, 2012).

Procuramos resgatar, na primeira parte, os antecedentes da Teoria das Representações Sociais para entendermos a sua construção e teorização e, assim, nos situarmos perante tal corrente teórica usada com muita frequência em trabalhos de diversas áreas, configurando um vasto campo de pesquisa, especialmente no campo da saúde, conforme informa Oliveira (2011). Aqui apresentamos, ainda, as três correntes teóricas complementares à *grande teoria* de Serge Moscovici (SÁ, 1998), com o intuito de evidenciar o leque de possibilidades e recursos, quando se pretende trabalhar com as representações sociais, seguindo o paradigma proposto por esse autor.

Na segunda parte, apresentamos os principais conceitos das Representações Sociais bem como objetivos e suas funções. Utilizamos, para tal, as definições elaboradas por Moscovici e por outros estudiosos, pois, como ele mesmo nos alertou (MOSCOVICI 2012, p. 39), “se a realidade das representações sociais é facilmente apreendida, o conceito não o é”.

A terceira parte refere-se ao estudo das três dimensões discriminadas por Moscovici como informação, atitude e campo de representação ou imagem, considerando o conteúdo das Representações Sociais. Apontamos a possibilidade de análise das dimensões para captação das Representações Sociais.

Na quarta parte, trazemos algumas considerações a respeito do uso da Teoria das Representações Sociais no Brasil, principalmente nos estudos da área da saúde. Finalizamos essa parte apresentando a escolha da Teoria na perspectiva moscoviciano como guia teórico deste estudo.

5.1 Teoria das Representações Sociais: antecedentes, elaboração e correntes teóricas complementares

A Teoria das Representações Sociais foi proposta por Serge Moscovici, na Europa, mais especificamente na França, em 1961, com a publicação de sua tese de doutorado intitulada “*La Psychanalyse: Son image et son public*” (A Psicanálise, sua imagem e seu público) (MOSCOVICI, 2012). No Brasil, a sua primeira publicação foi em 1978, com o título “*A Representação Social da Psicanálise*” e, agora, em 2012, a obra foi editada em comemoração aos 50 anos de elaboração da Teoria das Representações Sociais, mantendo-se o título original (MOSCOVICI, 2010; 2012).

O foco do estudo de Moscovici foram as formas de organização do pensamento, no que se refere a um objeto novo, desafiando os modos de pensar, sentir e agir das pessoas. A perspectiva renovadora de sua abordagem é fundamentada no diálogo entre a psicologia e a sociologia, ou seja, na psicologia social, para compreender como o ser humano se comporta nas suas interações sociais. Farr (2011, p. 27) considera que “a teoria das representações sociais é uma forma sociológica de psicologia social”.

Na psicologia social, Moscovici (2012) consolida um campo específico de estudos, a partir dos dados que vão aparecendo em sua pesquisa a respeito do impacto da Psicanálise no pensamento popular dos parisienses nos fins dos anos 50, no século passado. Moscovici busca apreender a organização do conhecimento gerado no cotidiano, o qual interpreta os acontecimentos da realidade e, assim, orienta os comportamentos das pessoas na sociedade. Ele percebe que a produção do saber popular tem suas próprias regras de funcionamento. Assim, procura dar legitimidade a esse conhecimento, estruturando a Teoria das Representações Sociais.

No início do processo de elaboração de sua teoria, Moscovici retomou o conceito de representação coletiva construída pelo sociólogo francês Émile Durkheim, em 1912, ressaltam Alves-Mazzotti (2008) e Arruda (2002), um conceito já quase desaparecido na sociedade francesa. Moscovici (2012) lembra que foi Durkheim o primeiro a propor a expressão “representação coletiva”, e seu objetivo era consolidar a sociologia como ciência; portanto, ele foi um dos fundadores das ciências sociais na França.

Durkheim estudou sociedades primitivas, menos complexas, e procurava dar conta de fenômenos sociais que englobavam aspectos relacionados à ciência, à religião, aos costumes, aos mitos e à ideologia, mas sem se preocupar em explicar os processos que dariam origem à diversidade de modos de organização do pensamento, evidenciando-se o caráter estático das representações (FARR, 2011; MARKOVA, 2006; SÁ, 2004).

Moscovici (2010) declara que a psicologia social tem visão diferente da sociologia durkheimiana. A sociologia via as representações como artifícios irredutíveis a qualquer análise posterior. Além do mais, sabia-se que as representações existiam nas sociedades e não importavam sua estrutura e dinâmica interna. À Psicologia social, por outro lado, coube a preocupação com a estrutura e dinâmica das representações, pois se apresentava diante de sociedades modernas caracterizadas por mudanças rápidas e de toda ordem. A esse respeito, Duveen (2010, p.14) fortalece:

Enquanto Durkheim vê as representações coletivas como formas estáveis de compreensão coletiva, com o poder de obrigar que pode servir para integrar a sociedade como um todo, Moscovici esteve mais interessado em explorar a variação e a diversidade das ideias coletivas nas sociedades modernas.

Durante suas observações, Moscovici percebeu que os parisienses alteravam seu modo de pensar sobre temas como sexualidade, loucura, complexo, histeria, dentre outros, ao tomarem contato com um novo corpo de conhecimentos. No caso, seria a Psicanálise, teoria que estava sendo apropriada pela sociedade francesa e trazia discussões diferenciadas a respeito desses temas. A psicanálise, então, traz uma nova explicação para temas que já estavam consolidados em tal sociedade.

Para ele, o fundador da Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2012, p. 20),

insidiosamente ou bruscamente, conforme o país, o regime político ou as classes sociais, a psicanálise abandonou o firmamento das ideias para penetrar na vida, nos pensamentos, nas condutas, nos costumes e no mundo das *conversações* de um grande número de indivíduos.

Assim, Moscovici estuda o confronto entre o conhecimento instaurado na população humana, com relação a objetos de natureza instigante, e as novas explicações que a psicanálise trazia para esses mesmos termos. Sua investigação foi direcionada a diferentes grupos sociais da cultura francesa como a acadêmica, a religiosa, os profissionais liberais, o partido comunista. Baseado nesses princípios, Moscovici cria a teoria como categoria de análise social que, segundo Horochovski (2004), permite entender as concepções dos grupos e as alterações que promovem socialmente quando instados a se posicionarem com relação a determinados objetos ou situações.

Ao longo de cinquenta anos de existência da Teoria das Representações Sociais, diversas “escolas” se formaram, na Europa, afirma Jodelet (2011), caracterizadas pela existência de um conjunto de pesquisadores que discutem a associação entre o modelo teórico e a metodologia desse campo científico. A partir da teoria formulada por Moscovici, considerado o pai das Representações Sociais, outras três correntes teóricas complementares se constituíram. A liderada por Denise Jodelet se constitui mais fiel à teoria original, mantendo uma abordagem processual. Uma segunda, liderada por Willem Doise, em Genebra, procura articulá-la a uma perspectiva mais sociológica, estudando a gênese sociocognitiva das Representações Sociais. E por último, a corrente que ressalta a dimensão cognitivo-estrutural das representações, “escola estruturalista”, liderada por Jean-Claude Abric em *Aix en Provence* (SÁ, 1998).

As Representações Sociais, portanto, podem ser abordadas sob diferentes perspectivas, mesmo no caso de se escolher a Teoria das Representações Sociais dentro do paradigma moscoviciano. Sá (1998) esclarece que essa decisão deve ser feita em função dos objetivos e necessidades do projeto de pesquisa.

Depois de situado o percurso histórico de inauguração do campo de estudo da Teoria das Representações Sociais, passaremos adiante para os principais conceitos, objetivo, funções e processos de formação das Representações, fundamentada na perspectiva da psicologia social, segundo Moscovici (2012).

5.2 Representações Sociais: conceitos, objetivo, funções e processos de formação

Sobre a Teoria das Representações Sociais, o próprio Moscovici (2012) chama a atenção para a complexidade de apreensão do seu conceito, embora a sua realidade não o seja. A principal justificativa para tal complexidade, reitera o autor, encontra-se no encontro de diversos conceitos psicológicos e sociológicos; portanto, de sua interdisciplinaridade. Dessa forma, buscamos também, em outros autores, algumas considerações para facilitar o nosso entendimento a respeito das Representações Sociais.

Para Moscovici (2012, p. 39), as Representações Sociais são:

[...] entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano. A maioria das relações sociais estabelecidas, os objetos produzidos ou consumidos, as comunicações trocadas, delas estão impregnados. Sabemos que as representações sociais correspondem, por um lado, à substância simbólica que entra na elaboração e, por outro, à prática que produz a dita substância, tal como a ciência ou os mitos correspondem a uma prática científica e mítica.

Denise Jodelet, psicóloga social e principal colaboradora de Moscovici, conceitua as Representações Sociais como:

[...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico. Entretanto, é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto este, devido à sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais. (JODELET, 2001, p. 22).

Moscovici (2012) e Jodelet (2001), por meio dos conceitos apontados nos parágrafos anteriores, procuram mostrar-nos que as Representações Sociais são conhecimentos gerados e partilhados no cotidiano, através das trocas e conversações diárias e se constituem como um conjunto de saberes tão legítimo e relevante quanto o conhecimento científico e religioso.

A atividade representativa corresponde, pois, a uma das formas com que o pensamento se organiza. Desse modo, dois elementos mostram-se essenciais à sua estruturação: a figura ou imagem e o significado. Ao formular a estrutura teórica das Representações, Moscovici (2012, p. 60) retoma uma formulação clássica e considera que

no real, a estrutura de cada representação nos parece desdobrada; ela tem duas faces tão pouco dissociáveis quanto o retro e o verso de uma folha de papel: a face figurativa e a face simbólica. Escrevemos que:

Representação Figura
 Significação

entendendo com isso que a representação transmite a qualquer figura um sentido e a qualquer sentido, uma figura.

No que se refere ainda às formas de conhecimentos, suas organizações e legitimidade, Arruda (2002) pontua que Moscovici operacionalizou um conceito para trabalhar com o pensamento social. Ele sabia, porém, que existiam outras formas de conhecer e de se comunicar existentes em nossas sociedades, quais sejam: a consensual e a científica. Com propósitos diversos, e sem hierarquia entre as mesmas, essas duas formas de conhecimento geram, cada uma, o seu próprio universo e atuam para moldar a realidade. O Quadro 1, elaborado por Arruda (2002), sintetiza as particularidades de cada universo de conhecimento.

QUADRO 1 – Características dos Universos Consensuais e Reificados.

Universos consensuais Indivíduo, Coletividade	Universos reificados
<i>opus proprium</i>	<i>opus alienum</i>
NÓS	ELES
Sociedade = grupos de iguais, todos podem falar com a mesma competência.	Sociedade = sistema de papéis e classes diferentes → direito à palavra é desigual: <i>experts</i> .
Sociedade de “amadores”, curiosos: conversação, cumplicidade, impressão de igualdade, de opção e afiliação aos grupos. Conhecimento parece exigência de comunicação → alimentar e consolidar o grupo. Ü Resistência à intrusão.	Sociedade de especialistas: especialidade → grau de participação, normas dos grupos → propriedade do discurso e comportamento. Unidade do grupo por prescrições globais, não por entendimentos recíprocos. Ü Divisão por áreas de competência.
Representações sociais Ü Senso comum, consciência coletiva. Ü Acessível a todos; variável.	Ciência Ü Retratar a realidade independente de nossa consciência. Ü Estilo e estrutura frios e abstratos.

Fonte: Arruda (2002)

A partir das categorias de universos consensuais e reificados observadas no quadro acima, podemos observar que as Representações Sociais são construídas na esfera consensual, as quais correspondem às atividades intelectuais da interação social. Mas Arruda (2002) adverte que ambos os universos de pensamentos não são estanques. As “teorias” elaboradas no universo consensual, segundo Sá (2004), obedecem a outra lógica, utilizam mecanismos diferentes de verificação e são menos sensíveis aos requisitos de objetividade, quando comparada às teorias do universo reificado.

As Representações Sociais são, assim, elaboradas na realidade cotidiana pelos sujeitos sociais, com o objetivo de se familiarizarem com um objeto que considera estranho, tornando

o desconhecido um conhecido. Ou seja, a finalidade desse conhecimento é diminuir a ameaça que um objeto considerado novo, portanto, estranho, provoca nos grupos (MOSCOVICI, 2010).

A atividade representativa na concepção de Alves-Mazzotti (2008, p. 24)

constitui, portanto, um processo psíquico que nos permite tornar familiar e presente em nosso universo interior um objeto que está distante e, de certo modo, ausente. Nesse processo, o objeto entra em uma série de relacionamentos e de articulações com outros objetos que já se encontram nesse universo dos quais toma propriedades, ao mesmo tempo em que lhes acrescenta as suas.

As ideias apresentadas nos dois parágrafos anteriores são fortalecidas pela reflexão feita por Horochovski (2004), ao considerar que o processo de transformação do novo em algo familiar é determinado pela linguagem, imagem e ideias compartilhadas por um dado grupo. Logo, a construção do conhecimento acontece na interação entre as pessoas em uma situação social e cultura definida. Suas principais funções, dentro da sociedade, são permitir a comunicação, orientar condutas, definir identidade, produzindo conhecimento.

A transformação de algo não familiar em familiar, conseqüentemente a construção das Representações Sociais, não é uma tarefa fácil. Para isso, são utilizados dois processos, postulados por Moscovici, de ancoragem e objetivação. A ancoragem, conforme Spink (1993, p. 306), esclarece: “refere-se à inserção orgânica do que é estranho no pensamento já constituído. Ou seja, ancoramos o desconhecido em representações já existentes.” Moscovici considera que ancorar é dar nome a alguma coisa, é classificar. A ancoragem é um processo

que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada. É quase como que ancorar um bote perdido em um dos boxes (pontos sinalizadores) de nosso espaço social (MOSCOVICI, 2010, p. 61).

A objetivação, por sua vez, é o processo que corresponde, essencialmente, nos dizeres de Spink (1993), a “uma operação formadora de imagens, o processo através do qual noções abstratas são transformadas em algo concreto, quase tangível”. Moscovici (2010) acrescenta que objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem.

Depois de discutir sobre a natureza psicológica das Representações, Moscovici passa a analisar especificamente seus aspectos sociais. Desse modo, avalia o conteúdo das Representações Sociais, aspecto exposto na próxima parte deste capítulo.

5.3 Conteúdo das Representações Sociais

Inicialmente, Moscovici observa que “as proposições, reações e avaliações que fazem parte da representação se organizam de forma diversa em diferentes classes sociais, cultura e grupos, constituindo diferentes *universos de opiniões*”, ressalta Alves-Mazzotti (2008, p. 24). Cada universo apresenta três dimensões, características dos diferentes grupos e segmentos, designadas por Moscovici (2012) de informação, atitude e campo de representação ou imagem. Essas dimensões fornecem a visão global do conteúdo e sentido para a constituição das Representações Sociais. Para Antunes-Rocha (2012, p. 25):

Os conteúdos de uma representação são os diferentes saberes que circulam na sociedade. Saberes construídos como teoria coletiva sobre o real, como sistema com uma lógica que configura o campo das ideias, crenças, valores, opiniões, atitudes, imagens, metáforas e símbolos, utilizados pelos indivíduos para entender, justificar e organizar uma ação sobre os objetos que os cercam.

A informação (dimensão ou conceito) diz respeito ao conjunto de conhecimento e sua organização que um grupo possui a respeito de um dado objeto social (MOSCOVICI, 2012). Os grupos ou segmentos socioculturais podem variar bastante com relação ao grau e consistência da informação, afirma Sá (2004). Essa constatação pode ser comprovada na investigação de Moscovici (2012), pois ele descobriu que certos grupos, como por exemplo, os operários, não tinham informações coerentes com a psicanálise. Por outro lado, entre os estudantes e a classe média, foi encontrado um conhecimento mais consistente.

A atitude exprime a orientação geral, positiva ou negativa, favorável ou desfavorável em relação ao objeto da representação social (MOSCOVICI, 2012). O próprio Moscovici destaca que a dimensão “atitude” é a mais frequente de todas. Essa dimensão pode existir quando a informação é reduzida e o campo de representação é pouco organizado. Ele considera, ainda, que a atitude não deve ser avaliada unicamente pelo lado da resposta, mas

também como preparação para a ação. Isso se justifica porque, além da função preditiva, a atitude também exprime o sentido dado ao comportamento do sujeito, frente ao objeto de representação.

Finalmente, o campo de representação está vinculado à ideia de imagem, de modelo social, com conteúdo concreto e limitado de proposições referentes a um aspecto e pressupõe uma unidade hierárquica de elementos representados, ou seja, a organização da representação (ALVES-MAZZOTT, 2008; SOUZA FILHO, 2004; MOSCOVICI, 2012).

A análise dimensional, para Moscovici, permite a caracterização dos grupos em função de sua representação social, e indica o processo de produção da representação, pois ela é engendrada coletivamente. Alves-Mazzotti (2008, p. 25) fortalece:

A análise das dimensões permite, ainda, abordar um outro ponto: a caracterização dos grupos em função de sua representação social. Isso quer dizer que é possível definir os contornos de um grupo, ou ainda, distinguir um grupo de outro pelo estudo das representações partilhadas por seus membros sobre um dado objeto social. Graças a essa reciprocidade entre uma coletividade e sua “teoria”, este é um atributo fundamental na definição de um grupo.

5.4 A Opção pela Teoria das Representações Sociais proposta por Moscovici

A Teoria das Representações Sociais difundiu-se pelo Brasil a partir dos anos 80, com o surgimento dos primeiros estudos de mestrado e doutorado, informam Silva *et al.* (2011). Nas últimas décadas, tem sido empregada em diversos campos do conhecimento. Sua apropriação no campo da saúde vem-se dando de forma destacada. Oliveira (2011, p. 589) afirma que “especialmente em estudos nos quais importe ter acesso ao conhecimento social que orienta as práticas de um dado grupo social quanto a problemas de saúde”. Ainda segundo Jodelet (2011), os estudos brasileiros utilizam a Teoria das Representações Sociais para melhor conhecimento de sua realidade social e intervenção sobre ela.

O estudo realizado por Silva *et al.* (2011), buscando identificar dissertações e teses de enfermagem, disponíveis na base de dados do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEN) que utilizaram a Teoria das Representações Sociais, no período de 2001 a 2007, destacou o crescente interesse pela teoria. Com relação à temática, abordada nas

investigações, envolveu aspectos relativos ao processo de cuidar do ser humano, processo de trabalho, e dimensão educativa em enfermagem e saúde.

Considerando, pois, a Teoria das Representações Sociais, Moscovici (2012) afirma que o sujeito é ativo. Combina e reelabora as imagens que são carregadas de representações, recorre a elas para compreender as situações que o despertam, para tomar atitudes e emitir opiniões.

Este estudo, cujo objetivo é compreender as representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal, insere-se na abordagem proposta por Moscovici com relação à composição da representação social. Procura entender os modos de pensamentos e saberes das mulheres com relação ao parto normal, depois da cesárea, suas atitudes e as estruturações feitas por elas.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

Realizar uma pesquisa pode ser compreendido como a descrição de uma longa viagem realizada por um sujeito, o pesquisador/viajante, que vasculha lugares por vezes já visitados, de acordo com Duarte (2002). Complementando sua argumentação, a autora ressalta que nada de absolutamente original apresenta-se, a não ser o modo diferente de olhar e pensar determinada realidade, a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são bastante pessoais.

Portanto, relatar o processo que permitiu a realização dessa viagem, ou seja, os procedimentos da pesquisa é imprescindível, para que se possa oferecer a possibilidade de refazer o caminho e também avaliar com segurança as apreciações e as possíveis afirmativas feitas em torno dessas apreciações.

Já que o objetivo desta pesquisa é compreender as representações sociais das mulheres que vivenciaram o parto normal, após a experiência de uma cesárea em gestação anterior, neste capítulo descrevemos o percurso metodológico para se alcançar o objetivo proposto. Procuramos apresentá-lo de tal maneira que cada fase da investigação científica pudesse ser claramente explicitada, e que a escolha do método e das técnicas para sua realização fosse devidamente justificada.

6.1 Tipo de Estudo

Este é um estudo exploratório, descritivo, no qual utilizamos como referencial a teoria das representações sociais. Para o seu desenvolvimento, empregamos a abordagem qualitativa com vistas ao aprofundamento do objeto estudado - o parto normal - após a experiência de uma cesárea em gestação anterior, considerando as possíveis repercussões nos modos de pensar, sentir e agir de um grupo de mulheres.

No tocante ao referencial teórico das representações sociais, Antunes-Rocha (2011, p. 67) esclarece que “as representações sociais são compreendidas como formas de

conhecimento, construídas na prática cotidiana para atender às necessidades de lidar com objetos e temas que desafiam nossos saberes e práticas já instalados”. Ao se considerar a diversidade de abordagens da teoria nas pesquisas em representações sociais, elegemos a perspectiva inaugurada por Moscovici (2012). Essa escolha veio ao encontro do objetivo do estudo e nos permitiu examinar o conteúdo das representações sociais, bem como nos deu pistas para investigar o processo de construção das representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal.

São inegáveis as contribuições oferecidas pela reflexão sociocultural para estudos que requerem conhecimento acerca dos modos de sentir, pensar e agir de pessoas ou grupos, reconhecem Gomes e Silveira (2012), haja vista o número crescente de trabalhos publicados na literatura atual. Esses estudiosos nos chamam a atenção ainda para o fato de que o exame das dimensões valorativas das ações humanas apontam pistas e direções para novas cogitações, sobretudo quando se têm como objetivo propostas de intervenções no campo da saúde.

Com relação à metodologia qualitativa aplicada à saúde, Turato (2005, p. 509) emprega a concepção trazida das ciências humanas e esclarece que

[...] não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde.

Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa valoriza o significado e a intencionalidade inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, considerando os aspectos mais profundos das relações que não podem ser operacionalizados em números e variáveis.

Um traço importante que pode ser identificado nas pesquisas qualitativas é seu caráter interpretativo. Nele, o pesquisador busca justificar, elaborar ou integrar um marco teórico aos achados de uma pesquisa, e também aproximar-se da experiência particular, dos significados e da visão de mundo das pessoas pesquisadas, de forma que elas falem por si mesmas (ESTEBAN, 2010).

Com base, ainda, nessas características atribuídas à pesquisa qualitativa, procuramos nos apropriar de aspectos significativos da vivência das mulheres. Para isso, voltamo-nos aos aspectos de descrição e compreensão, de maneira que o fenômeno delimitado para este estudo pudesse ser apresentado numa dinâmica integradora entre as mulheres, por meio de suas falas, e as pesquisadoras, através de suas “lentes”.

A seleção e o desenvolvimento do percurso metodológico é uma das tarefas mais desafiadoras no processo de investigação com abordagem qualitativa, afirmam Rossetto *et al.* (2010). Eles acrescentam que a adequação da metodologia ao objeto de estudo e a fidedignidade na utilização dos métodos selecionados são fundamentais para o rigor da pesquisa científica.

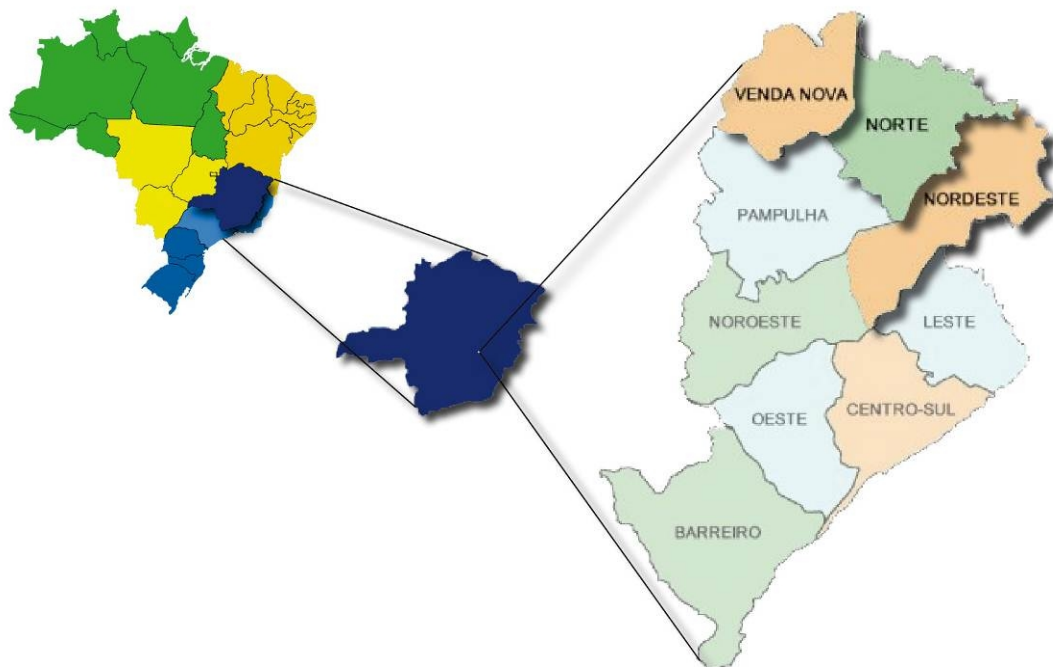
Neste estudo, a utilização da teoria das representações sociais, considerando a perspectiva moscoviciana e o emprego da metodologia qualitativa, observou a possibilidade também de visualizar o movimento de reestruturação dos modos de pensar, sentir e agir das mulheres, no sentido de acolher um novo elemento. Neste caso, o parto normal.

6.2 Cenários do Estudo

O estudo foi realizado em cenários distintos, composto por duas maternidades situadas no município de Belo Horizonte/MG, responsáveis pelo atendimento da população dos Distritos Sanitários Norte, Nordeste e Venda Nova.

O mapa 1 apresenta a organização territorial do município de Belo Horizonte, constituído por nove distritos sanitários e suas áreas de abrangência. Os distritos sanitários atendidos pelas duas instituições do estudo são destacados. Salientamos que essas regiões encontram-se em áreas de limite com outros municípios, como Ribeirão das Neves, Vespasiano, Sabará e Santa Luzia, que contam com o apoio das duas maternidades para assistência às suas populações.

Mapa 1: Organização Territorial do Município de Belo Horizonte.



Fonte: Moraes (2008). Adaptado pela autora.

A escolha dos cenários, doravante denominado de Maternidade I e Maternidade II, está relacionada à organização da assistência obstétrica pautada nas recomendações da OMS. Esse fato merece destaque, pois, conforme mostraram D’Orsi *et al.* (2006), a organização da prática obstétrica e a atitude dos obstetras, em particular, são fatores contribuintes para proporção de tipos de parto, normal ou cirúrgico, em uma instituição.

A razão da escolha deve-se também ao volume de partos assistidos nessas instituições, perfazendo um total de 12.500 partos no ano de 2011 (BELO HORIZONTE, 2011), o que corresponde aproximadamente a 45% dos partos ocorridos na rede pública do município. A localização geográfica dos serviços favoreceu as visitas diárias ao campo, uma vez que este estudo foi realizado com financiamento próprio das pesquisadoras.

A Maternidade I, filantrópica e conveniada com o SUS, é especializada em assistência obstétrica e neonatal. Suas atividades tiveram início na década de 1980, e, desde então, vem desenvolvendo práticas inovadoras, tanto na assistência aos partos denominados de risco habitual, como na assistência àqueles considerados de alto risco, e também nas

práticas de assistência neonatal, fato que levou tal maternidade a obter diversos prêmios². Atualmente é a maior maternidade de Belo Horizonte em número de partos assistidos, considerada Modelo de Humanização ao Parto e Nascimento em todo o Brasil. Sua filosofia de trabalho prevê a atuação, na assistência ao parto e nascimento, de uma equipe multiprofissional que trabalha colaborativamente e com atuação expressiva de enfermeiras obstétricas. O serviço é campo de prática para residência médica em Ginecologia e Obstetrícia da Instituição, para o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da EE – UFMG, para o Curso de Especialização Multiprofissional em Neonatologia, ênfase em Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social.

Dentre os serviços oferecidos, encontram-se uma Unidade Intensiva Neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários Maternos, além de haver um Centro de Parto Normal – CPN - Peri Hospitalar. O CPN - Peri Hospitalar apresenta um modelo assistencial diferenciado para as mulheres de risco obstétrico habitual que não desejam analgesia peridural, em que a enfermeira obstétrica assiste a mulher e o recém-nascido. No ano de 2011, o quantitativo de partos assistidos na Maternidade I foi de 9370 partos, sendo o percentual de cesariana em torno de 23,2% de todos os partos (BELO HORIZONTE, 2011).

O outro cenário de coleta dos dados é a Maternidade II, instituição pública e de ensino. Teve sua inauguração em meados de 2007, após uma intervenção política da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, apoiada pelo Ministério Público Estadual, uma vez que a população regional era atendida por um serviço que apresentava indicadores de saúde considerados inadequados, com taxas importantes de mortalidade, complicações do parto, puerpério e neonatais.

A Maternidade II, desde a inauguração, conta com uma equipe multiprofissional para a assistência obstétrica e neonatal. O serviço é campo de prática da residência médica em

² Prêmios e reconhecimentos: Hospital Amigo da Criança (Ministério da Saúde/UNICEF, 1995); Prêmio Cidadania, 1998 – Placa de Ouro; Prêmio Galba de Araújo (Ministério da Saúde, 1990), Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004 – Medalha do Mérito da Saúde; Câmara Municipal de Belo Horizonte, 2005 – Honra ao Mérito; Certificação das iniciativas Doulas Comunitárias e Programa de Internação Domiciliar Neonatal no Banco de Tecnologias Sociais Efetivas da parceria UNESCO, Petrobrás e Fundação do Banco do Brasil, novembro de 2005, Concurso Nacional de Boas Práticas em Maternidade Segura do Brasil/Organização Panamericana de Saúde – OPAS/MS - Casa de Gestante Zilda Arns – Melhor Iniciativa Institucional para Redução de Mortalidade Materna, 2011; Concurso de Boas Práticas em Maternidade Segura das Américas/Organização Panamericana de Saúde – OPAS/OMS - Casa de Gestante Zilda Arns – Terceira Melhor Iniciativa Institucional para Redução de Mortalidade Materna, 2012.

Ginecologia e Obstetrícia da UFMG, e de graduandos em medicina e enfermagem da mesma universidade. Em 2011 foram assistidos, nesse serviço, um total de 3069 partos. O percentual de cesariana perfazia um total de 29,8% de todos os partos (BELO HORIZONTE, 2011).

Os Indicadores das Maternidades – SUS – BH (2011) apontam que as duas maternidades do estudo têm o maior índice de partos normais do município, quando comparadas às outras cinco que prestam atendimento ao SUS, e também se comparadas aos serviços da rede de saúde suplementar (BELO HORIZONTE, 2011). Esse fato parece estar relacionado com o modelo de organização assistencial à saúde e tem sido serviço de referência em todo o município e no restante do país. A Maternidade I foi escolhida para receber profissionais de outras localidades e visitar serviços em várias partes do Brasil, com o intuito de discutir a assistência obstétrica e neonatal.

Os dados divulgados pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte mostram ainda que as duas maternidades deste estudo são as únicas no município que têm enfermeiras obstétricas atuando efetivamente na atenção ao parto e nascimento. A presença da enfermeira obstétrica na atenção ao parto de risco habitual, aliada ao modelo assistencial, é condição importante para que a assistência ao parto ocorra com menos intervenções e com o uso adequado de tecnologias, conforme destacaram Lobo *et al.* (2010). Para Sanches *et al.* (2012), a presença da enfermeira obstétrica na atenção ao parto e nascimento, considerando o caráter não intervencionista inerente à sua formação, pode atuar no controle das taxas de cesáreas do país.

Embora não sejam investigados, pelas duas maternidades, dados que revelem a proporção de partos normais após uma cesárea, Amorim *et al.* (2010b) informam que a incidência é baixa no Brasil, quando comparada à de outros países.

6.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos desta investigação foram 31 mulheres que se encontravam internadas nas duas maternidades, cenários deste estudo, por ocasião do parto. Dessas, 16 foram assistidas na Maternidade I, e 15, na Maternidade II. Do total de mulheres deste estudo, 8 foram assistidas

por profissional médico, 11 foram assistidas por médico residente em obstetrícia, sendo preceptorado por enfermeiras obstétricas, e 12, assistidas em seus trabalhos de parto e parto por enfermeiras obstétricas.

A razão para a escolha desses sujeitos deveu-se particularmente aos seus perfis obstétricos, relativo às suas paridades e tipo de parto prévio, que é o objeto desta investigação. Cabe ressaltar, ainda, que a opção pela inclusão de mulheres das duas maternidades não teve caráter comparativo. O objetivo é identificar se existe, de fato, um grupo que partilha representações homogêneas, elemento importante nas representações sociais, embora estejam em instituições distintas. Assim sendo, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão dos sujeitos ao estudo:

1. Mulheres em período puerperal mediato, pós-parto normal.
2. Mulheres que tiveram uma cesárea em gestação anterior. O motivo de indicação da cesariana anterior não foi avaliado por este estudo.
3. Mulheres com idade igual ou superior a dezoito anos.

Desse modo, foram abordadas trinta e três puérperas que preenchiam os critérios de inclusão para o estudo. Houve uma recusa em participar da pesquisa por motivos pessoais não explicitados. Outra mulher, no momento da abordagem, estava sendo atendida pelo corpo clínico devido a um quadro de cefaleia pós-raquianestesia. Apesar de se mostrar interessada em contribuir com o estudo, entendemos que a entrevista poderia prejudicar o tratamento.

A abordagem para participar do estudo foi feita às mulheres que se encontravam nas Unidades de Internação Obstétrica (Alojamento Conjunto) no período pós-parto mediato, nos meses de março e abril de 2012. A partir desse primeiro contato, momento em que apresentávamos o objetivo do estudo e o convite para participar dele, com a anuência das mulheres, iniciávamos a coleta das informações, tão logo elas se mostrassem disponíveis e confortáveis.

O período entre o parto e a coleta das informações foi de, no mínimo, dezoito horas. Esse intervalo foi definido considerando nossas observações, enquanto enfermeiras obstétricas, no que diz respeito às condições das mulheres de serem entrevistadas sem a apresentação de

sinais de cansaço, por outro lado sem interferir no processo de alta hospitalar (realizada em torno de 24h após o parto).

As mulheres foram identificadas utilizando-se o livro de registro de ocorrências da sala de parto de cada uma das maternidades, instrumento utilizado regularmente pelas duas instituições. A avaliação desse instrumento foi realizada diariamente por uma das pesquisadoras, oportunidade em que buscava a realização de partos normais. De posse dessa informação, localizava-se e procedia-se a avaliação do prontuário da mulher, com o intuito de identificar a história de antecedentes obstétricos, bem como a idade da puérpera, terceiro critério para a inclusão no atual estudo.

Para a captação das mulheres, contamos ainda com o auxílio de secretárias das instituições, responsáveis pelo preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (DNV), assim como dos profissionais de saúde envolvidos na assistência obstétrica, que estavam cientes da realização da pesquisa e de seus propósitos.

6.4 Procedimentos de Coleta de Dados

Para a coleta de dados junto às mulheres, utilizamos a entrevista individual, aberta em profundidade, realizada apenas por uma das pesquisadora. Ela apresentava a seguinte questão: “Descreva para mim como foi, para você, ter tido um parto normal, depois de uma experiência anterior de cesárea” (APÊNDICE A).

A escolha da entrevista como recurso para a coleta de dados está intimamente ligada ao objetivo deste estudo, e, conforme aponta Gaskell (2011), permite uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações em relação aos comportamentos das pessoas em seu contexto social. Essa escolha também esteve articulada com a técnica de análise de dados selecionada para ser utilizada, pois, conforme recomendação de Sá (1998), tal articulação completa de forma satisfatória a construção do objeto de pesquisa e da investigação proposta.

Realizamos um teste-piloto prévio para a aproximação da realidade, assim como para verificação de possíveis adequações com o instrumento e técnica de coleta de dados. Consideramos favorável a abordagem no que diz respeito às nossas intenções durante a coleta de dados e incluímos tal entrevista no estudo. Verificamos, durante a entrevista, a necessidade de utilização de questões de relance para nortear a entrevista, feitas pela pesquisadora. Seu intuito foi direcionar os relatos. Todas as entrevistas foram gravadas, com autorização das participantes.

A coleta de dados, então, foi iniciada no dia 09 de março de 2012 e foi encerrada no dia 27 de abril do mesmo ano. Diariamente, uma das pesquisadoras visitava cada uma das maternidades, e, por meio da avaliação do livro de registro de ocorrência da sala de parto, identificava as mulheres que tiveram parto normal. Obtida essa informação, já na Unidade de Internação Obstétrica (Alojamento Conjunto), realizava-se a conferência junto ao prontuário dos casos que preenchiam os critérios de inclusão desta pesquisa. Os profissionais responsáveis pelo preenchimento da DNV também foram informantes de casos para a coleta de dados, pois esse documento apresenta um campo destinado a informações sobre histórico obstétrico.

As entrevistas foram realizadas na Maternidade I nos consultórios de atendimento da equipe multiprofissional; e, na Maternidade II, na sala de reuniões. Os dois locais estão ao nível da unidade de internação, portanto o deslocamento é pequeno. Consideramos que tal conduta foi importante para garantir a privacidade das participantes. Apenas uma das entrevistadas, durante a conversa, não estava com seu filho, que se encontrava com o companheiro no quarto. As demais estavam com os filhos no colo e, em sua maioria, amamentando, fato que facilitou a coleta das informações, pois poucas vezes tivemos interrupções durante a entrevista.

Os depoimentos foram sendo coletados em função das informações obtidas, do seu grau de profundidade, de recorrência e divergência. Continuamos as entrevistas enquanto apareciam pistas que podiam indicar novas perspectivas à investigação. Interrompemos esse processo no momento em que identificamos padrões simbólicos, práticas, categorias de análise da realidade e visões de mundo do universo em questão, e as recorrências tingiram o que se convencionou chamar de ponto de saturação (DUARTE, 2002).

6.5 Instrumentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi composta por um roteiro composto de dois blocos de questões, elaborados exclusivamente para fins desta pesquisa, a saber: o primeiro tratava das informações de identificação pessoais, sociodemográficas, gestacionais e obstétricas; no segundo bloco, solicitamos às puérperas que narrassem suas experiências com o parto normal depois de uma cesárea, como já citado anteriormente (APÊNDICE A).

Partindo do pressuposto de que as representações sociais são uma forma de conhecimento social, Silva e Ferreira (2012) salientam que há necessidade de o instrumento de coleta de dados acessar as condições de produção da representação social, ou seja, evidenciar quem é o sujeito, de onde vem e de onde fala, o que instrui seu pensamento e ação.

O prontuário de cada mulher foi avaliado, com o propósito de aferir os critérios de inclusão em nosso estudo. Após o aceite das mulheres em participar, coletamos informações com relação à sua identificação, aspectos socioeconômicos e, por fim, informações com relação à sua história gestacional e obstétrica. Durante a entrevista validamos esses dados com cada uma das mulheres.

O diário de campo foi utilizado para registro de anotações sobre a vivência da pesquisadora durante a coleta de dados, imediatamente após cada entrevista. Nele estão contidas informações sobre as mulheres entrevistadas, o local em que a entrevista ocorreu, particularidades acontecidas no momento da entrevista, aspectos relacionados à interação da mulher com o filho e família. Outras impressões, percepções, ideias apontadas pela pesquisadora também se encontram registradas nesse diário, que acompanhou todo o trajeto, desde sua inserção no campo até a confecção deste relatório, oferecendo informações para tal.

6.6 Tratamento e Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada conforme a técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2009). Ela consiste em um conjunto de técnicas de análise das

comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens para permitir a inferência de conhecimentos relativos a essas mensagens. Silva *et al.* (2005, p. 70) procuram esclarecer conceitualmente o método de análise de conteúdo utilizado na pesquisa qualitativa. Para tanto, consideram:

A proposta que acompanha a análise de conteúdo se refere a uma decomposição do discurso e identificação de unidades de análise ou grupos de representações para uma categorização dos fenômenos, a partir da qual se torna possível uma reconstrução de significados que apresentem uma compreensão mais aprofundada da interpretação de realidade do grupo estudado.

Assim, a análise de conteúdo dos dados deste estudo foi realizada em três fases: 1- pré-análise, 2 - exploração do material e 3 - tratamento dos resultados, inferência e interpretação, descritas a seguir de forma sequencial, com o propósito de melhor compreensão de todo o processo.

Na primeira fase, realizamos a pré-análise, ou seja, a organização e preparação do material recolhido. Utilizamos as anotações referentes às vivências da coleta de dados registradas no diário de campo para contextualizar as falas das entrevistadas.

Primeiramente, procedemos à transcrição integral das entrevistas, na medida do possível, logo que encerrávamos cada uma delas. Esse procedimento também foi realizado por apenas uma das pesquisadoras. Em seguida, submetemos as transcrições à conferência de fidedignidade. Para tanto, ouvimos a gravação, lendo o texto e conferindo cada frase. Observamos e destacamos mudanças de entonação de voz e possíveis interrupções. A própria digitação foi também conferida. Ainda na fase de pré-análise, realizamos a leitura flutuante do texto transcrito, deixando-nos invadir por impressões.

Os nomes das mulheres foram codificados para não serem identificadas. Seu nome foi substituído por códigos alfanuméricos, compostos pela letra M seguida pela identificação numérica correspondente à sequência em que as entrevistas foram realizadas. A primeira mulher entrevistada recebeu a codificação M1. Assim, subsequentemente, até a última entrevistada, que recebeu a codificação M31.

Na fase de exploração do material, aprofundamos a leitura das transcrições das entrevistas e realizamos os procedimentos de recorte, classificação e agregação das unidades

de registro, que são segmentos de conteúdo considerados unidades básicas para a categorização, agrupadas em razão das características comuns dos elementos que as compõem. A Unidade de Registro, segundo Bardin (2009, p. 130) “(...) pode ser de natureza e de dimensões muito variáveis”, mas efetivamente são realizados recortes, processo em que os relatos são decompostos e, em seguida, recompostos para melhor expressar sua significação, em nível semântico (tema).

Ao se considerar o volume de informações que compunham as transcrições, optamos, inicialmente, por organizá-las de forma a apreender o saber prático que liga o sujeito a um objeto, bem como as manifestações de suas características, relacionando de maneira dinâmica simbolismo e interpretação, visto que resultam numa construção e expressão das representações sociais do sujeito, dando significado ao objeto em questão. O saber prático diz respeito ao que Moscovici cunhou, ao estudar a representação social da psicanálise na sociedade francesa, criando uma teoria para explicar as formas de **pensar** e **sentir** com relação aos objetos, fatos, relações e pessoas como um processo social de construção do conhecimento (MOSCOVICI, 2012).

Para tanto, julgamos que os relatos espontâneos das mulheres, durante o levantamento do material empírico, deixavam ver a experiência concreta delas com o objeto e os aspectos relativos às suas formas de pensar, sentir e agir ao se referirem ao parto normal. Essas foram, então, delimitadas como unidades de registro deste estudo. Os recortes, em seguida, foram agrupados de acordo com sua unidade de sentido, em função de suas características comuns, o que permitiu emergirem as categorias empíricas. Definidas as categorias empíricas, os recortes foram reorganizados dentro de cada categoria. Isso nos permitiu a delimitação de subcategorias empíricas.

Todas as entrevistas apresentaram uma dinâmica temporal, ou seja, as mulheres discorreram sobre os seus conhecimentos antes do parto normal, durante o parto e no momento da entrevista, isto é, após o parto normal. Tal fato também nos direcionou na codificação do material empírico. Apresentamos a seguir as categorias empíricas:

1. A presença do “estranho”: trajetória de mulheres com uma cesárea em gestação anterior diante do parto normal.
2. A vivência do parto normal após uma cesárea em gestação anterior: ressignificação do pensar, sentir e agir de mulheres.

Conseqüentemente, essas duas categorias organizam a descrição das representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal, quando se referem a seu conhecimento no momento anterior à vivência do parto normal ou após experienciá-lo e indicaram critérios orientadores de como falar do parto normal nesse contexto. No Quadro 2, apresentamos a Síntese das Categorias e Subcategorias da análise.

QUADRO 2 – Síntese das Categorias e Subcategorias de Análise.

CATEGORIAS EMPÍRICAS	PARTO NORMAL ANTERIOR À EXPERIÊNCIA/ PARTO NORMAL APÓS A EXPERIÊNCIA	SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS
1) A presença do “estranho”: trajetória de mulheres com uma cesárea em gestação anterior diante do parto normal.	PARTO NORMAL ANTERIOR À EXPERIÊNCIA	<p>“Conflitos do Pensar”: a força da crença e as informações.</p> <p>“Conflitos do Sentir”: temores e dúvidas.</p> <p>“Conflitos do Agir”: estratégias para lidar ou não com o “estranho”.</p>
2) A vivência do parto normal após uma cesárea em gestação anterior: ressignificação do pensar, sentir e agir de mulheres.	PARTO NORMAL APÓS A EXPERIÊNCIA	<p>“Uma vez cesárea, sempre cesárea”: desconstruindo saberes consolidados na cultura.</p> <p>Parto: novos saberes e novas práticas.</p>

Fonte: Produção da própria autora.

Na fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, realizamos a descrição das características do conteúdo dos recortes do enunciado de cada categoria, buscando articulá-los. A seguir, procedemos ao aprofundamento das ideias e ao estabelecimento de relações a partir de uma reflexão acerca do material empírico e da articulação com o referencial teórico.

Os depoimentos registrados, quando considerados ilustrativos das representações sociais das mulheres sobre o parto normal após uma cesariana, foram apresentados com o intuito de elucidar a descrição do conteúdo e qualificar a análise dos resultados. Destacamos, em negrito, partes dos trechos que correspondem à articulação entre a argumentação feita previamente e o discurso apresentado. Padronizamos, ainda, o uso de reticências entre colchetes, [...], para indicar trechos recortados do discurso das entrevistadas e [informações] para se referir a informações contextuais ou observações sobre comportamentos não verbais das participantes. Os trechos foram identificados pelos códigos atribuídos aos recortes de enunciados nos quais se encontravam, compostos pela codificação da mulher entrevistada e pelo número referente à ordem em que aparece na entrevista.

6.7 Aspectos Éticos

A entrada no campo e a coleta de dados ocorreram após a submissão do projeto de pesquisa à apreciação e aprovação do Departamento de Enfermagem Materno – Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG (EMI/EE/UFMG), bem como de posse do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG – Parecer 0632.0.203.439-11 (ANEXO A), do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) – Parecer de Relator 29/2011 (ANEXO B) e do Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEPE) do Hospital Risoleta Tolentino Neves – Processo Nº 35/11 (ANEXO C).

Assim sendo, todas as fases deste estudo foram desenvolvidas respeitando-se as determinações da Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) foi entregue a todas as mulheres que voluntariamente decidiram participar da pesquisa. Às mulheres selecionadas foi explicado que suas informações seriam utilizadas em uma investigação científica. O documento enfatiza voluntariedade de sua participação na pesquisa, garantindo-lhe liberdade para escolher ou não participar do processo. Além disso, assegura a elas que todas as informações colhidas seriam mantidas em anonimato, garantindo-lhes privacidade. Deixamos uma cópia com cada uma das mulheres que participaram do estudo e anexamos aos documentos da pesquisa outra cópia assinada por elas. Os dados só foram coletados após o consentimento e a assinatura do TCLE pelos sujeitos envolvidos.

A divulgação dos resultados, por meio de publicação em periódicos, eventos e outros meios considerados adequados, garantirá o retorno social da pesquisa.

7 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentamos os resultados referentes às informações coletadas na pesquisa de campo, juntamente com a discussão das representações sociais de mulheres que tiveram uma cesárea em gestação anterior sobre parto normal. *A priori*, estabelecemos uma caracterização das entrevistadas deste estudo, buscando apresentar também elementos que as individualizem enquanto grupo inserido no conjunto social e que partilham representações sociais. Em um segundo momento, são apresentadas e discutidas as representações sociais desse grupo de mulheres acerca do parto normal, sob a perspectiva teórica das Representações Sociais, inaugurada por Sergi Moscovici (2012).

Procuramos, aqui, seguir a formulação proposta por Jodelet (2001), partindo da noção básica de que uma representação social é uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto, para mostrar a articulação de elementos como condição de produção e circulação das representações sociais, seus processos e estados. Para isso, levantamos as questões, sugeridas por Jodelet: “**Quem sabe e de onde sabe?**” e “**O que e como sabe?**”. Essas perguntas, estabelecidas acerca do saber sobre o parto normal, correspondem respectivamente aos sujeitos e seus contextos sociais, ao conteúdo e elementos do processo de formação das representações sociais.

7.1 “Quem Sabe sobre o Parto Normal e de Onde Sabe?” - Características sociodemográficas das participantes

As representações sociais são sempre de alguém e sobre algo (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2012). Além do mais, como construções simbólicas carregam as características de quem as constitui, torna-se importante caracterizar os sujeitos, como grupo constituinte de representações sociais, destacando os fatores que ligam os sujeitos entre si, o contexto cultural e histórico em que o grupo se insere.

As mulheres, sujeitos deste estudo, são puérperas que, em uma primeira gestação, foram submetidas à cesárea, e, na gestação seguinte, tiveram parto normal. Tal situação nos

pareceu, em um primeiro momento, condição suficiente para caracterizá-las como sujeitos pertencentes a um mesmo grupo social e, assim, produzir e partilhar conhecimentos nas conversações cotidianas. Durante a investigação, entretanto, pudemos identificar algumas formas específicas e homogêneas de pensar, sentir e agir dessas mulheres que as posicionam em um determinado lugar na sociedade, configurando um grupo, forte no conjunto social, o qual reconstrói formas consolidadas de pensamento e partilha representações sociais. A semelhança dos pronunciamentos das pessoas, esclarece Sá (2004), demonstra que terão pensado juntas sobre os mesmos assuntos, o que significa que o conhecimento é inerente à sociedade e não são pensamentos elaborados individualmente.

Com relação às formas específicas e homogêneas de pensar, sentir e agir desse grupo de mulheres identificamos: as expectativas pelo mesmo tipo de parto; os sentimentos de incapacidade antes e durante o trabalho de parto e parto normal; as atitudes diante da possibilidade de se ter um parto normal; o receio de sentirem a dor do trabalho de parto e novamente necessitarem de cesárea, dada a incapacidade de parir; a reconstrução de seus saberes sobre o parto (normal e cesárea), após vivenciar o parto normal e os novos conhecimentos que partilham após a experiência do parto.

As participantes têm idade entre 18 e 37 anos, no momento da entrevista, com média de 26 anos. Em relação à escolaridade, das 31 mulheres, 10 informaram ter ensino fundamental incompleto; três, ter ensino fundamental completo; cinco, ter ensino médio incompleto; 11, ter ensino médio completo; uma, ter ensino superior completo e outra declarou ter cursado pós-graduação.

Quando considerada a situação conjugal dessas mulheres, três disseram ser solteiras; 11, casadas e 17 relataram união estável. Em relação à raça/etnia, três mulheres se autodeclararam mestiças, cinco brancas, sete negras e 16 se autodeclararam pardas.

Quanto à ocupação, uma mulher referiu ser estudante, à época da entrevista; nove informaram exercer atividade remunerada fora de casa e 11 declararam dedicar-se aos afazeres domésticos. Em relação à renda familiar, três entrevistadas relataram renda familiar mensal superior a três salários mínimos e 27 declararam que a renda familiar mensal variava entre um e três salários mínimos.

O Quadro 3 apresenta os dados de caracterização das mulheres que participaram desta pesquisa.

QUADRO 3 – Caracterização das mulheres participantes do estudo. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012

ENTREVISTADA	IDADE	RAÇA	SITUAÇÃO CONJUGAL	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	RENDA FAMILIAR (Em salários mínimos)
M1	35	Negra	Casada	Médio Completo	Do Lar	Entre 1 e 3
M2	24	Parda	União Estável	Médio Incompleto	Do Lar	Entre 1 e 3
M3	37	Branca	Casada	Pós- Graduada	Professora	Superior a 3
M4	21	Parda	Casada	Fundamental Incompleto	Do Lar	Entre 1 e 3
M5	25	Negra	União Estável	Médio Completo	Do Lar	Entre 1 e 3
M6	19	Parda	União Estável	Fundamental Incompleto	Do Lar	Superior a 3
M7	32	Negra	União Estável	Fundamental Incompleto	Auxiliar de Limpeza	Entre 1 e 3
M8	22	Parda	União Estável	Fundamental Incompleto	Do Lar	Entre 1 e 3
M9	25	Mestiça	Casada	Médio Completo	Do Lar	Entre 1 e 3
M10	37	Parda	Casada	Médio Completo	Do Lar	Entre 1 e 3
M11	29	Parda	União Estável	Médio Incompleto	Do Lar	Entre 1 e 3
M12	28	Parda	União Estável	Superior Completo	Aux. Adm.	Entre 1 e 3
M13	30	Negra	União Estável	Médio Completo	Do Lar	Entre 1 e 3
M14	26	Parda	Casada	Fundamental Incompleto	Do Lar	Entre 1 e 3

M15	18	Parda	União Estável	Fundamental Incompleto	Do Lar	Entre 1 e 3
M16	24	Branca	União Estável	Médio Incompleto	Do Lar	Entre 1 e 3
M17	22	Parda	União Estável	Médio Incompleto	Do Lar	Entre 1 e 3
M18	25	Mestiça	Casada	Médio Completo	Aux. Adm.	Acima de 3
M19	25	Parda	União Estável	Fundamental Incompleto	Autônoma	Entre 1 e 3
M20	21	Parda	União Estável	Fundamental Incompleto	Do Lar	Entre 1 e 3
M21	32	Parda	Casada	Médio Completo	Técnica em Higiene Bucal	Entre 1 e 3
M22	28	Parda	Casada	Médio Completo	Micro-empresária	Superior a 3
M23	19	Parda	União Estável	Fundamental Incompleto	Do lar	Entre 1 e 3
M24	28	Branca	União Estável	Fundamental Incompleto	Do Lar	Entre 1 e 3
M25	24	Branca	Solteira	Médio Completo	Estudante	Entre 1 e 3
M26	24	Negra	União Estável	Médio Completo	Cabeleireira	Entre 1 e 3
M27	24	Negra	Solteira	Fundamental Completo	Do Lar	Entre 1 e 3
M28	22	Branca	União Estável	Fundamental Completo	Do Lar	Entre 1 e 3
M29	21	Parda	Solteira	Fundamental Completo	Do Lar	Entre 1 e 3

M30	29	Mestiça	Casada	Médio Completo	Do Lar	Entre 1 e 3
M31	25	Negra	Casada	Médio Incompleto	Manicure	Entre 1 e 3

Fonte: Produção da própria autora.

A elaboração do Quadro 3 é importante, pois permite a visualização do contexto sociodemográfico das entrevistadas, e posteriormente, com base nessas características, durante a apresentação e discussão das representações sociais, possibilita investigar variáveis que podem relacionar as entrevistadas entre si, discutindo mudanças e permanências em suas representações sociais.

7.2 “O Que Sabe sobre o Parto Normal e Como Sabe?” - Representações Sociais de Mulheres com uma Cesárea em Gestação Anterior sobre o Parto Normal

A partir da organização das informações recolhidas pela entrevista, transcritas na íntegra em formato textual e analisadas utilizando-se a técnica de conteúdo temática proposta por Bardin (2009), apreendemos as representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal.

Assim, na longa viagem em que realizamos este estudo, fomos apreendendo, paulatinamente, um contexto de desafios, já que foi possível desvelar, à luz do referencial teórico adotado, que as mulheres estão sendo instadas a mudar formas consolidadas de organização do pensamento. Isso se deve ao fato de que, na cultura está posto que elas não podem ter parto normal após uma experiência de cesárea em gestação anterior, o contrário do concreto, isto é, o parto normal, por elas vivenciado.

Desse modo, identificamos que a mudança do tipo de parto impacta nas representações sociais das mulheres participantes deste estudo, permitindo visualizar as representações sociais em movimento.

Considerando-se a teoria das representações sociais, uma modalidade de conhecimento do cotidiano, o seu estudo permite ver a concretude do fenômeno em foco. Solicitamos às mulheres, durante a entrevista, que relatassem sua própria experiência de parir para, assim, entendermos sua atitude frente ao parto normal. Portanto, reiteramos, as representações sociais das mulheres sobre o parto normal foram apreendidas a partir desses relatos, intensos, na maioria das vezes.

Durante as narrativas de suas experiências, as mulheres utilizaram a dinâmica temporal em que os fatos aconteceram, sendo essa sequência predominante nos discursos das entrevistadas. Revelam, pois, os saberes das mulheres antes da vivência do parto normal, bem como a sua reconstrução, após essa experiência.

Assim, as categorias empíricas que englobam as representações sociais de mulheres com uma cesárea, em gestação anterior ao parto normal, foram definidas da seguinte maneira:

1. A presença do “estranho”: trajetória de mulheres com uma cesárea em gestação anterior diante do parto normal.
2. A vivência do parto normal após uma cesárea em gestação anterior: ressignificação do pensar, sentir e agir de mulheres.

A primeira refere-se às representações sobre o parto normal, durante a gestação ou no momento do parto, de mulheres que têm uma cesárea prévia e que são informadas sobre a possibilidade de terem um parto normal. A segunda categoria mostra as representações sociais na ocasião da entrevista, após terem vivenciado o parto. A partir dessas categorias, percebe-se que há transformações e reconstruções dos saberes das mulheres a respeito do parto, motivados principalmente pela vivência do parto normal, conforme aparece em seus relatos.

A maioria das mulheres deste estudo ressignificam seu modo de pensar, sentir e agir no que se refere ao parto normal, após experienciá-lo. Nesse contexto, foi possível perceber o movimento dinâmico das representações sociais das mulheres, sendo a vivência do parto normal o referencial significativo para elas re-elaborarem seus saberes e suas práticas. Apesar de não ser o foco do nosso estudo, percebemos que as mulheres reformulam inclusive seus saberes com relação à cesárea, a partir de tal experiência. A Figura 19 se refere às

representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal.

FIGURA 19 - Representações Sociais de Mulheres com uma Cesárea em gestação anterior sobre o Parto Normal



Fonte: Produção da própria autora. Ilustração: Camilla Luz.

Por outro lado, pudemos perceber que algumas mulheres não mudaram suas representações sociais com relação ao parto, mantendo formas de pensar, sentir e agir já consolidadas em nossa cultura, de certa forma reforçando as estruturas de suas representações. Tal fato mostra a dificuldade de romper com estruturas fortes de conhecimentos presentes na sociedade com relação ao parto, acrescido de significativas influências socioculturais da atualidade, incluindo a forma de organização da assistência desde o período gestacional até o nascimento.

7.2.1 A presença do “estranho”: trajetória de mulheres com uma Cesárea em gestação anterior diante do Parto Normal

A presente categoria emergiu das descrições realizadas pelas mulheres sobre os percursos por elas empreendidos desde o instante em que são informadas da possibilidade de terem um parto normal e se estende até o momento do parto. Esse percurso é marcado por impactos nos conhecimentos sobre parto das mulheres que se encontram, nesse momento, no período gestacional. Destaca-se que a maioria das mulheres, neste estudo, pensava, já no início de suas gravidezes, que teriam uma segunda cesárea como desfecho de suas gestações atuais, discurso esse prevalente na cultura contemporânea, sendo construído e mantido ao longo da história, influenciado por fatores socioeconômicos e políticos (MORAES; GOLDENBERG, 2001; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

A principal fonte de informação sobre a possibilidade de evoluírem para parto normal foi proporcionada, durante a consulta de pré-natal, por profissionais de saúde, sendo o médico o único profissional por elas citado. Uma das entrevistadas, no entanto, relata que, antes mesmo da gravidez, obteve essa informação através de leituras de livros e edições especiais de revistas e artigos sobre gravidez e parto. Além disso, teve participação em encontros organizados pela sociedade civil, onde se discute a temática. Uma segunda entrevistada do grupo confirma que, conversando com outra mulher de sua vizinhança, essa lhe disse de sua experiência com um parto normal depois de uma cesárea em gestação anterior.

Na narrativa das entrevistadas, ficou evidente que, ao terem contato com a informação sobre o parto normal após uma cesárea prévia, outras fontes de informação foram buscadas, como os membros das redes familiar e social (mãe, irmã, cunhada, amigas, vizinhas, mulheres na consulta de pré-natal ou na sala de espera para atendimento na maternidade). Ficou claro que o parto, nesse contexto, faz parte das conversações cotidianas, tendo relevância para a vida das mulheres, sendo, assim, um objeto que mobiliza a construção de representações sociais. A esse respeito, Moscovici (2012) destaca as interações sociais, em especial a comunicação, como determinantes dos processos representativos.

O período da orientação sobre o tipo de parto, especificamente o momento em que a informação sobre a possibilidade de ter parto normal foi dada às mulheres, variou entre o período pré-concepcional e o momento do parto. Assim, apenas 1 mulher relatou saber, antes

de engravidar, que é possível ter parto normal após uma cesárea; 12 mulheres disseram ter tido tal informação apenas no momento de seu parto, e 18 relataram que, durante o período gestacional, tiveram essa orientação, com ênfase no período próximo ao parto, ou seja, as orientações com esse caráter foram discutidas nas últimas consultas de pré-natal.

O estudo realizado por Anversa *et al.* (2012), com o objetivo de avaliar o processo da atenção ao pré-natal na atenção básica de saúde, considerando os modelos de unidades básicas tradicionais e unidades de estratégia da saúde da família, evidencia que, dentre as orientações menos recebidas pelas gestantes, estão aquelas referentes ao tipo de parto. Na rede privada de saúde, tal realidade não é diferente, conforme mostraram Zambrano *et al.* (2003), pois 50% das mulheres que participaram do estudo realizado disseram não ter recebido informações sobre os tipos de parto durante a gestação.

O número de consultas de pré-natal realizadas pelas participantes deste estudo variou entre 3 e 16 consultas, com média de 7 consultas. Apenas 3 mulheres participantes do estudo tiveram seu atendimento de pré-natal na rede privada de saúde; 2 dessas relataram que o plano de saúde estava em situação de carência e não cobria assistência ao parto; as demais foram atendidas no sistema público de saúde. O número ideal de consultas de pré-natal permanece controverso, conforme publicação recente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Tal publicação confirma que, em um número reduzido de consultas, mas com maior ênfase ao conteúdo de cada uma delas, em caso de mulheres de baixo risco obstétrico, não haverá aumento dos riscos perinatais adversos. Considerando-se o pré-natal um espaço privilegiado e oportuno para desenvolver ações educativas, incluindo informações sobre questões relacionadas ao parto, Spink (2011) acrescenta que o uso dessa fonte formal de informação terá pouco ou nenhum efeito, se não for adaptada às habilidades conceituais e hábitos culturais das mulheres.

Solicitamos às entrevistadas que relatassem suas experiências concretas com o parto normal depois de uma cesárea em gestação anterior. O objetivo era que elas nos contassem sobre o que pensam e sentem a respeito desse objeto. As mulheres narraram suas histórias, contextualizando momentos de seus partos anteriores e da gravidez atual. Ressaltaram as situações conflituosas que vivenciaram, ao terem a informação de que poderiam ter um parto normal, bem como os seus posicionamentos frente a essa circunstância inesperada, dada a rede de significados construídos historicamente em nossa cultura. Averiguamos, através de

seus relatos, articulações dos modos de pensar e sentir com relação ao parto normal, que orientam suas relações e práticas sociais.

Para Moscovici (2012), a representação social é formada por três dimensões que se articulam. São elas: a informação, que se refere ao conhecimento sobre determinado objeto social, podendo estar coerente com o objeto ou apresentar distorções, subtrações ou suplementações; a atitude, que seria uma orientação global, favorável ou desfavorável, em relação ao objeto representado e a imagem ou campo de representação, que constitui o conteúdo concreto sobre determinado aspecto desse objeto, um modelo social no qual os objetos, pessoas e situações tornam-se portadoras de significações, organizadas pelas relações sociais, econômicas, culturais e simbólicas. Na presente categoria, podemos perceber a articulação desses três elementos configurando o conteúdo das representações.

O parto normal, depois de uma cesárea, aparece como uma experiência impactante, conflituosa e, por vários motivos, dentre eles a força da crença “uma vez cesárea, sempre cesárea”, aliada à pouca informação ou mesmo ao conteúdo das informações, é considerado um acontecimento improvável, e as mulheres narram como pensam, sentem e agem diante desse fato social.

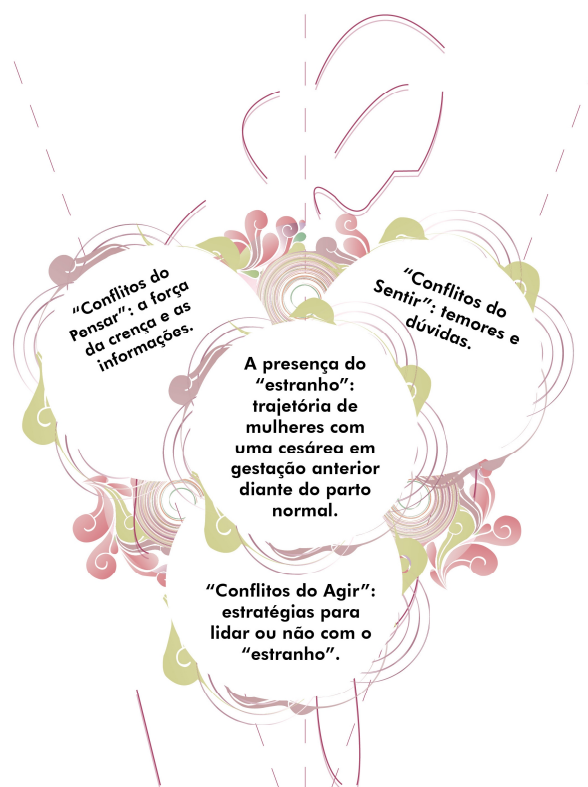
Percebemos que os saberes das mulheres estão relacionados com a história da construção cultural de tais conceitos, confirmando, assim, a ancoragem de suas representações em conteúdos anteriores tomados como científicos, ou mesmo normativos para o campo da obstetrícia. Moscovici (2012) esclarece que as representações sociais podem ser formadas a partir da apropriação daquilo que foi produzido, organizado e divulgado no campo das ciências (Universo Reificado) ao ser transposto nas conversações (Universo Consensual) e nos acontecimentos cotidianos que mobilizam atenção.

Essa categoria aponta-nos também pistas para a reconstrução dos conhecimentos das mulheres em face dessa situação não familiar, a fim de romperem com seus saberes prévios e acolher o “estranho”, o parto normal, ou até mesmo manterem suas formas de pensar, sentir e agir sobre o parto. De qualquer forma, Antunes-Rocha (2011) esclarece que o sujeito não será mais o mesmo só pelo fato de ter vivenciado o desafio, pois não há como passar incólume pela experiência de contato com um objeto que desafia o entendimento, questiona práticas e mobiliza emoções.

Para Moscovici (2012), um objeto é considerado estranho a um conjunto de pessoas porque se encontra fora de seu universo habitual. E a entrada do estranho no campo de atenção desses sujeitos causa tensão e desequilíbrio. Tais desconfortos serão reduzidos quando o conteúdo estranho se deslocar para o interior do universo das pessoas. Complementando, Jodelet (2001) ainda explica que as representações sociais são criadas pelos sujeitos na tentativa de compreender e dominar um fato social que mobiliza medo e atenção, ou se defender dele.

As mulheres apresentaram uma trajetória com atributos semelhantes, que levam a representações homogêneas, característica comum a um grupo social que partilha saberes. Neste caso específico, elas vivenciam situações em que suas representações estão sendo instadas a mudar, sendo a trajetória de preparação para o parto marcada por conflitos em seus modos de pensar, sentir e agir, conforme se representa na Figura 20.

FIGURA 20 – Representações Sociais de Mulheres com uma Cesárea em gestação anterior sobre o Parto Normal, antes de vivenciá-lo.



Fonte: Produção da própria autora. Ilustração: Camilla Luz.

7.2.1.1 “Conflitos do Pensar”: a força da crença e as informações

Esta subcategoria foi revelada a partir do discurso das mulheres com relação ao que pensavam sobre o tipo de parto que teriam na gravidez em curso, bem como as razões para fundamentar suas teorias, ou seja, o motivo de pensarem que seria assim. São apontados os desconfortos por elas vividos em seu modo de pensar, a partir do momento em que têm contato com a informação da possibilidade de terem parto normal. Encontramos também, aqui, situações narradas pelas entrevistadas que as ajudaram a diminuir o impacto que o parto normal trazia para as suas formas de pensar.

Nas falas, as mulheres retomaram o início do período gestacional para contar a história de formação de seus conhecimentos referentes a que tipo de parto pensavam ter nessa segunda gravidez. Suas narrativas deixam ver que estão sendo desafiadas nesse aspecto. Esses conhecimentos, portanto, suas representações, estão fundamentados nos conceitos presentes nas conversações cotidianas ancoradas em padrões simbólicos originados na sociedade. Aparecem também relacionados fortemente às experiências vividas pelas mulheres no tempo anterior ao parto normal, ou seja, na experiência com suas cesáreas, bem como às orientações, quando disponibilizadas, obtidas durante a gravidez atual.

A maioria das entrevistadas (M1, M2, M4, M5, M6, M8, M10, M11, M12, M13, M14, M15, M16, M17, M18, M19, M20, M23, M24, M25, M26, M27, M28, M29, M30, M31) relatou que pensavam ter uma segunda cesárea, tal como havia acontecido no parto anterior. Dentre essas, M5, M6, M10, M15, M16, M17, M18, M19, M24, M25, M28 e M30 apontam que não foram orientadas por profissionais da saúde, durante suas gestações, sobre a possibilidade de ter parto normal, sendo informadas apenas quando admitidas na maternidade, já em trabalho de parto. O trecho da narrativa de M10 a seguir, ilustra tal afirmativa:

[...] **Ninguém me contou que era parto normal. Foi só na hora lá** [hora do parto]. (M10)

Essas 12 mulheres que chegaram à maternidade para se submeter a uma cesárea, alegaram os três seguintes motivos para procurarem a maternidade: amniorrexe prematura³, cólicas abdominais tipo contração e idade gestacional igual ou superior a 40 semanas.

O destino da gestação atual, baseado no conhecimento da maioria das mulheres, impreterivelmente, seria outra cesárea, aparente nos trechos do discurso de M6 e M15. Essas são mulheres que não foram orientadas por profissionais, no pré-natal, sobre a possibilidade de terem parto normal depois de uma cesárea. Destarte, as mulheres que obtiveram tal informação de profissionais da saúde também pensavam que teriam cesárea novamente, prevalecendo a experiência concreta anterior na constituição de suas representações, conforme os seguintes relatos:

[...] Até chegar aqui eu **achei que era cesárea**. Cesariana. Cesariana. **Até o último momento eu achei que ia ter cesariana. (M6)**

[...] Eu **pensava que eu ia ter cesárea de novo** [...]. (M15)

[...] Ela [a médica do posto] chegou a me falar que eu poderia ter sim outro parto, sendo normal. [...] até **não acreditei muito não** [...] (M 31)

As mulheres que não obtiveram informação sobre a possibilidade de ter parto normal durante a gestação apresentaram atitude desfavorável ao parto normal, pois até durante o trabalho de parto pensaram que teriam outra cesárea. Fato ocorrido também com M1, M2, M11, M12, M13, M14, M23, M26, M27, M29 e M31, que foram orientadas por profissionais de saúde, mas disseram não acreditar que poderiam ter parto normal, chegando a questionar a orientação. Desse modo, 23 mulheres das 31 entrevistadas tiveram atitude desfavorável ao parto normal. Moscovici (2012) explica que a atitude é a mais frequente das três dimensões do conteúdo de uma representação. Conclui ainda que nos informamos e representamos algo unicamente depois de ter tomado uma posição e em função desse posicionamento.

³ Amniorrexe prematura: rotura das membranas (âmnio e cório) antes do início do trabalho de parto.

O conhecimento que circula entre o grupo de mulheres deste estudo faz parte da realidade social e cultural, aparece ancorado no enunciado “uma vez cesárea, sempre cesárea”, promulgado pelo médico americano Edwin Cragin, em 1916, a propósito dos riscos de ruptura uterina durante o trabalho de parto de mulheres com incisão segmentar vertical no útero. Esse pensamento permanece enraizado entre as mulheres, entre as pessoas de seu convívio familiar e até mesmo permeia o conhecimentos dos próprios profissionais de saúde, como argumentado pela socióloga americana Hopkins⁴ (2000). As narrativas das seguintes entrevistadas elucidam esse contexto:

Fiquei [pensando], porque **eles** [pessoas do seu convívio] **falavam que, provavelmente, o primeiro, uma vez cesárea, sempre cesárea.** (M18)

Ela falou [sua mãe]: **a primeira foi cesárea, a segunda também tem que ser.** (M16)

Ele [o médico] **falou comigo** que seria **mais provável** [ser cesárea]. Geralmente é muito **difícil ter** casos de **pessoas terem o parto cesáreo, depois ter o normal** [...]. (M6)

[...] **A minha médica** desde o começo desse aqui [filho] **falou comigo que não tinha como** [ter parto normal], **que tinha que ser outra cesariana.** Que é quando **a primeira é cesárea a segunda também é**, e eles não forçam o parto. (M16)

A história da cesárea prévia mostrou-se também como fator de risco para a escolha inicial por uma segunda cesárea na pesquisa realizada por Dias *et al.* (2008). Os resultados desse estudo mostraram que 65% das multíparas com cesárea anterior escolheram esta via de parto já no início da gestação, comportamento distinto das mulheres que estavam em sua primeira gestação, pois 80% dessas não tinham escolha inicial pela cesariana. Nesse estudo, não foram investigados os motivos de preferência de cesárea pelas mulheres com uma cirurgia anterior.

⁴ Kristine Hopkins é socióloga norte-americana. Realizou o trabalho citado em maternidades brasileiras.

A apropriação do enunciado “uma vez cesárea, sempre cesárea” pelas mulheres do nosso estudo, influenciadas pelo contexto sociocultural e até mesmo por profissionais de saúde, não tem relação com o proposto por Edwin Craing, ou seja, não está vinculada ao risco de ruptura uterina e hemorragia durante o trabalho de parto, e resultou em várias distorções conceituais e em generalizações indevidas. Jovchelovitch (2011) explica que a teoria das representações sociais, na perspectiva de Moscovici, está centrada nas maneiras como o conhecimento é apropriado e ressignificado por diferentes setores da estrutura social. Portanto, conforme descrevemos a seguir, a assimilação e reprodução de tal enunciado pelas mulheres deste estudo corresponde às crenças na repetição do ocorrido com elas anteriormente. Brito e Camargo (2011) esclarecem: condutas adotadas por determinados sujeitos podem ser definidas pelas crenças, atitudes e práticas sociais geradas por meio de conhecimentos produzidos através de representações sociais.

As entrevistadas retomam, em seus relatos, os motivos da indicação de suas cesáreas e contam toda a história do desenrolar da gravidez anterior até o parto. Trazem as experiências e fazem paralelo com a gravidez atual, na perspectiva de que os fatos voltem a se repetir, por exemplo, complicações clínicas ou obstétricas, justificando determinados comportamentos, assim como a repetição da cirurgia.

No trecho a seguir, que ilustra tal argumento, M26 conta que seu primeiro parto teve indicação de cesárea por apresentação fetal pélvica⁵. Baseada no conhecimento anterior, questiona a orientação do profissional dada em uma das últimas consultas de pré-natal. Segundo ele, seria possível ter parto normal na segunda gravidez, pois o feto encontrava-se em apresentação cefálica. Nesse relato, podemos perceber o desconforto vivenciado por ela na forma de pensar, chegando a interrogar se não haveria possibilidade de o feto voltar para a apresentação pélvica (“desvirar”) novamente, o que justificaria uma segunda cesárea.

[...] **É, essa aqui não tem como ser cesárea** [informação do pré-natalista]. **Ele** [médico] **falou que ela** [feto] **já tá virada** [apresentação cefálica]. **Aí, eu até perguntei para ele, falei assim: ela não desvira de novo não?** (M 26)

⁵ Apresentação fetal pélvica – parte do feto (pelve) que se situa na pequena bacia ou pelve verdadeira materna.

Para as mulheres M1 e M12, a ideia de repetição do tipo de parto anterior está relacionada à reprodução de complicações clínicas ou obstétricas durante a gestação, ou no período do trabalho de parto, que desencadeariam uma nova cesárea. Observe-se o destacado nos fragmentos seguintes:

Que na minha primeira [gravidez], a **pressão aumentou muito**, aí **teve que fazer cesárea**, então eu fiquei **pensando que ia ser a mesma coisa** [...]. (M1)

[...] Achei que **sempre fosse assim**, entendeu? Que **sempre tivesse** que ter **complicação** e **fosse sempre cesárea**, não tivesse oportunidade de ser normal. (M12)

Para as mulheres M4, M5, M6, M8, M15, M23, M24, M25, M28 e M31, a reprodução das cesáreas está influenciada por “defeito” do próprio corpo, entendido como um túnel que não tem passagem, obstruído, ilustrado nos discursos de M6 e M24. Esse conhecimento é apropriado pelas mulheres ancorado na indicação médica de cesárea por desproporção cefalopélvica, diagnóstico que só pode ser realizado durante cada trabalho de parto, conforme revisão realizada por Amorim *et al.* (2010b), mas que muitas vezes é anunciado à mulher, pelo profissional, como “falta de passagem”, ou seja, um problema do corpo da mulher, como apontado no discurso de M15. Helman (2009) explica que as crenças sobre a estrutura do corpo e sobre o seu funcionamento são significativas à forma como afetam o comportamento das pessoas. Eis aqui algumas testemunhas:

Uma cesariana [tipo de parto que pensou ter, durante a gestação], **achei que ia ser a mesma coisa, que eu não ia ter passagem**. (M6)

Cesárea [ficou pensando que seria cesárea durante a gestação] porque já que **eu não tive passagem da primeira**, da segunda eu achei que não. A **segunda gravidez eu achei que não ia ter passagem**. (M24)

Eles [os médicos] falaram **que não ia ter passagem** não, aí **fez cesariana** [referência ao primeiro parto]. (M15)

Jodelet (2001) esclarece que a falta de informação e a incerteza da ciência favorecem o surgimento de representações que vão circular de boca em boca ou pular de um veículo de comunicação a outro, gerando, muitas vezes, situações conflituosas. Nesta subcategoria apreendemos, através dos discursos, que tais representações têm forte influência na organização do pensamento das entrevistadas, oportunizando atitudes desfavoráveis ao parto normal e dificultando às mulheres reformularem seus saberes e práticas, uma vez que tais representações se encontram enraizadas na vida cotidiana da sociedade.

Os relatos de algumas mulheres expõem outros elementos, que mantêm ainda forte a presença do enunciado “uma vez cesárea, sempre cesárea”, na realidade cotidiana, apesar da evolução da obstetrícia atual no que se refere à assistência ao parto e nascimento.

A entrevistada M3 é a única mulher deste estudo que teve informação, antes de engravidar, sobre a possibilidade de ter parto normal depois de uma cesárea, através de fontes formais de informação (livros e revistas científicas). Ela conta que, no início do pré-natal, realizado na rede privada de saúde, expôs ao profissional seu desejo de ter um parto normal. Ele responde:

[...] Ele [o médico] falou: **não**, porque o seu **primeiro foi cesárea, seu segundo também deverá ser.** (M3)

Ela prossegue sua reflexão dizendo, durante a entrevista:

[...] Mas **devido à questão do sistema principalmente privado**, eu **não via outra alternativa senão cesárea.** (M3)

[...] Eu questiono muito esse **sistema privado**. Eu acho que isso é muito no Brasil. Que no **sistema privado noventa por cento**, segundo eu pesquisei, **com cesárea [...].** (M3)

Neste caso, M3 avaliou que estar inserida no sistema de saúde suplementar era condição de risco para que seu parto fosse novamente cesárea, já que, no início do pré-natal, o profissional aponta a obrigatoriedade de repetir cesárea. Esse fato é confirmado pelos estudos de Cardoso e Barbosa (2012), Cesár *et al.* (2011) e Freitas *et al.* (2005), que investigaram os

fatores não obstétricos que influenciam as taxas de cesárea no Brasil, sempre crescentes. Tais fatores são sociais, econômicos e culturais. Destaca-se que ter informação prévia adequada foi um elemento importante para que M3 fizesse suas reflexões.

Os depoimentos de M14 e M18, apresentados logo a seguir, confirmam e deixam ver que a condição econômica e social é atualmente fator determinante para o tipo de parto realizado, ou seja, estar inserida na rede pública de saúde não garante a repetição da cesárea, ou melhor, a possibilidade de escolha do tipo de parto, como acontece na rede suplementar de saúde, corroborando o discurso de M3. Todas as entrevistadas relataram que, ao chegarem à maternidade, não lhes foi oportunizada a escolha pela via de parto.

[...] Porque o Brasil da gente não tem vez, quando o pobre não tem dinheiro para pagar uma cesárea, eles [os profissionais da saúde] preferem perder uma vida [“tentando parto normal”] a fazer uma cesárea [...]. (M14)

Por ser uma rede pública. Eles [profissionais da saúde] vão ficar forçando [parto normal]. (M18)

A pesquisa realizada por Mandarino *et al.* (2009), com o objetivo de analisar aspectos relacionados à escolha do tipo de parto em uma maternidade do serviço público e outra do serviço privado em São Luís, Maranhão, Brasil, comprova o argumento exposto acima. Ao avaliar a concordância entre preferência da gestante e o tipo de parto realizado na maternidade pública foi de 38,2% para o parto cesáreo, enquanto que na maternidade privada essa taxa foi de 100%.

Desse modo, mulheres que possuem convênio de saúde e são atendidas em instituição privada têm possibilidade de escolher o tipo de parto conforme sua preferência, sendo esse o critério de avaliação da qualidade da assistência recebida (MERIGHI *et al.*, 2007). Por outro lado, as mulheres mais pobres, por não conseguirem pagar pelo procedimento cirúrgico, sentem-se discriminadas quanto ao atendimento recebido (IORRA *et al.*, 2011).

Assim, e sabendo que a representação é um esquema simbólico que a sociedade formula, reconhecemos: a força e a manutenção da crença “uma vez cesárea, sempre cesárea” encontram-se, historicamente, associadas aos padrões socioculturais e econômicos presentes

na atualidade. Freitas *et al.* (2005) consideram ainda que o excesso de cesárea é um problema de saúde pública que ultrapassa a fronteira das questões meramente clínicas. Pires *et al.* (1999) apontam que os fatores socioeconômicos, dentre eles seguro-saúde pelo SUS, são fundamentalmente os principais determinantes da prova de trabalho de parto em secundigestas com uma cesárea anterior.

O conteúdo das informações disponibilizadas por pessoas consideradas especialistas na temática é outro elemento que apontamos como importante para a manutenção e propagação dos saberes do cotidiano. A entrevistada M18 relata que não recebeu informação durante o pré-natal sobre parto normal após uma cesárea, mas, em sua última consulta realizada na rede de atenção suplementar à saúde, teve a orientação, destacada abaixo, sendo o seu conteúdo questionado por ela mesma no momento da entrevista:

[...] Ele [o médico] falou assim: Ó! O seu **colo está longo, você está com um centímetro de dilatação, o neném é grande, você não vai ter parto normal não.** (M18)

[...] e foi [parto normal], **não tinha nada disso.** (M18)

Nos relatos de M16 e M29, as distorções com relação à informação aparecem na primeira consulta gestacional e durante o exame de ultrassonografia, quando os profissionais estabelecem orientações ancoradas em modelos tradicionais que continuam sendo repassados para a sociedade, e que também justificam a manutenção do enunciado “uma vez cesárea, sempre cesárea”. O contrário seria “forçar” o parto normal, incorrendo em riscos:

Não, a **minha médica, desde o começo** desse aqui [filho], **falou comigo que tinha que ser outra cesariana**, que **quando a primeira** [gravidez] **é cesárea, a segunda também.** E, **eles** [profissionais na maternidade] **não forçam o parto.** (M16)

Quando eu fiz ultrassom, **o médico me falou que poderia ser normal ou cesariana**, mas [...] **normal não era bom arriscar [...].** (M29)

As informações possibilitam a formação de valores, atitudes e comportamentos, na perspectiva de Placco (2005). No entanto, essa estudiosa das representações sociais considera necessário avaliar o teor das informações, pois, em algumas temáticas, incluindo-se o parto, informações equivocadas ou distorcidas geram valores que estarão na base de atitudes e ações inadequadas.

Nos discursos das mulheres M21 e M22, por outro lado, é possível averiguar que as informações com conteúdo adequado às novas recomendações científicas e a experiência concreta de outras mulheres são responsáveis por, ainda no período gestacional, “acalmar o susto” que a nova situação pode causar, contribuindo para a desconstrução de conhecimentos anteriores e re-elaboração de outras representações. A seguir, mais falas retiradas das entrevistas:

[...] Desde o **início do pré-natal**, eu fui conversando com o meu médico. Ele [o médico] **foi me orientando, falando que pode ser normal**. [...] **que uma gravidez não é igual à outra**, [...] **se acontecesse alguma coisa** [intercorrência] **que poderia ser cesariana** [...]. E eu adaptei no parto normal [ainda no pré-natal]. (M21)

[...] **Ele** [o médico] disse **que pesquisas já comprovaram que não tem nada a ver** [“uma vez cesárea, sempre cesárea”] [...]. (M22)

[...] Eu já **fiquei sabendo de mulheres que tiveram parto normal depois de um ano e meio de uma cesárea**. (M22)

Na subcategoria descrita a seguir, que se refere aos “Conflitos do Sentir”: dúvidas e temores, detalhamos o que consideramos: o próximo passo na trajetória das mulheres diante do “estranho”, o desequilíbrio de seus modos de sentir, marcado por ruptura do esperado, associado ao primeiro contato com a informação sobre a mudança do tipo de parto. As mulheres passam a narrar como se sentiram diante do “estranho”. Destacamos que compreender o pensamento das mulheres em relação aos seus partos no contexto referido está vinculado aos seus modos de sentir e agir.

7.2.1.2 “Conflitos do Sentir”: temores e dúvidas

Esta subcategoria foi construída a partir da narrativa das mulheres quando se referem aos seus sentimentos ao serem informadas sobre a possibilidade de mudança do tipo de parto. O parto passa a se apresentar de forma diferenciada ao esperado pela maioria das mulheres, impactando suas formas de sentir. Destaca-se que o parto, por si só, considerando o seu caráter emblemático nos diversos contextos sociais e culturais, é um objeto social que evoca a construção de uma rede de significados com repercussões na vida das pessoas (CONSONNI *et al.* 2003; LOPES *et al.*, 2005; MELO, 2003; RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008; VELHO *et al.*, 2012).

O relato de M16, ainda no momento de sobressalto, delineia esses sentimentos, uma associação de receio e indecisão, observado nas falas da maioria das mulheres deste estudo, ao primeiro contato com a informação de que poderiam ter parto normal, dadas suas experiências e conhecimentos prévios:

[...] **O parto normal** foi assim: eu estava **morrendo de medo**. Eu falei assim: **Nossa! Vou ganhar de parto normal. E agora?** (M16)

Objetos sociais estranhos evocam medo, porque ameaçam o sentido de ordem das pessoas e sua sensação de controle sobre o mundo, esclarece Joffe (2011). Assim, a construção da representação social relaciona-se com o medo de impotência diante de um objeto social desconhecido. Essa autora acrescenta que a teoria das representações sociais nos alerta para o fato de que as respostas emocionais não se originam em indivíduos isoladamente. Elas são produto de representações emocionais surgidas historicamente e que circulam no meio científico, nos meios de comunicação de massa e do pensamento popular.

Os relatos das mulheres, durante as entrevistas, apontam o papel da afetividade, incluindo sentimentos de medo, ansiedade e preocupação, presentes em suas representações sociais no período que antecede o parto normal. Destaca-se, em suas narrativas, a presença da incerteza, fruto do processo vivido no parto anterior. Neste caso, na maioria das vezes, fortalece a crença das mulheres acerca de sua incapacidade de parir.

As mulheres iniciaram sua narrativa com relação à possibilidade de terem parto normal, expressando os sentimentos de medo com relação a isso. Seus temores estão relacionados principalmente à dor durante o trabalho de parto e parto, ao medo de morrer, ao receio com relação ao maior tempo de duração do processo de parto, à ideia de lesões anatômicas e fisiológicas provocadas pelo parto normal, que, neste estudo, aparece de forma relativamente acanhada. Relacionam-se ainda, à própria fisiologia do processo de parto e nascimento, que, pouco compreendida, causa temor nas mulheres, ao receio de riscos para o feto no parto normal, à insegurança quanto ao atendimento em determinadas instituições, em função de seus protocolos de assistência.

Merighi *et al.* (2007) esclarecem que, quando as mulheres desconhecem as informações sobre o processo de parturição, as condutas de rotina da maternidade e o local onde irá ocorrer seu parto, elas se sentem ansiosas, com medo dos acontecimentos vindouros, sentimentos que tornam o processo traumático.

Os trechos a seguir ilustram os principais temores das mulheres com relação ao parto normal:

[...] Eu cheguei até a ficar com **medo de vir para cá, porque aqui eles forçam muito o parto normal** [...]. (M6)

[...] O parto normal foi assim, **eu estava morrendo de medo**. [...] Fiquei com **medo por causa das contrações** e as coisas. (M16)

A gente tem **medo da dor** que vai sentir. (M22)

Fiquei com **medo de tomar ponto** [...]. (M20)

[...] Eu senti um pouco de **medo** assim [...] de **machucar a criança** ou **dar algum problema, morrer**, alguma coisa assim [...]. (M28)

Ao narrarem suas histórias do período gestacional, as mulheres utilizaram frequentemente a palavra “dor”, e, nesse caso, essa palavra sempre esteve relacionada à palavra “medo”.

Ainda no momento de “susto”, frente à possibilidade de ter um parto normal depois de uma cesárea em gestação anterior, M18 traz a imagem de “açougue” para seus sentimentos prévios com relação ao parto normal:

[...] **Açougue mesmo, muita dor, muito desespero [...]** (M18)

A imagem ilustrada por M18 simboliza os modos de sentir das mulheres e está relacionada ao medo da dor, da solidão, da morte, de serem obrigadas a terem parto normal, principalmente por estarem inseridas no sistema público de saúde. Tais sensações permeiam o parto normal após uma cesárea, em nossa cultura. Moscovici (2012) esclarece que a representação de um objeto se constitui de duas faces indissociáveis: a face figurativa e a face simbólica. Ao mesmo tempo em que se destaca uma figura, ela é carregada de significados, vinculando-a a um sistema de valores, noções e práticas, segundo os grupos sociais, de onde originam suas significações, e em saberes anteriores, reavivados por uma situação social particular.

Desse modo, percebemos que as mulheres deste estudo, ao tomarem conhecimento sobre a possibilidade de terem um parto normal, contexto desconhecido anteriormente, retomam os saberes que circulam no cotidiano a respeito desse tipo de parto, os quais estão ancorados em esquemas simbólicos históricos e culturalmente construídos para formularem as suas representações no que diz respeito às suas formas de sentir. Essas são, portanto, representações sobre o parto, perpassadas por temores principalmente no que se refere à dor inerente ao parto normal, dor bastante real, adverte Kitzinger (1978b). Essas representações são geradas e partilhadas pelas mulheres enquanto coletividade. As mulheres de países ocidentais apresentam atitude menos positiva em relação às dores do parto. Helman (2009) esclarece que as expectativas da dor no parto, e a forma como ela é manifestada e compreendida variam amplamente conforme os grupos culturais.

Estudos realizados em nosso meio cultural, com diferentes grupos sociais, utilizando-se a teoria das representações sociais para abordar os conhecimentos e as práticas das mulheres sobre o parto normal, deixam claros os aspectos afetivos e os comportamentos com relação à dor do parto presente entre elas, conforme apontamos a seguir.

O estudo fundamentado na teoria das representações sociais, com o objetivo de compreender as representações sociais de mães adolescentes acerca do momento do parto, avaliou as expectativas delas em relação ao parto. As adolescentes, segundo Gomes *et al.* (2011), deixaram evidente que suas representações são fortemente influenciadas pela interação com familiares, vizinhas e amigas. A proximidade do parto está ancorada na dor e no sofrimento.

Outro estudo, realizado por Carvalho (2006), intitulado “O parto sob o olhar da mulher rural: um estudo sobre representações sociais”, assinala que as representações sociais das mulheres acerca do parto normal encontram-se sob a ótica de duas centralidades: o medo do parto e a felicidade de ser mãe. Com relação ao medo no momento do parto, esse estudo apontou vários referenciais e representações que o sustentam, como: o imaginário da mulher, o medo da morte, os mistérios do parto, o receio pelos filhos, o perigo e as emoções emersas quando pensam em algo ruim relacionado ao parto.

A narrativa de M3 procura justificar os sentimentos das mulheres contemporâneas a respeito do parto normal, articulando os aspectos emocionais nele envolvidos e o caráter inusitado desse tipo de parto. Para isso, estabelece uma relação entre os sentimentos de incerteza das mulheres, os desgastes afetivos por elas vivenciados durante o período gestacional, configurando saberes sobre parto normal que circulam e têm força em nosso cotidiano:

[...] **Hoje a nossa cultura, a questão da ansiedade; a mulher trabalha, a gente planeja tudo. Então a gente tem que ter certeza das coisas e na questão do parto a única certeza que você tem é a incerteza. Você não sabe o que realmente vai acontecer, não sabe a hora, não sabe o dia, e não sabe nem como vai acontecer, imprevistos acontecem.** Então acho que isso deixa a **mulher de hoje, moderna, desesperada.** (M3)

Ao aprofundarmos a leitura e análise dos dados, percebemos que as mulheres, com uma cesárea em gestação anterior, diante da possibilidade de terem parto normal, partilham uma forma específica de sentir, correspondente ao medo de serem incapazes de parir, de “sentirem e sofrerem as dores” do trabalho de parto e necessitarem impreterivelmente de outra cesárea. Esse sentimento está diretamente articulado aos seus modos de pensar, sintetizado pela expressão “uma vez cesárea, sempre cesárea”, adequada ao discurso que justifica a repetição das cesáreas. Os “conflitos do sentir” traduzidos pelo medo de não conseguir, de não aguentar e, depois de todo o trabalho de parto, processo sabidamente desgastante por causa da dor, novamente precisarem de outra cesárea, reforça, como já argumentamos anteriormente, a incapacidade de parir, conforme aparece nos relatos adiante:

[...] Eu fiquei tipo assim, com **muito medo de sentir aquelas dores todas do parto e no final ser cesariana de novo. (M4)**

Ah, será que eu vou conseguir? [...] **Aí veio o medo também de não conseguir e ter que passar por todo esse trabalho, de sentir dor ali e depois ter que correr novamente para uma cesariana, e acho que nessa hora você acaba se tornando incapaz. (M12)**

[...] **Minha preocupação era isso, eles [profissionais da maternidade] tentar, querer fazer o normal [parto] e passar da hora da neném nascer. (M24)**

[...] **Fiquei desesperada, [...] falei assim: eles vão ficar aqui me enrolando, me enrolando, me enrolando e no final vão fazer cesariana de novo. (M25)**

Falei: **não, eu não posso, eu não. [...] Eu fiquei meio com medo [...]. (M30)**

Ressaltamos que os sentimentos por elas descritos ao terem informação sobre a possibilidade de terem parto normal são pertinentes às mulheres que terão seus filhos na rede pública de saúde e estão ancorados no conhecimento prático de que nesses serviços “tentam parto normal até o último momento”. M3 foi a única mulher que optou por ter seu filho no serviço público. Ademais, conforme apresentaremos na próxima subcategoria, os sentimentos por elas expostos têm articulação direta com suas condutas frente ao parto normal.

Nesta subcategoria, a informação adequada é claramente apresentada como um elemento que ajuda as mulheres a se aproximarem do parto normal, tornando-o familiar, reduzindo, assim, os desgastes afetivos por elas vivenciados. O medo da dor e do desconhecido são determinantes socioculturais de grande influência sobre a representação social da mulher no período gestacional em prol da cesárea, decorrendo principalmente da desinformação sobre a etapa da parturição e dos seus benefícios para a mãe e o filho (SPINK, 2011).

[...] As **pessoas têm medo é do desconhecido**. Quando **você** passa a **conhecer o seu corpo**, você passa a ter **uma certa informação** daquilo que você vai passar, **o seu medo diminui**. Então, **eu não tive medo**, eu **tive** muita **segurança** daquilo que estava acontecendo comigo [...]. (M3)

Vale destacar que M3 teve acesso diferenciado à informação, em decorrência de sua inserção grupal, condicionante cultural que lhe permitiu a apropriação das informações também de forma diferenciada sobre o parto normal nesse contexto.

A seguir apresentamos a subcategoria “Conflitos do Agir”: estratégias para lidar ou não com o “estranho”. Corresponde ao passo seguinte observado na trajetória das mulheres, durante a gestação, para o parto, e tem correspondência direta com seu modo de pensar e sentir.

7.2.1.3 “Conflitos do Agir”: estratégias para lidar ou não com o “estranho”

Nesta subcategoria, avaliamos como as mulheres com uma cesárea em gestação anterior comportaram-se diante da possibilidade de ter parto normal. Priorizamos, dessa maneira, a investigação da relação entre suas representações e suas práticas, ainda no período anterior ao parto normal.

Os recursos por elas utilizados para lidar com o objeto “estranho”, durante a gestação ou até mesmo no momento do parto, estão diretamente relacionados com seu modo de pensar e sentir, pois foram as imagens e os significados por elas elaborados e compartilhados que orientaram suas atitudes, reforçaram seus saberes e valores anteriores, determinando, assim,

seu comportamento. Moscovici (2012) pontua que uma das funções exclusivas das representações sociais no quadro da vida cotidiana é a elaboração e orientação de condutas e práticas sociais.

As evidências científicas mostram que ter uma cesárea em uma primeira gestação apresenta-se como fator determinante para que o segundo parto também seja cesárea (PADUA *et al.*, 2010; SAKAE *et al.*, 2009). Fato constatado no estudo do tipo caso-controle realizado por Cecatti *et al.* (2005), no qual apenas 150 mulheres (11%) do total de 1352 mulheres tiveram parto normal como segundo parto, depois de uma cesárea. Estudos avaliam ainda as expectativas e as preferências das mulheres com relação ao tipo de parto, tendo tido uma cesárea em seu primeiro parto (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006; MANDARINO *et al.*, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2002). Entretanto não abordam os conhecimentos e os comportamentos das mulheres que vivenciarão o parto normal nesse contexto nem mesmo a origem e história de construção de suas representações.

Através das narrativas das entrevistadas, percebemos basicamente que o grupo apresentou movimentos diferenciados diante da possibilidade de ter parto normal, sendo aparente a estruturação de comportamentos em correspondência com seu modo de pensar e sentir discutidos anteriormente. Desse modo, identificamos mulheres que mantinham seus saberes a respeito do parto normal e estabeleceram articulações para resistir, e buscar de qualquer forma outra cesárea. Esse posicionamento aparece de forma conflituosa, pois, conforme discutimos anteriormente, elas não tiveram a opção de escolher a via de parto na gravidez atual. Algumas mulheres estavam movimentando-se para obter elementos e elaborar novos conhecimentos sobre o parto, ou seja, buscando rearranjar seus conhecimentos por meio de novas informações, ou ancorando-se em experiências de outras mulheres para se aproximar do parto normal.

O comportamento das entrevistadas leva em conta o tempo que elas tiveram para se adaptar ao que lhes estava sendo “imposto”, pois um objeto novo não entra de uma vez na vida das pessoas. Lembrando que a maioria das mulheres, no início da gravidez, não conhecia a possibilidade de ter parto normal depois de uma cesárea, e ainda 12 das 31 mulheres só obtiveram tal informação no momento do parto, o tempo foi e é um fator imprescindível para permitir ou não a desconstrução de conhecimentos prévios e a elaboração de um conjunto de

significados para colocar o parto normal em sua vida, reconfigurando, assim, suas representações.

Nesse contexto, as mulheres estão sendo pressionadas a mudarem sua forma de pensar, sentir e agir com relação ao parto. Moscovici (2012) chamou tal processo de *pressão à inferência*, e se refere à situação social em que as representações sociais estão sendo elaboradas. Ou seja, consiste na pressão exercida pelos grupos sociais para que seus membros tomem determinada posição e tem efeito decisivo na formação das representações sociais. A posição a tomar, resalta Moscovici, deve servir a objetivos individuais ou grupais e exige que os indivíduos e os grupos disponham de recursos que lhes permitam produzir uma opinião não só rápida, mas também de acordo com suas estratégias.

As informações veiculadas na mídia pode ser um desses recursos, a que Moscovici se refere, usados pelos indivíduos pressionados a conviver com um objeto estranho, tendo assim papel importante na cultura e na sociedade na constituição de uma rede de significados e opiniões que poderão orientar comportamentos.

O estudo realizado por Roos *et al.* (2008), com o objetivo de identificar os temas presentes sobre parto no Jornal Diário Gaúcho, durante o ano de 2005, jornal de grande circulação, impresso na capital do Rio Grande do Sul e direcionado a um público popular da Grande Porto Alegre e principais cidades do interior do Rio Grande do Sul, confirmou que as matérias dedicadas às complicações do parto e nascimento, no informativo, são muito frequentes e detêm maior espaço comparativamente àquelas que se dedicam ao processo fisiológico do parto. O parto normal é apresentado, na maioria dos textos analisados, como um evento que oferece risco e sofrimento para mãe e filho. Esse é o esquema simbólico presente do parto normal na cultura vigente e o ancoradouro para constituição de representações.

O parto normal, depois de uma cesárea anterior, também está associado a uma dimensão negativa e estranha, que ameaça e desestabiliza os conhecimentos anteriores das mulheres, impactando seus modos de agir. Os trechos a seguir se referem aos comportamentos de algumas das entrevistadas frente à possibilidade de terem parto normal. São observados mecanismos criados por elas para não alterar seus saberes prévios, concretizando o que consideram verdade: “uma vez cesárea, sempre cesárea”.

[...] Eu **ia pagar a cesariana**, já estava certa que ia pagar. (M2)

[...] **Eu não queria vir para cá** de jeito nenhum [aqui forçam muito o parto normal]. (M6)

[...] Eu cheguei aqui. Aí os médicos me convenceram a ter um parto normal. **Aí eu relutei bastante** [para não ter parto normal]. (M11)

[...] Eu **fiquei quinze dias indo de maternidade e voltando**, maternidade e voltando [para ver se alguém fazia sua cesárea]. (M14)

[...] Eu fiz meu pré-natal, aí **já estava dando quarenta semanas**, eu vim pra cá. Aí **cheguei aqui, falei que era cesárea** [por causa do primeiro parto]. (M24)

Estava **torcendo para não ter dilatação nenhuma** para eu fazer cesariana. (M25)

Esta subcategoria mostra, entretanto, que as representações sociais das mulheres com uma cesárea em gestação anterior podem começar a ser reconstruídas ao longo da gestação, repercutindo em seus posicionamentos no período antecedente ao parto, ou mesmo no momento do parto. Mais uma vez, a informação foi o elemento que proporcionou mudanças nos saberes das mulheres com relação ao parto normal. Profissionais de saúde e outras mulheres disponibilizaram leituras científicas, conversações cotidianas e trocas de experiências, apontando que o sentido de um dado objeto pode ser estruturado no contexto de suas relações.

[...] Eu **troquei de médico** [ao ver que seria submetida a outra cesárea, conhecendo a possibilidade de ter parto normal], **procurei uma doula**⁶ para me ajudar [...] Eu **tentei me preparar psicologicamente**, também eu **comprei**

⁶ Doula: é uma palavra de origem grega que significa “Mulher que serve a outra”. São mulheres com habilidades para cuidar e ajudar outra mulher que está dando à luz.

um livro “O parto sem dor”⁷ que trabalha com métodos Lamaze⁸ e estudei o livro em relação à questão da dilatação, técnicas de respiração [...]. (M3)

[...] Depois, quando o médico me deu a possibilidade [de ter parto normal], **eu fiz muito, sabe? Para esse momento acontecer. Igual eu andei muito, eu fiz bastante caminhada**, movimentava [...] fazendo algumas coisas em casa [...]. (M4)

[...] Eu **conversava com as minhas colegas que tinham parto normal, elas me explicavam** [...] Eu **conversava antes, a gravidez toda** conversei com **minhas colegas, umas que já tiveram parto cesáreo, as que já tiveram parto normal.** (M7)

[...] Eu **entrei no quarto de uma dona** que ela **tinha ganhado neném**. Aí ela falou assim: Olha, a dor é insuportável, mas se **você pegar com Deus nada é impossível. Foi o que eu fiz, peguei com Deus.** [...]. (M11)

O relato de M3 deixa ver a influência de fatores econômicos, culturais e sociais na construção das representações sociais. Essa mulher está inserida em uma classe socioeconômica diferenciada das demais mulheres do estudo. Foi a única das entrevistadas que disse conhecer a possibilidade de ter parto normal depois de uma cesárea antes da concepção. Portanto, o fator tempo também foi-lhe favorável, o que lhe garantiu condições para re-elaborar seus conhecimentos e posicionar-se contra determinados padrões normativos.

O relato de M11 chama a atenção para a busca da fé em Deus como elemento para enfrentar o momento do parto, pois, assim, tudo seria possível. A confiança em Deus aparece como sistema periférico de um dos núcleos centrais das representações sociais do parto normal de mulheres rurais no estudo de Carvalho (2006). Neste estudo, evidenciamos que as

⁷ VELLAY, P. *Parto sem dor: princípios, prática e testemunho*. 5. ed. São Paulo: Ibrasa, 1980, 272 p.

⁸ O “método Lamaze”, ou “psicoprofilaxia” é uma maneira de se preparar para o parto desenvolvida na década de cinquenta pelo médico francês Fernand Lamaze, que treinou mulheres para responder às contrações do trabalho de parto com diferentes tipos de respiração, que se tornavam mais rápidas à medida que as contrações se intensificavam. A concentração na respiração tem a função de desviar a atenção à dor do parto.

mulheres, quando estão diante do “estranho”, no momento do parto, e não têm tempo nem conteúdo para re-elaborar seus saberes, também ancoram no conhecimento de que Deus está com elas para ajudar a enfrentar a dor e tornar o parto normal possível, pois tal narrativa encontra-se presente no discurso de praticamente todas entrevistadas.

As representações sobre parto normal presentes nesta categoria evidenciam: a sua construção e manutenção estão ancorados nos esquemas e padrões simbólicos que a sociedade tem e partilha sobre a significação do parto, com predominância de sentimentos negativos constituídos ao longo do tempo, estando relacionados a valores e práticas sociais. Os discursos das mulheres na iminência de vivenciar a situação (parto normal) que desafia estruturas simbólicas (“uma vez cesárea, sempre cesárea”), já constituídas, reforçam a rede de significados em torno do parto normal, relacionados ao medo, à dor, ao sofrimento, à insegurança, ao abandono, ao maior tempo do procedimento, à impossibilidade de ter esse tipo de parto depois de uma cesárea.

Elas acrescentaram à rede de significados relativa ao parto normal, socialmente enraizados, o contexto social em que estão inseridas, o sistema público de saúde, o qual favorece a construção de representações de que o parto normal após uma cesárea é impossível e, portanto, vai ser “forçado”. Considerando a impossibilidade ou a incapacidade de tê-lo, vão precisar de outra cesárea ao final de um processo desgastante. Por isso, trouxeram a imagem de **açougue**, simbolizando a obrigatoriedade de ter parto normal na rede pública, a não oportunidade de escolhas, o desespero, a dor, a solidão, o medo da morte.

Conhecer as representações de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal, durante o período gestacional, possibilitou-nos fazer o levantamento do discurso reinante sobre parto normal, em nossa cultura, e nos permitirá visualizar se as mulheres estão alterando suas representações a partir da vivência do parto normal. Enfim, verificaremos se há construção de representações sociais a partir dessa experiência.

A seguir, faremos a apresentação das representações sociais das mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal, após terem vivenciado tal experiência. Esta categoria dá ênfase à movimentação ocorrida nas representações de mulheres com parto cirúrgico anterior e que aguardavam outra cesárea.

7.2.2 A vivência do Parto Normal após uma Cesárea em gestação anterior: resignificação do pensar, sentir e agir de mulheres

Esta categoria emergiu do discurso das mulheres ao narrarem sobre seus partos e as transformações em suas representações provocadas pela experiência vivida no momento do trabalho de parto, do parto e do pós-parto normal. Percebemos, durante as entrevistas, realizadas no período pós-parto normal mediato, que as mulheres estavam rompendo com seus conhecimentos anteriores referentes a esse tipo de parto e elaborando novos saberes com funções práticas em suas vidas cotidianas. Resumidamente, a experiência do parto normal estava mediando a construção de novos conhecimentos.

Evidenciamos uma mudança nos discursos das entrevistadas até mesmo no que diz respeito à maneira de se expressarem, havendo a passagem de um momento de turbulência a outro de quietude, de superação, de reflexão: alteravam a fala e sua tonalidade, os olhares, os gestos; enfim, suas representações.

O trecho a seguir sinaliza as mudanças ocorridas nas representações de M25, oportunizadas pela experiência concreta de parturição, e caracteriza as significações emergentes nos testemunhos fornecidos por grande parte das entrevistadas deste estudo. Nesse caso, o posicionamento contra o parto normal, fruto de uma construção cotidiana, o desespero e a incapacidade a ele associado, após experiênciá-lo, aparecem transformados em preferência por esse tipo de parto, permeada por um estado de euforia.

[...] desesperada porque eu não queria de jeito nenhum que fosse parto normal [por causa das coisas que ouvia dizer], [...] chorei demais, pensei que não podia [...], pensei que eu não ia conseguir de jeito nenhum. Mas agora tendo parto normal, (risos) agora eu gostei mais do que o primeiro [parto]. (M25)

A experiência de dar à luz é única, afirma Kitzinger (1978b), sendo improvável que qualquer experiência humana seja a ela comparável. Anos depois, a mulher tem vívida lembrança dos pormenores do seu trabalho de parto e de seus sentimentos ao nascer o bebê. Para essa antropóloga social, o parto não é apenas um ato biológico, mas um acontecimento

social, na medida em que afeta a relação entre o marido e a mulher, os membros da família e os grupos de descendência em que ambos se inserem. Em contraste com a gravidez, cuja evolução é lenta e permite que as diversas mudanças ocorram aos poucos, o parto, ressalta Consonni (2003), é um processo abrupto que rapidamente introduz mudanças intensas no contexto da vida cotidiana das mulheres.

Faz-se necessário, desse modo, centrarmos-nos sobre a produção de sentidos nas experiências de parto e no fluxo de sua vivência, considerando o processo de produção das representações sociais e sua eficácia concreta no campo social, seja facilitando o processo de comunicação, seja orientando condutas e práticas sociais, seja na delimitação de grupos que partilham representações.

As representações características do momento anterior à vivência do parto normal, descritas na categoria empírica precedente, englobando os conhecimentos enraizados socialmente e as experiências de partos prévios, são também referências para as representações presentes nesta categoria, uma vez que as mulheres deste estudo estabeleceram espontaneamente comparações com seus modos de pensar e sentir anteriores para construí-las e reconstruí-las.

A presente categoria, portanto, está incluída na trajetória das mulheres marcada significativamente pela vivência do parto normal, seus conhecimentos atuais estão ancorados nos conhecimentos de outrora, conforme aparece no trecho da entrevista de M26 a seguir:

[...] Cesariana, você corre mais risco de dar um derrame, uma parada cardíaca. Morrer lá no parto, na sala de parto, eu só pensava nisso, nessa parte. Agora não, se é normal [parto], a gente não corre tanto risco, melhor que seja normal. (M26)

Das 31 puérperas entrevistadas, 27 deixaram evidente que a experiência, por elas vivida durante o trabalho de parto, parto e no pós-parto estava sendo significativa para que reestruturassem os seus modos de pensar, sentir e agir com relação ao parto normal. Em suas narrativas, foi possível identificar que a dor das contrações durante o trabalho de parto e parto é um dos elementos que dificulta a vivência do parto normal plenamente. Esse aspecto foi considerado relevante em outros estudos realizados anteriormente (BEZERRA; CARDOSO, 2006; COSTA *et al.*, 2003; FIGUEIREDO *et al.*, 2002; OLIVEIRA *et al.*, 2010; SANTOS;

PEREIRA, 2012). Algumas mulheres do nosso estudo, no entanto, apontaram outros significados para o processo doloroso inerente ao parto normal que poderão contribuir para a desconstrução de saberes e práticas socialmente enraizados, conforme veremos adiante.

Na categoria anterior, destacamos: as informações foram o elemento que ajudou as mulheres a se familiarizarem com o parto normal. Nesta categoria, a experiência do parto normal possibilita o contato com o “estranho” e a produção de outros sentidos e significados. As mulheres narram como seus saberes anteriores vão sendo reformulados, a crença desconstruída, seus medos e dúvidas vencidos, as imagens e significados vão tomando formas mais “fortes”. Esse rearranjo permite colocar o parto normal no universo familiar das mulheres, configurando um novo campo de representação.

O conceito de representação social, na perspectiva de Moscovici (2012), ajuda-nos a entender a função da experiência na constituição de representações. Segundo esse autor, a atividade representativa tem um poder criador, cujo papel é atenuar as estranhezas, introduzi-las num espaço comum. Assim, parte-se de um estoque de saberes e experiências que podem ser deslocados e combinados para serem integrados, tornando objetos estranhos acessíveis, inteligíveis e concretos.

A noção de experiência vivida ou vivência é abordada por Jodelet (2005, p. 29) “como o modo através do qual as pessoas sentem uma situação, em seu foro íntimo, e o modo como elas elaboram, através de um trabalho psíquico e cognitivo, as ressonâncias positivas ou negativas dessa situação e das relações e ações que elas desenvolveram naquela situação”. Dessa maneira, destaca o papel da experiência vivida como mediação na construção de conhecimentos, podendo assumir, em situações novas ou desconhecidas, uma função “reveladora”, que conduz à criação de novas representações.

Estudos e pesquisas sobre vivência de mulheres no processo parturitivo comprovam que elas adquirem conhecimento sobre o parto através de suas experiências. Esses conhecimentos é que orientarão seus comportamentos em gestações e partos futuros (FIGUEIREDO *et al.*, 2010; MERIGHI *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2010; PEREIRA *et al.*, 2011a).

As mulheres, ao experimentarem o parto normal, nesse contexto tido como improvável, dadas as pertinências sociais e culturais, revelam novos conhecimentos a seu

respeito. Ao se apropriarem desses conhecimentos, contribuem para a desconstrução de saberes antigos enraizados na nossa cultura na medida em que apontam elementos para orientação de novas condutas e comportamentos na vida cotidiana. Dessa forma, a experiência tem papel central na constituição das representações sociais.

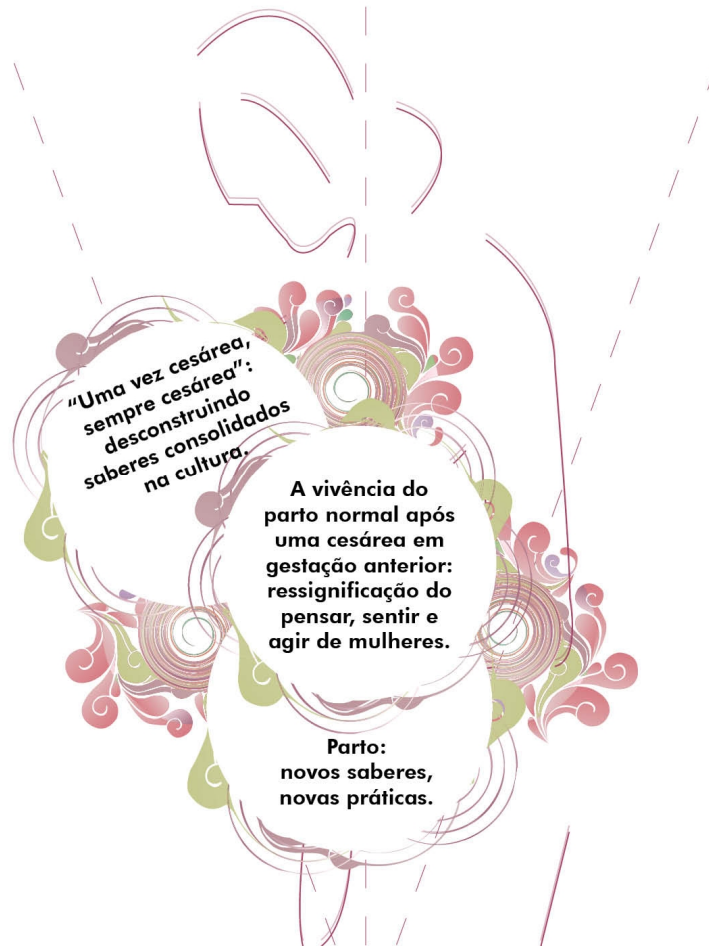
Esta categoria nos permitiu perceber que a experiência do parto normal provocou “estranhamento” suficiente para que as mulheres que tinham uma cesárea em suas gestações anteriores repensassem suas representações sobre parto. A esse respeito, os fragmentos das entrevistas de M9 e M16, citados adiante, sinalizam para uma reorganização de seus conhecimentos, a partir de suas experiências atuais sobre parto, na medida em que ser **experiências diferentes** ou **mudar de opinião** lhes proporcionaram resgatar as experiências anteriores, bem como seus conhecimentos prévios para reorganizar seus modos de pensar, sentir e agir.

[...] São **experiências** totalmente **diferentes**. (M9)

[...] **A gente só muda de opinião depois que acontecem as coisas**, que foi igual o meu caso. Eu tive uma cesariana, era para ter sido segunda cesariana [...]. (M16)

Portanto, as representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal, discutidas nesta categoria, equivalem à abordagem da experiência de parto por elas vivida e os sentidos que lhes foram atribuídos, configurando um contexto de desconstrução de conhecimentos prévios e de apropriação de novos conhecimentos. A Figura 21 expressa as representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal, após vivenciá-lo.

FIGURA 21 – Representações Sociais de Mulheres com uma Cesárea em gestação anterior sobre o Parto Normal, após vivenciá-lo.



Fonte: Produção da própria autora. Ilustração: Camilla Luz.

7.2.2.1 “Uma vez cesárea, sempre cesárea”: desconstruindo saberes consolidados na cultura

Esta subcategoria foi revelada a partir das constatações das mulheres sobre o que lhes ocorreu durante a vivência do parto normal. Nas entrevistas, as mulheres narraram detalhadamente o que pensaram, como sentiram e agiram no momento do parto. No período subsequente ao parto, elas demonstraram estabelecer contrapontos com suas representações

anteriores, evidenciaram estar desconstruindo saberes enraizados na cultura e que fizeram parte de seus repertórios de conhecimentos em suas trajetórias até a maternidade.

Ao iniciarem o relato da vivência do parto normal após uma cesárea em gestação anterior, as mulheres confrontam a experiência vivida na atualidade com o que pensavam outrora a respeito do tipo de parto que teriam. Apontaram mudanças na organização de seus pensamentos no que se refere aos motivos de se realizar uma cesárea. Questionaram essa indicação por causa de cesárea prévia, conforme constatamos no discurso de M31.

Esse negócio de que tem a primeira cesárea e não pode ter [parto normal], isso aí [“uma vez cesárea, sempre cesárea”] eu não acredito mais. (M31)

Desse modo, seus conhecimentos a respeito de “uma vez cesárea, sempre cesárea”, considerado por estudiosos como afirmação, axioma, regra, dogma, ditado, assertiva, prática, crença, senso comum, paradigma (FERNANDES *et al.*, 2007; FREITAS *et al.*, 2005; FREITAS *et al.*, 2008; IORRA *et al.*, 2011; MATIAS *et al.*, 2003; MATIAS *et al.*, 2007; MANDARINO *et al.*, 2009; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011; OLIVA, 2010; PERPETUO *et al.*, 1998; SANTOS *et al.*, 1998), e por 30 mulheres deste estudo, logo no início da gestação, como uma verdade, são reformulados.

As novas representações sobre o parto, repensadas e possibilitadas pela experiência concreta do parto normal, estão ancoradas nos conhecimentos de que a cesárea é uma cirurgia e que precisa, portanto de recomendação médica. Ou seja, é realizada no caso de intercorrência com a mulher ou com o seu filho, devido aos riscos de complicações a ela inerentes. Caso contrário, o parto normal deve ter prioridade na vida das parturientes, por seu caráter fisiológico; portanto, com menor potencial de riscos a ele associados.

O ser humano foi feito para ter parto normal, cesariana é quando não tem outra opção [referência à intercorrência fetal]. [...] Depois eu pensei bem, eu falei: Gente, fazer uma cesariana é uma cirurgia muito arriscada, corta coisa demais ali para tirar um neném [...]. (M2)

Porque a cesariana é uma cirurgia de sete camadas, eu fiquei na mesa de cirurgia um bom tempo [...]. (M6)

[...] É o **parto normal**, é o parto natural, **é a forma que o ser humano precisa vir ao mundo**. A **cesárea**, ela é **uma opção** [referência à intercorrência materna] no mundo que a gente tem hoje, [...], **tem tecnologia** e hoje **tem possibilidade** de se **fazer cesárea**. **Antigamente, quando não tinha, as mulheres morriam** [...]. (M22)

As três entrevistadas citadas acima tiveram indicação de cesárea noutra gravidez, conforme nos relatou, por intercorrência fetal durante a gestação (M2 e M22) ou durante o trabalho de parto (M6). Podemos inferir que o esclarecimento sobre o motivo de sua realização naquele momento foi adequado, pois elas retomaram a experiência da cirurgia. Utilizando-se inclusive de termos técnicos, compararam-na à experiência atual, sem complicações, para reconstruir seus conhecimentos sobre as indicações de parto.

Parece-nos ainda que tal reflexão não foi feita anteriormente, pela maioria das mulheres deste estudo, devido à força do conjunto de significados negativos sobre o parto normal reinantes na nossa cultura, bem como à falta de informação que as ajudasse a romper com seus conhecimentos prévios.

A imagem de **açougue**, formulada por uma das mulheres, discutida na categoria anterior, objetiva e ancora essa rede de sentidos e significados negativos, da maioria das entrevistadas, em torno do parto normal, após uma cesárea inserida na sociedade contemporânea (“forçado”, demorado, sofrido, solitário, temível, relacionado à ideia de morte). Retomamo-la para, a seguir, apresentar as desconstruções e reconstruções que as puérperas vão fazendo ao longo de seus depoimentos.

As mulheres temiam o tempo de duração do trabalho de parto e parto, ao comparar com a cesárea. Receavam o tempo delongado, o que prolongaria o “sofrimento”. Ademais, no período gestacional ou mesmo quando chegaram à maternidade e foram comunicadas do diagnóstico de trabalho de parto, acreditavam que seriam “forçadas” a terem parto normal, reafirmando, desse modo, o conhecimento de que o tempo seria prolongado. Após o parto, as mulheres demonstraram estar desconstruindo esse conhecimento. Tal argumento pode ser comprovado pelos trechos seguintes:

[...] **Na hora** [trabalho de parto e parto] **parece que é um ano que você está ali** naquele sofrimento. **Depois, quando passa,** [...] **você fala** assim: nossa, **três horas e meia que passou** eu sofri [por causa da dor], mas eu estou bem. (M11)

[...] **Não demora** muito igual o parto cesariano. (M15)

Eu **achei que ia demorar por causa da primeira cesárea, mas foi rapidinho.** (M23)

[...] **Normal parece que o neném nasce mais rápido e cesárea não, parece que demora [...].** (M26)

O tempo de permanência em trabalho de parto, após a admissão na maternidade, foi em média de 5 horas. Das 31 mulheres que compõem o estudo, 27 foram admitidas e tiveram o partograma⁹ iniciado ainda no setor de admissão. Uma delas foi admitida em fase inicial do trabalho de parto e teve o partograma iniciado tão logo entrou no processo espontaneamente. Duas não tiveram seus partogramas iniciados ao chegarem à maternidade, porque foram admitidas para acompanhamento clínico: uma gestante, devido ao aumento dos níveis pressóricos e a outra, por suspeita de trabalho de parto prematuro. Uma terceira mulher chegou à maternidade em período expulsivo do parto, sendo dispensável o uso desse instrumento.

Considerando as recomendações, baseadas em evidências científicas, para o início do uso desse instrumento na fase ativa do trabalho de parto (PORTO *et al.*, 2010), e o protocolo de assistência ao trabalho de parto e parto das duas instituições, constatamos que essas mulheres foram internadas já na fase ativa dessa etapa.

Os estudos realizados por Bio *et al.* (2006) e Mamede *et al.* (2007), com o objetivo de analisar a associação entre mobilidade, deambulação e a duração da fase ativa de parturição em mulheres primigestas, encontraram um tempo médio de 5h e 8h respectivamente, quando

⁹ Partograma: instrumento gráfico para monitoração clínica da progressão do trabalho de parto. Uso recomendado para todas as mulheres que já estão nesse processo.

as mulheres foram estimuladas a se movimentar. No estudo de Bio *et al.* (2006), o grupo-controle, que não teve um profissional estimulando a mobilização das parturientes, a média de duração da fase ativa foi de 8h. Na pesquisa realizada por Oliveira *et al.* (2010), a média de permanência em trabalho de parto, após a admissão na maternidade, foi de 3h. Porém, nessa amostra, há a participação de multíparas que apresentam menor tempo de evolução de trabalho de parto e parto (AMORIM *et al.*, 2010a), naturalmente contribuindo para o menor tempo de fase ativa nesse estudo.

Apesar de não ser nossa intenção comparar deambulação, movimentação e tempo de trabalho de parto, usamos essas referências devido ao menor tempo do processo nelas encontrado e as semelhanças com as duas instituições onde realizamos as entrevistas. Nas maternidades deste estudo, os profissionais apoiam e incentivam movimentação ativa durante o trabalho de parto.

Os depoimentos das mulheres, aqui, durante a entrevista, desconstrói a ideia de que o parto normal é um processo demorado. Elas demonstraram ser esse um aspecto positivo em suas avaliações a respeito do parto. A palavra “rápido” é recorrente, aparece acompanhada do advérbio de intensidade mais e está associada aos termos: dor que passa, dilatação, trabalho de parto, parto normal, nasce, recuperação, sarar, ir embora para casa.

O estudo realizado por Domingues *et al.* (2004), com o propósito de analisar os fatores associados à satisfação das mulheres com a atenção ao parto normal em uma maternidade do Rio de Janeiro/Brasil, confirma a relação entre satisfação e menor tempo de trabalho de parto, pois a principal razão referida pelas puérperas, segundo o grau de satisfação **muito bom/bom**, com a assistência ao parto, foi ter uma parturição rápida.

O medo da dor das contrações, durante o trabalho de parto e parto, é um dos elementos principais na manutenção da rede de significados negativa sobre o parto normal e prevaleceu no discurso das gestantes no tempo anterior ao parto. A maioria das puérperas nos confessou enfaticamente que, como M9, “queria **manter cesárea pela praticidade de não sentir a dor antes do parto**”.

Ao vivenciarem o parto normal, a dor não deixou de fazer parte dos seus depoimentos. Essa palavra esteve presente em todas as entrevistas, mostrando as dificuldades impostas pela dor no processo parturitivo. Entretanto, observamos, em algumas falas, transformações em

relação aos sentimentos temerosos a ela relacionados, que contribuem para a sua resignificação. Abordam, ainda, estratégias para enfrentá-la. As falas seguintes representam esse argumento:

Porque o **parto normal**, [...] eu senti tanta dor, mas parece que a gente esquece a dor um pouco depois que passa [...] eu queria ver se tinha como **pôr anestesia um pouquinho antes** [referência a um próximo parto normal]. (M2)

[...] A **dor do parto é extremamente controlável**, é uma **dor consciente** e eu vejo que **é uma dor para a vida** [para o nascimento]. (M3)

Tem a **dor**, aquela coisa **que incomoda**, é **algo suportável** e que posteriormente com dois, três minutos, você já tá tomando banho sozinha. (M9)

Eu achava que eu nunca ia conseguir porque **a dor é imensa** [...] **Eu pensava** [durante o trabalho de parto] **no neném, eu respirava bem fundo** e, **na hora da contração, eu segurava o ar e soltava devagar** [técnica de respiração para alívio da dor, orientada pela enfermeira obstétrica] e **ficava debaixo do chuveiro** também. Eu acho que **é legal porque não dói. Doer dói, mas não dói tanto**. A contração vem, rapidão passa, **é só você respirar** [...] e **ficar calma, é a melhor solução** [...]. (M26)

Apesar de a dor do parto fazer parte da lembrança das mulheres deste estudo, perpassando todos os momentos de seus depoimentos, evidenciamos que 27 das 31 entrevistadas estavam alterando sua forma de pensar, sentir e agir com relação à dor, principalmente ao estabelecer comparações com o processo doloroso posterior à cesárea e as limitações inerentes ao pós-operatório. Além do mais, essas 27 mulheres nos disseram que passariam novamente pelo processo de trabalho de parto e indicariam o parto normal para outras mulheres.

É o que eu entendo, foram as experiências que eu tive, **uma cesárea e agora um parto normal. Parto normal é muito melhor**. Eu preferiria. (M16)

[...] O **parto normal é muito melhor**, melhor do **que a cesárea**. **Você sofre menos** e o **repouso também é menor** do que a cesárea. Parto normal é rápido, **você não sente tanta dor**. Eu **aconselho [...] esforçar para ser parto normal**, porque é muito melhor do que a cesárea. (M28)

Outros recursos levantados pelas puérperas para conforto e alívio da dor foram: a presença do acompanhante de sua escolha; o apoio emocional de profissionais da saúde sendo citados por elas a enfermeira obstétrica, o médico e a doula; as práticas não farmacológicas de manejo da dor, sendo abordados banho de chuveiro, massagem em região dorsal, técnica de respiração; o acolhimento. Esses recursos são sabidamente benéficos com impacto no uso de intervenções obstétricas, como uso de fórceps, ocitocina¹⁰, analgesia farmacológica e cesárea, contribuindo para a satisfação das mulheres (BRUGGERMANN *et al.*, 2005; PORTO *et al.*, 2010). Nos relatos das puérperas, cada um desses recursos se fizeram importantes para que elas reconstruíssem suas representações sociais do parto normal. Outrora pensavam que estariam sós, esquecidas, sofrendo, mal assistidas.

[...] A **moça [a doula] falou assim: respira**. Eu respirava. A contração vinha, doía, aí passava, vinha de novo, sabe, **ela [doula] esfregava minhas costas, me ajudava**, e em outro hospital nenhum eu tive isso [...]. (M2)

[...] No **normal [parto] eu fiquei sentindo a dor**, mas só que **a enfermeira estava ao meu lado me acompanhando todo o tempo, me dando a maior força**. E aí eu fui aguentando porque **ela estava ali me dando coragem também**. **Se ela não estivesse lá eu não teria aguentado**. (M8)

[...] Foi só **auxiliando ali, me ajudando, segurando [o médico] a minha mão, mandando eu fazer força**. Mas eu gostei, **falar a verdade**. (M16)

Por mais que todo muito aqui é muito acolhedor, mas **saber que você tem alguém ali da sua família, seu marido, um irmão, um tio, qualquer um, ajuda bastante**. Totalmente diferente, nos outros hospitais, não pode. (M2)

¹⁰ Ocitocina: medicação utilizada para potencializar contrações durante o trabalho de parto.

A vivência apresentada nas falas demonstra não terem percebido o parto como um momento tão difícil quanto imaginavam. Outros estudos, em contextos diferentes, mas que investigaram o processo de parturição, também consideraram que as expectativas negativas das gestantes com relação ao parto superam sua vivência (NASCIMENTO *et al.*, 1997; SIMÕES; SOUZA, 1997).

A analgesia farmacológica peridural foi utilizada por 42% das mulheres deste estudo, e seus depoimentos certificam que esse recurso favorece positivamente a vivência do parto, contribuindo para a reconstrução de seus conhecimentos sobre a dor da contração e sobre o parto normal.

Senti muita dor, depois da anestesia melhorou, rapidinho eu também ganhei [parto], foi melhor. (M15)

[...] **Me ajudou bastante [analgesia] tirou a minha dor toda**, aquela contração horrível que eu estava sentindo, ficou só a dor mesmo do neném empurrando para nascer. (M25)

Neste estudo, 29% das mulheres fizeram uso de ocitocina durante o trabalho de parto, A OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996) não recomenda o uso rotineiro de ocitocina em parturientes saudáveis, sendo o seu uso desnecessário e até prejudicial. Apenas uma das entrevistadas que utilizaram ocitocina para condução do trabalho de parto faz referência a essa conduta, dizendo:

[...] Chegou aqui [na maternidade], eles [profissionais] **me colocaram no soro**, eu **senti muita dor**, mas foi **por causa desse soro**. (M24)

M3, M21, M28 tiveram partos normais assistidos a fórceps, sendo duas indicações por desaceleração cardíaca fetal e a terceira indicação devido à exaustão materna. Cunha (2011), em sua revisão, aponta que cerca de 10% dos partos normais no mundo ocidental são assistidos instrumentalmente. Apesar do caráter negativo associado a esse procedimento, temido por ser responsabilizado por sequelas no recém-nascido, nenhuma dessas entrevistadas mencionou o uso desse instrumento no momento do parto. Enfatizaram os benefícios do pós-parto normal.

Nos discursos de M5, M13, M14 e M24, no entanto, apreendemos a dor como fator dificultador para re-elaborarem seus conhecimentos sobre o parto, ou seja, a dor foi por elas considerada superior aos benefícios do parto normal. Pereira *et al.* (2011b) enfatizam que a dor revela-se como um dos principais construtores das atuais representações femininas sobre a parturição e contribui para a curva ascendente nos índices de cesárea no Brasil. Vejamos trecho do discurso de M5 e M13:

[...] **As contrações muito fortes. Muita dor mesmo, não deu anestesia, nem nada, muita dor**, até que sai [neném], nosso Deus! **A gente acha que vai morrer.** (M5)

[...] **Normal** [parto] **é muito pior que cesárea.** Falaria com ela [com outra mulher] que normal é muito pior do que cesárea, **sente muito mais dor.** (M13)

M5, M13, M14 e M24 disseram-nos que, numa próxima gestação, não teriam parto normal, aspecto distinto de todas as outras participantes do estudo. M5, M14 e M24 apontaram pontos positivos com relação ao parto normal relativos à recuperação após o parto, mas M13 salientou que esse tipo de parto não tem vantagem alguma devido à dor das contrações por ela sentida. Investigamos a presença de outros fatores que as impedissem de ter uma vivência satisfatória do parto normal, ou a ausência dos recursos anteriormente apontados que favorecessem o manejo da dor.

Dessas quatro mulheres, apenas M24 utilizou ocitocina durante o trabalho de parto. Também foi a parturiente que teve maior tempo entre admissão e o parto, correspondendo a 13h e 15min. M5 e M14 não fazem referência a métodos não farmacológicos de alívio da dor durante a entrevista. Não encontramos no prontuário registros dessas práticas. M13 não se refere a essas práticas, embora haja registro, em seu prontuário, de uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor. Além disso, contou-nos que esteve sem acompanhante durante todo o processo de trabalho de parto, parto e no momento da entrevista ainda estava só. M24 comenta sobre essas práticas em seu discurso, mas garante que o alívio da dor foi proporcionado pela analgesia farmacológica. Dessas entrevistadas, apenas M24 utilizou de tal tecnologia.

Nesta subcategoria, constatamos que a experiência vivida no parto é responsável por provocar rupturas nas formas de pensar, sentir e agir das mulheres sobre o parto normal após uma cesárea. As entrevistadas sinalizaram que a apropriação do ditado “Uma vez cesárea, sempre cesárea”, prevalente no contexto em que vivem, relacionada à crença na repetição do ocorrido anteriormente, está fundamentada principalmente no medo da dor do parto normal. A organização do modelo assistencial das maternidades onde ocorreram seus partos ofereceu elementos que as ajudaram, durante a vivência do parto, na desconstrução de conhecimentos anteriores enraizados na cultura e mantidos por modelos tradicionais de assistência ao parto e nascimento.

A subcategoria seguinte, denominada Parto: novos saberes, novas práticas, foi construída para apresentar os novos saberes constituídos, segundo as entrevistadas deste estudo, a partir da experiência concreta do parto normal e o seu papel na orientação de comportamentos e práticas sociais.

7.2.2.2 Parto: novos saberes, novas práticas

Na subcategoria “Uma vez cesárea, sempre cesárea”: desconstruindo saberes consolidados na cultura, acompanhamos, através dos depoimentos das puérperas, a ruptura com representações emblemáticas sobre o parto normal. Somente dessa maneira foi possível às mulheres alterar suas representações. Nesse caso, a experiência funcionou como mediadora na construção de conhecimentos, e as mulheres criaram novas teorias, conforme apresentamos adiante.

Esta subcategoria emergiu dos relatos das entrevistadas sobre a configuração de um conjunto de significados subjacentes em momentos anteriores e que constituem os novos saberes oportunizados pela vivência do parto normal. Referem-se, portanto, aos novos saberes relacionados ao parto. Diga-se, de passagem, esses saberes estão vinculados às suas realidades. E, como elas mesmas abordaram, ao final de cada entrevista, orientarão seus comportamentos, guiarão suas práticas sociais, incluindo a conversação cotidiana e a partilha, o que configura um contexto de produção de representações sociais na cultura. Oliveira *et al.*

(2000) alertam que transformar as práticas do homem implica transformar suas representações.

Ressaltamos que todas as mulheres estabeleceram comparações entre os dois tipos de parto que tiveram, e, por meio de confrontação entre suas experiências, produziram e reproduziram suas representações sociais sobre parto normal e cesárea, ampliaram seus conhecimentos sobre riscos e benefícios, vantagens e desvantagens referentes a cada parturição que tiveram. Confirma-se, desse modo, que as mulheres adquirem conhecimento sobre parto ancorados em sua vivência. Tal fato foi constatado por Jodelet (2005), ao refletir que, construída no seio de situações concretas com as quais o sujeito depara, a noção de experiência constitui um enriquecimento ou um alargamento da relação com o mundo.

As entrevistadas destacaram a participação ativa no parto normal, demonstraram que essa atitude é gratificante, pois se tornaram sujeitos no processo parturitivo. Desse modo, o parto normal deixa de ser um processo temido por ser desconhecido, imprevisto, podendo inclusive estar sob o domínio da mulher. Verificamos esse argumento nos relatos de M12, M22 e M28.

[...] O **prazer do parto normal, de saber que você está ajudando**, porque a **cesárea você não tem esse prazer**. Você **toma anestesia e dorme**. Quando você **acorda, já aconteceu tudo**, ou às vezes não dorme, mas quando você assusta, já aconteceu tudo. **Você não participou, você não fez força, você não ajudou a criança a vir ao mundo** [...]. (M12)

[...] O **parto normal**, por outro lado, é **mais gratificante** depois que você vê o neném. **Você pegar o neném de cesárea e pegar o neném de parto normal parece que a gente participou mais** [parto normal]. (M22)

[...] Não **tem nem aparência** [semelhança] **do que é cesárea, ali** [cesárea] **só aplica a anestesia, corta e tira**. E no **parto normal você fica sofrendo, sentindo na pele o que é uma mãe colocar um filho para fora**. Então **nessa hora eu senti muita emoção** de ter ela, foi muito bom. (M28)

As imagens **touro, guerreira e supermãe**, formuladas pelas mulheres, nesta categoria, a respeito da vivência do parto normal, simbolizam a força, a resistência e a participação ativa delas no parto, a superação da dor, da incapacidade de parir, da morte,

enfim dos esquemas simbólicos que significavam o parto normal outrora, materializado na imagem de **açougue**.

[...] É, minha filha, [dirigindo-se à pesquisadora], **sou igual a um touro**. (M1)

[...] A **mulher que faz o normal** [parto] é **mais guerreira** do que a cesariana [...]. (M8)

[...] **Você se sente supermãe** (risos). É muito bom. (M12)

Essas imagens expressam, desse modo, as tradições culturais contemporâneas que definem e distinguem os dois tipos de parto. O parto normal, “ao fazer força para o nascimento”, e a cesárea, “praticidade do nascimento”. Elas compreendem, neste estudo, a transformação do *status* de prático ao de participação ativa das mulheres. Evidenciamos, através do discurso das puérperas, que a mudança do tipo de parto e também de sua condição ativa é acompanhada de outros saberes relativos aos benefícios do pós-parto normal.

Os novos conhecimentos sobre parto, produzidos pelo grupo de mulheres deste estudo, fazem referência a uma relação (familiar) entre elas e o parto normal, ausente num primeiro momento, em que se apercebeu bastante conflituosa, e aparece no período posterior à vivência do parto normal, transposta num contexto de familiaridade, reduzindo, assim, o impacto das representações negativas associadas a ele.

O período pós-parto normal foi abordado por praticamente todas as entrevistadas como saudável (para a mulher e o seu filho), indolor, de recomposição rápida, sendo esse conhecimento novo para elas, dada a referência ao mesmo período experienciado durante a cesárea, momento de difícil superação por causa da dor e dos riscos de infecções e complicações relacionadas ao procedimento cirúrgico. O parto normal é referido por M4 como parto natural em função de sua fisiologia, outrora referido como temido. Vejamos o seu e outro depoimento:

[...] Foi **excelente** [parto normal], **porque a sensação da recuperação é mil vezes melhor** do **que a da cesariana**. Porque a **cesariana a gente demora**

[recuperar], apesar de que na hora tem a anestesia e **depois que passa o efeito da anestesia, aí vêm as dores, aí já é mais complicado**. Agora o natural [parto] não, **natural, a gente já anda normal** [após o parto], **a gente já praticamente é independente**. Na **cesariana a gente fica dependendo das pessoas para nos ajudar, para nos dar banho, para nos limpar**. (M4)

Tanto para a mãe como para o neném, o parto normal é muito bom, porque o **meu menino ele foi tirado, o primeiro** [cesárea eletiva na rede privada], **forçado tirar, nasceu cansado**, ficou naquele, aquele quadradinho transparente lá, no banho de luz, cansado [...]. **Dessa vez já ficou comigo**, o neném está comigo desde que nasceu e a **recuperação também é outra coisa**. (M18)

O que se verifica nesta categoria, com clareza, é que as mulheres alteraram seus modos de pensar, sentir e agir com relação ao parto normal e também à cesárea. Reconhecem o trabalho de parto como um processo doloroso, porém gratificante, pelas vantagens surgidas após o nascimento. Elas se consideram fortes, capazes e rechaçam a imagem de fragilidade. Desse modo, a experiência vivida de fato possibilitou a construção de novos saberes e, ao que tudo indica, os recursos, citados pelas entrevistadas, disponíveis nas duas maternidades deste estudo, foram imprescindíveis para a desconstrução do conjunto de significados negativos referente ao parto normal, pois as quatro mulheres que mantiveram seus conhecimentos sobre parto normal não tiveram acesso a tais recursos, conforme observamos em seus relatos e avaliando seus prontuários.

As puérperas demonstraram que as representações construídas na experiência orientarão seus comportamentos e serão partilhadas no cotidiano, uma vez que, ao finalizar seus discursos, falavam sobre a possibilidade de um próximo parto normal para si e para outras mulheres. Isso aparece nos trechos a seguir:

Melhor [parto normal] **que a cesárea, porque a dor que a gente sente é na hora, depois que passa é melhor para a gente andar**. Igual a **dificuldade da menina** [pós-parto cesárea] **que eu estava vendo ali, eu já passei por isso e eu não quero passar de novo não, prefiro parto normal** [...]. **Falei assim se fosse para eu ter outro** [parto normal], **eu teria** (risos). Eu teria. (M1)

[...] São experiências totalmente diferentes, mas **recomendo parto normal. Dói, mas é melhor. A gente se sente bem mais segura**. (M9)

Esses depoimentos deixam clara uma nova postura diante do parto normal. O conceito (já enraizado na cultura) de que “Uma vez cesárea, sempre cesárea” foi sendo, aos poucos, desconstruído. O conjunto de sentidos e significados que permeiam o parto normal se modificou, para as mulheres deste estudo, fazendo aparecer novos conhecimentos. O parto normal tem uma conotação diferente, desvinculada do excessivo medo da dor. Em seu lugar surge a sensação de plenitude. A mulher se vê como uma pessoa poderosa (**touro, guerreira, supermãe**), capaz de resolver o seu destino, de influenciar na maneira como deseja dar à luz.

Ressaltamos que as representações das mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal foram reconstruídas a partir da experiência vivida no parto, sendo a qualidade da assistência, apontado por elas, significativa para tal transformação.

Na Figura 22, evidenciamos as representações sociais das mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal, e a relação entre as distintas representações em momentos diferentes, demonstrando que a experiência do parto normal é referencial significativo para as mulheres ressignificarem seus saberes e suas práticas sobre o parto.

FIGURA 22 – Reconstrução das Representações Sociais de Mulheres com uma Cesárea em gestação anterior sobre o Parto Normal, a partir da experiência.



8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse para a realização deste estudo fundamenta-se na percepção da circunstância conflituosa vivenciada pelas mulheres gestantes e parturientes que, em uma gestação anterior, tiveram uma cesárea e estão diante da possibilidade de terem parto normal. Essa é uma situação considerada improvável no cotidiano delas e de alguns profissionais que as assistem durante a gravidez, configurando um contexto “de estranhamento”. São representações ancoradas em modelos tradicionais, pertinentes à afirmação “Uma vez cesárea, sempre cesárea”, que continuam sendo repassados pela sociedade, impactando expressivamente nas taxas de cesárea em nosso país.

Diante disso, considerando os resultados, organizado com base nos relatos de 31 mulheres, sujeitos ativos e criativos desta pesquisa, evidenciamos a importância do estudo das representações sociais de mulheres com uma cesárea anterior sobre o parto normal. Conhecer as representações sociais, nesse contexto, possibilitou a apropriação desse tipo particular de saber, de partilha de conhecimentos, de comportamentos e moldagem de realidades sociais em um grupo de mulheres.

A partir dos resultados, compreendeu-se haver transformações nas representações sociais da maioria delas, na medida em que resignificaram seus modos de pensar e sentir com relação ao parto normal e também à cesárea, fundamentadas principalmente na experiência concreta.

Destacamos que as informações recebidas durante o pré-natal, através de profissionais, contribuem discretamente para a reconstrução das representações sociais dessas mulheres, pois a abordagem sobre os tipos de parto é pouco realizada nas consultas. Quando feitas, acontecem tardiamente ou de forma normativa ou medicalizante, por um conjunto de significados que não consideram a escolha informada e autodeterminação das mulheres no processo de gestar e de parir.

Assim, as práticas dos profissionais de saúde, entre elas a prática educativa passada às mulheres e seus familiares, as quais deveriam fundamentar as ações de pré-natal (educativas), e as ações ligadas à qualidade da assistência nas maternidades (assistenciais),

como o acolhimento, o apoio emocional, a relação de confiança estabelecida com os profissionais, a presença de um acompanhante, os métodos não farmacológicos e farmacológicos de alívio da dor não são consideradas como fundamentos de um cuidar comprometido com a qualidade de vida e saúde das mulheres, seus bebês e famílias, bem como os direitos reprodutivos delas.

No entanto, evidenciou-se que, em relação às mulheres, a imagem e os significados relacionados ao parto normal, após uma cesárea em gestação anterior, foram alterados. Por exemplo, a imagem de “açougue”, objetivada ao temor, ao sofrimento, à obrigatoriedade (“forçar o parto”), ao desespero, ancorado na história cultural e social do parto, como mostramos na primeira categoria, é transformada. Sobreposta a essa, aparecem as imagem de “touro”, de “guerreira” e de “supermãe”, relacionadas à força, à resistência e à recompensa, demonstradas na categoria seguinte.

Ao finalizar este estudo, vimos que a experiência do parto normal impacta na vida das mulheres, pois as instiga o suficiente para repensarem suas representações e práticas sociais sobre parto. Dessa forma, percebemos que a teoria das representações sociais foi útil para revelar as relações entre conhecimentos e práticas cotidianas.

Espera-se que este estudo proporcione reflexões contributivas para a reconfiguração de ações institucionais e profissionais, as quais valorizem os conhecimentos das mulheres, ajudando-as na desconstrução de conhecimentos enraizados em estruturas sociais rígidas e na reconfiguração de novos saberes. Esses irão favorecer a vivência da gestação, do parto e nascimento, sem conflitos desse caráter. E deverão contribuir para que os serviços e profissionais de saúde considerem os riscos de cesáreas de repetição versus os benefícios do parto normal após cesariana (PNAC), para informá-los às mulheres grávidas ou em idade reprodutiva, a fim de que elas possam, informadas, fazer suas escolhas.

Espera-se, ainda, que estudos como este possam motivar profissionais de saúde, em particular enfermeiras obstétricas, no sentido de se engajarem organizadamente, seja por meio de suas associações de classe, ou inseridas em movimentos sociais/movimentos de mulheres, ou ainda nas suas práticas profissionais, nas ações de pré-natal, de assistência às mulheres na parturição, de puerpério, ou mesmo em práticas inseridas na atenção de promoção à saúde, a atuar de forma comprometida com a saúde e os direitos sexuais e

reprodutivos das mulheres e homens, destacadamente no que se refere ao fortalecimento da sua autonomia e possibilidades de escolhas conscientes.

Dado a complexidade do tema e do objeto, exige-se que as ações de saúde contemplem ações multissetoriais, dentre elas ações junto à mídia e as inseridas no campo da educação de uma forma geral, por exemplo.

Destarte, consideramos importante que o objeto estudado – a compreensão das representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal -, possa ser explorado com outros referenciais teóricos, abordagens, e, em outros momentos da vida das mulheres desse estudo (puerpério imediato), no sentido de superar o que pode ser considerado uma limitação desta pesquisa.

Do mesmo modo, sugerimos a realização de outras pesquisas visando à ampliação e ao aprofundamento do objeto pesquisado ou de temas a ele relacionados, como os efeitos psicológicos e emocionais sobre as mulheres com história de cesáreas, principalmente as realizadas desnecessariamente; as informações que as mulheres têm e recebem sobre os tipos de parto e sua influência para a realização da cesárea, como o que se denomina de cesárea “a pedido” da mulher; influência nas altas taxas de cesárea no Brasil; como as ações de saúde e multissetoriais podem contribuir para a redução das taxas de cesáreas em nosso país, ou como ações dos profissionais de serviços, em particular das enfermeiras/obstétricas podem fortalecer a autodeterminação das mulheres para escolhas informadas.

Em que pesem os desafios a serem superados, tanto no campo das ações em saúde, multissetoriais e de avanços de conhecimento, identificamos possibilidades. Entre elas, que há transformações em curso, e, com base nelas, consideramos como possível a desconstrução de conhecimentos enraizados em estruturas sociais rígidas e na reconfiguração de novos saberes que favoreçam a vivência da gestação, do parto e nascimento sem conflitos desse caráter. E, ainda, a valorização e reconstrução dos saberes das mulheres a respeito do parto, motivados principalmente pela vivência do parto normal.

Finalmente, espera-se também que as representações das mulheres sobre os tipos de partos sejam consideradas, de forma que, a partir de suas vozes, possamos definir ações que impactem positivamente na redução das taxas de cesárea no Brasil.

REFERÊNCIAS

ACKER, J. I. B. V.; ANNONI, F.; CARRENO, I.; HAHN, G. V.; MEDEIROS, C. R. G. As parteiras e o cuidado com o nascimento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 59, n. 5, p. 647-651, set./out. 2006.

ALMEIDA, N. A. M.; OLIVEIRA, V. C. Estresse no processo de parturição. *Revista eletrônica de Enfermagem*, Goiania, v. 7, n. 1. p. 87-94, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/original_09.htm>. Acesso em: 27 set. 2012.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. *Múltiplas Leituras*, São Paulo, v. 1, n.1, p. 18-43, jan./jun. 2008.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology*, Hagerstown, 2010 Aug; 116(2 Pt 1):450-63.

AMIGAS do parto. [site] Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.org.br/2007//>>. Acesso em: 2012.

AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 11, p. 583-591, nov. 2010a.

AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências científicas: parte I. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 8, p. 415-422, ago. 2010b.

ANTUNES-ROCHA, M. I. *Da cor da terra: representações sociais de professores sobre os alunos no contexto da luta pela terra*. Belo Horizonte: UFMG, 2012. 177p.

ANTUNES-ROCHA, M. I. A posse e o uso da terra como mediação da relação entre professores e alunos: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Em Aberto*, Brasília, v. 24, n.85, p. 60-80, abr. 2011.

ANVERSA, E. T. R.; BASTOS, G. A. N.; NUNES, L. N.; DAL PIZZOL, T. S. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de estratégia saúde da família em município no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teoria de gênero. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.

BARBOSA, G. P.; GIFFIN, K.; ANGULO-TUESTA, A.; GAMA, A. S.; CHOR, D.; D'ORSI, E.; REIS, A. C. G. V. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, nov./dez. 2003.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.

BARROSO, M. S. Figurações do corpo feminino do século XV ao século XVIII. In: Biblioteca Nacional de Portugal. *Catálogo da Exposição Figurações do Corpo Feminino do Século XV ao Século XVIII*. Lisboa: Biblioteca Nacional de Portugal, 2010. p. 79-96.

BATALHA, E. Parto e nascimento com cidadania: medicalização excessiva, problemas no acesso e falta de humanização ainda caracterizam o modelo de assistência a mãe e bebê no país, mas é possível reverter esse cenário. *Radis Comunicação e Saúde*, Rio de Janeiro, n. 117, p. 8-16, maio 2012.

BELL, J. *Projeto de pesquisa: guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; Bookman, 2008. 224 p.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Indicadores das Maternidades – SUS BH*. Belo Horizonte: SMS-PBH, 2011.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-421, maio/jun. 2006.

BIO, E.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 671-670, nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral a saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: MS, 2011a

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 2.815, de 29 de maio de 1998*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2815.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 985, de 05 de agosto de 1999*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/M/GM-0985.html>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 569, de 01 de junho de 2000*. Dispõe sobre o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2000 Jun 8; Seção 1:4.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2011b Jun 27; Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução 196/96, versão 2012*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o programa trabalhando com parteiras tradicionais e experiências exemplares*. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2010. 45 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 33 p. (Série A Normas e manuais técnicos, Cadernos da Atenção Básica, nº 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.

BRENES, A. C. *Bruxas, comadres ou parteiras*: a obscura história das mulheres e a ciência; dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses. Belo Horizonte: Coopmed, 2005. 96 p.

BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 283-303, 2011.

BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, set./out. 2005.

CALDERON, I. M. P.; FRADE, J. L.; ABBADE, J. F.; DINIZ, C. P.; DALBEN, I.; RUDGE, M. V. C. Prova de trabalho de parto após uma cesárea anterior. *Revista Brasileira de Ginecologia de Obstetricia*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 161-166, mar. 2002.

CARDOSO, J. E.; BARBOSA, R. H. S. O desencontro entre o desejo e a realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 35-52, 2012.

CARVALHO, A. P. S. *O parto sob o olhar da mulher rural*: um estudo sobre representações sociais. 2006. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

CARVALHO, C. C.; SOUZA, A. S. R.; MORAES FILHO, O. B. Prevalência e fatores associados à prática de episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 56, n. 3, p. 333-339, 2010.

CECATTI, J. G.; ANDREUCCI, C. B.; CACHEIRA, P. S.; PIRES, H. M. B.; SILVA, J. L. P.; AQUINO, M. M. A. Fatores associados à realização de cesárea em primíparas com uma cesárea anterior. *Revista Brasileira de Ginecologia de Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 175-179, abr. 2000.

CECATTI, J. G.; PIRES, H. M. B.; FAÚNDES, A.; OSIS, M. J. D. Factors associated with vaginal birth after previous cesarean section in brazilian women. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 18, n. 2, p. 107- 113, ago. 2005.

CESAR, J. A.; MANO, P. S.; CARLOTTO, K.; GONZALES-CHICA, D. A.; MENDOZA-SASSI, R. A. Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 11, n. 3, p. 257-263, jul./set. 2011.

CONSONNI, E. B.; CALDERON, I. M. P.; CONSONNI, M.; RUDGE, M. V. C. Aspectos psicológicos na gravidez e parto. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 577-581, ago. 2003.

COSTA, R.; FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A.; PAIS, A. Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psicologia, Saúde e Doenças*, Lisboa, v. 4, n. 1, p. 47-67, jul. 2003.

CRAGIN, E. B. Conservatism in obstetrics. *New York Medical Journal*, New York, v. 104, p.1-3.

CUNHA, A. A. Indicações do parto a fórceps. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 12, p. 549-554, dez. 2011.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Informações de saúde: estatística vitais, 2010. Brasília: DATASUS; 2012.

DIAS, M. A. B. Cesariana: considerações sobre a trajetória desta cirurgia ao longo do último século. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas.* Rio de Janeiro: ANS, 2008. p. 13-26.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, dez. 2006.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669-705, jul./set. 2005.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M.; PEREIRA, A. P. E.; FONSECA, S. C.; GAMA, S. G. N.; FILHA, M. M. T.; BITTENCOURT, S. D.A.; ROCHA, P. M. M.; SCHILITZ, A. O. C.; LEAL, M. C. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, set./out. 2008.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, ago. 2009.

DINIZ, S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 1, p. S52-S62, 2004.

D’ORSI, E.; CHOR, D.; GIFFIN, K.; ANGULO-TUESTA, A.; BARBOSA, G. P.; GAMA, A. S.; REIS, A. C. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2067-2078, out. 2006.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 115, p. 139-154, mar. 2002.

DUVEEN, G. Introdução: o poder das ideias. In: MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 7-28.

ESTEBAN, M. P. S. *Pesquisa qualitativa em educação: fundamentos e tradições*. São Paulo: McGraw-Hill, 2010. 288 p.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesariana. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 226-232, abr. 2006.

FARR, R. M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 27-51.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, abr./jun. 1991.

FAÚNDES, A.; PÁDUA, K. S.; OSIS, M. J. D.; CECATTI, J. G.; SOUSA, M. H. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via vaginal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 488-494, abr./jun. 2004.

FERNANDES, A. M. S.; BEDONE, A. J.; LEME, L. C. P.; FONSECHI-CARVASAN, G. A. Características relacionadas ao primeiro e último parto por cesárea. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 53-58, jan./fev. 2007.

FERRARI, J. Preferência pela via de parto nas parturientes atendidas em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, Supl. 2, p. S409-S417, dez. 2010.

FIGUEIREDO, B.; COSTA, R.; PACHECO, A. Experiência de parto: alguns fatores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 20, n. 2, p. 203-217, abr. 2002.

FIGUEIREDO, N. S. V.; BARBOSA, M. C. A.; SILVA, T. A. S.; PASSARINI, T. M.; LANA, B. L.; BARRETO, J. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 296-306, out./dez. 2010.

FREITAS, P. F.; DRACHLER, M. L.; LEITE, J. C. C.; GRASSI, P. R. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 761-767, out. 2005.

FREITAS, P. F.; SAKAE, T. M.; JACOMINO, M. E. M. L. P. Fatores médicos e não médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1051-1061, maio 2008.

FREITAS, P. F.; SAVI, E. P. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 2009-2020, out. 2011.

GAMA, A. S.; GIFFIN, K. M.; ANGULO-TUESTA, A.; BARBOSA, G. P.; D'ORSI, E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades públicas e privada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, nov. 2009.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. Cap. 3, p. 64-89.

GOIS, A.; MENCHEN, D. Cesáreas superam partos normais pela primeira vez no país. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 20 nov. 2011. Caderno Saúde, p.8-9.

GOMES, M. H. A.; SILVEIRA, C. Sobre o uso de métodos qualitativos em Saúde Coletiva, ou a falta que faz uma teoria. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 160-165, fev. 2012.

GOMES, V. L. O.; FONSECA, A. D.; ROBALLO, E. C. Representações sociais de adolescentes mães acerca do momento do parto. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 300-305, abr./jun. 2011.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed, 2009. 431 p.

HOPKINS, K. Are brazilian women really choosing to delivery by cesarean? *Social Science e Medicine*, Oxford, v. 51, n. 5, p. 725-740, set. 2000.

HOROCHOVSKI, M. T. H. Representações sociais: delineamentos de uma categoria analítica. *Em Tese*, Florianópolis, v. 2, n. 1(2), p. 92-106, jan./jun. 2004.

HOTIMSKY, S. N.; RATTNER, D. ; VENANCIO, S. I.; BÓGUS, C. M.; MIRANDA, M. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, set./out. 2002.

IKEDA, P.; HUECK, K. Nascer é um parto. Cesárea? Parto natural? E por que tem gente que quer ter filho em casa? A hora do nascimento ainda é mistério para a ciência. *Super Interessante*, São Paulo, n. 306, p. 66-73, jul. 2012.

INSTITUTO DE MEDICINA MATERNO FETAL. [site] Disponível em: <<http://www.immf.med.br/>>. Acesso em: 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). Estatísticas demográficas 2011. Lisboa: INE; 2011.

IORRA, M. R. K.; NAMBA, A. ; SPILLERE, R. G.; NADER, S. S.; NADER, P. J. H. Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 260-268, jul./set. 2011.

JODELET, D. Experiência e representações sociais. In: MENIN, M. S. S.; SHIMIZU, A. M. (Org.). *Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 23-56.

JODELET, D. Ponto de vista: sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica brasileira. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 19-26, 2011.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2001. p. 17-41.

JOFFE, H. “Eu não”, “o meu grupo não”: Representações Sociais transculturais da aids. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 239-262.

JONES, R. *Memórias do homem de vidro: reminiscências de um obstetra humanista*. 3. ed. Porto Alegre: Ideias a Granel, 2012. 278 p.

JOVCHELOVITCH, S. *Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. 344 p.

KING, T. L. Can a vaginal birth after cesarean delivery be a normal labor and birth? Lessons from midwifery applied to trial of labor after a previous cesarean delivery. *Clinics in Perinatology*, Philadelphia, v. 38, n. 2, p. 247-263, June 2011.

KITZINGER, S. *A experiência de dar à luz*. São Paulo: Martins Fontes, 1978b. 258 p.

KITZINGER, S. *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Martins Fontes, 1978a. 221 p.

LEAL, M. C. Estar grávida no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1420-1421, ago. 2012.

LOBO, S. F.; OLIVEIRA, S. M. J. V; SCHNECK, C. A.; SILVA, F. M. B.; BONADIO, E.C.; RIESCO, M. L. G. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 812-818, set. 2010.

LOPES, I. O. A experiência do hospital Sofia Feldman. In: SEMINÁRIO BH PELO PARTO NORMAL, 20-22 ago. 2008, Belo Horizonte. *Seminário BH pelo parto normal: paradoxo perinatal brasileiro: mudando paradigmas para a redução da mortalidade materna e neonatal*. Belo Horizonte: Rona, 2010. p. 84-86.

LOPES, R. C. S.; DONELLI, T. S.; LIMA, C. M.; PICCININI, C. A. O antes e o Depois: expectativas e experiências de mãe sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247-254, maio/ago. 2005.

LYDON-ROCHELLE, M. T.; CAHILL, A. G.; SPONG, C. Y. Birth after previous cesarean delivery: short-term maternal outcomes. *Seminars in Perinatology*, New York, v. 34, p. 249-257, 2010.

MACDORMAN, M. F.; MENACKER, F.; DECLEREQ, E. Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes. *Clinics in Perinatology*, Philadelphia, v. 35, p. 293-307, 2008.

MACHADO JUNIOR, L. C.; SEVRIN, C. E.; OLIVEIRA, E.; CARVALHO, H. B.; ZAMBONI, J. W.; ARAÚJO, J. C.; MARCOLIN, M.; CARUSO, P.; AWADA, P. F.; GIUNTA, R. Z.; MUNHOZ, W.; SANCOVSKI, M.; PEIXOTO, S. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 124-132, jan. 2009.

MAIA, M. B. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte*. 2008. 190f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

MAMEDE, F. V.; GOMES, F. A.; ALMEIDA, A. M.; PANOBIANCO, M. S.; NAKANO, A. M. O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 466-471, set. 2007.

MAMEDE, F. V.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 331-336, jun. 2007.

MANDARINO, N. R.; CHEIN, M. B. C.; JÚNIOR, F. C. M.; BRITO, L. M. O.; LAMY, Z. C.; NINA, V. J. S.; MOCHEL, E. G.; FIGUEIREDO NETO, J. A. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1587-1596, jul. 2009.

MARAZZI, L. Fisiologia da vida: devolver o protagonismo da mulher na hora do parto valoriza a experiência humana e resgata o processo natural do nascimento. *ConSaude, Jornal do Conselho Municipal*, Belo Horizonte, Caderno Saiba Mais, p.12-13. mar. 2012.

MARKOVA, I. *Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente*. Petrópolis: Vozes, 2006. 307 p.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-665, set./dez. 2005.

MATIAS, J. P.; PARPINELLI, M. A.; CECATTI, J. G. A prova de trabalho e a via de parto em primíparas com uma cesárea anterior. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 109-115, mar./abr. 2007.

MATIAS, J. P.; PARPINELLI, M. A.; CECATTI, J. G.; PASSINI JUNIOR, R. A prova de trabalho de parto aumenta a morbidade materna e neonatal em primíparas com uma cesárea anterior? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 255-260, maio 2003.

MELO, C. R. M. *Parto: mitos construídos, mitos em construção*. Bauru: UDUSC, 2003. 91 p.

MERIGHI, M. A. B.; CARVALHO, G. M.; SULETRONI, V. P. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. *Acta Paulista Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 434-440, 2007.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MOFFAT, M.; BELL, J.; PORTER, M.; LAWTON, S.; HUNDLEY, V.; DANIELIAN, P.; BHATTACHARYA, S. Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: a qualitative study. *BJOG / Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Great Britain)*, Oxford, v. 114, p. 86-93, 2006.

MORAES, M. S.; GOLDENBERG, P. Cesáreas: um perfil epidêmico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 509-519, maio/jun. 2001.

MORAIS, M. H. F. *Uso de ferramentas espaciais no direcionamento de ações de vigilância e controle da leishmaniose visceral (LV) em Belo Horizonte - MG*. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, Gerência de Controle de Zoonoses, set. 2008. p. 2. Slide.

MOSCOVICI, S. *A Psicanálise, sua imagem e seu público*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. 456 p.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 404 p.

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). *Projeto História*, São Paulo, v. 25, p. 197-219, dez. 2002.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, jul./set. 2005.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 11, n. 4, p. 415-425, out./dez. 2011.

NASCIMENTO, M. G. P.; SANTOS, O. M. B.; SOUZA, M. L. Vivenciando o processo do nascimento. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 157-167, jan./abr. 1997.

NOGUEIRA, A. T. Parto, mulher e cultura. 2011. Disponível em: < <http://www.amigasdopartogestantes.com/2011/01/parto-mulher-e-cultura.html>>. Acesso em: 27 set. 2012.

NUNES, I. M.; MOURA, M. A. V. A atenção ao parto como espaço de poder. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 340-346, jul./set. 2004.

ODENT, M. *O renascimento do parto*. Florianópolis: Saint German, 2002. 134 p.

ODENT, M. *A cesariana*. São José: Saint German, 2004. 158 p.

ODENT, M. Parto e nascimento no mundo contemporâneo. In: SEMINÁRIO BH PELO PARTO NORMAL, 20-22 ago. 2008, Belo Horizonte. *Seminário BH pelo parto normal: paradoxo perinatal brasileiro: mudando paradigmas para a redução da mortalidade materna e neonatal*. Belo Horizonte: Rona, 2010. p. 17-25.

OLIVA, C. M. P. S. *Cesariana versus parto vaginal: como nascer?* 2010. 31f. Dissertação (Mestrado em Medicina) Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto, 2010.

OLIVEIRA, A. S. S.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. C.; FELIPE, G. F. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 11, n. especial, p. 32-41, set./out. 2010.

OLIVEIRA, D. C. A Teoria de representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z. (Org.). *A teoria das representações sociais: 50 anos*. Brasília: TechnoPolitik, 2011. p. 585-623.

OLIVEIRA, D. C.; SIQUEIRA, A. A. F.; ALVARENGA, A. T. Práticas sociais em saúde: uma releitura à luz da teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 163-190.

OLIVEIRA, S. M. J. V.; RIESCO, M. L. G.; MIYA, C. F. R.; VIDOTTO, P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Revista Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 667-674, set./out. 2002.

OSAVA, R. H.; MAMEDE, M. V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, Rio de Janeiro, v.105, n. 1-2, jan./fev. 1995.

PACIORNIK, M. *Aprenda a viver com os índios: o parto de cócoras, desempenho sexual, ginástica índia, comer e descomer*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987. 169 p.

PÁDUA, K. S.; OSIS, M. J. D. ; FAÚNDES, A.; BARBOSA, A. H.; MORAES FILHO, O. B. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 70-79, fev. 2010.

PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES, M. A. B. L. Avaliação da estrutura e processo da atenção ao parto: contribuição ao debate sobre desenvolvimento humano. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. especial, p. 792-798, set./out. 2007.

PARENTE, R. C. M.; BERGQVIST, L. P.; SOARES, M. B.; MORAES FILHO, O. B. A história do nascimento (parte 2): parto vaginal. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 65-83, fev. 2011.

PARENTE, R. C. M.; MORAES FILHO, O. B.; REZENDE FILHO, J.; BOTTINO, N. G.; PIRAGIBE, P.; LIMA, D. T.; GOMES, D. O. A história do nascimento (parte 1): cesariana. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. 481-486, set. 2010.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 376-388, maio/jun. 2011b.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 579-589, jul./set. 2011a.

PERPETUO, I. H. O.; BESSA, G. H.; FONSECA, M. C. Parto cesáreo: uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 11, 1998, Belo Horizonte. *Anais do...* Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1998. p. 95-118

PIRES, D.; FERTONANI, H. P.; CONCIL, E. M.; MATOS, T. A.; CORDOVA, F. P.; MAZUR, C. S. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, n. 2, p. 191-197, abr./jun. 2010.

PIRES, H. M. B.; CECATTI, J. G.; FAÚNDES, A.; GRASSI, P. R. Fatores associados à prova de trabalho de parto em primíparas com uma cesárea anterior. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 342-348. ago. 1999.

PLACCO, V. M. N. S. Um estudo de representações sociais de professores do ensino médio quanto à aids, às drogas, à violência e à prevenção: o trabalho dos grupos focais. In: MENIN, M. S. S.; SHIMIZU, A. M. (Org.). *Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 295-314.

PORTO, A. M. F.; AMORIN, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, p. 527-537, out. 2010.

PRISZKULNIK, G.; MAIA, A. C. Parto humanizado: influências no segmento saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 80-88, 2009.

REIS, S. L. S.; PENTEADO, C. E. M.; CHATKIN, M. N.; ESTRELA, M. S.; PORTO, P. G.; MUNARETTO, M. M. Parto normal X Parto cesáreo: análise epidemiológica em duas maternidades no sul do Brasil. *Revista da AMRIG*, Porto Alegre, v. 53, n. 1, p. 7-10, jan./mar. 2009.

REIS, Z. S. N.; PEREIRA, A. C.; CORREIA, R. J. C.; FREITAS, J. A. S.; CABRAL, A. C. V.; BERNARDES, J. Análise de indicadores da saúde materno-infantil: paralelos entre Portugal e Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 234-239, set. 2011.

REZENDE, J. Obstetrícia: conceito, etimologia, propósitos, súmula histórica. In: REZENDE, J. *Obstetrícia fundamental*. 12. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011. p. 1-24.

ROCHA, J. A.; NOVAES, P. B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 119-126, mar. 2010.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 8, n. 2, p. 179-186, abr./jun. 2008.

ROOS, L. L.; DAL MOLIN, R. S.; BONILHA, A. L. L. Parto na mídia impressa: temas veiculados em jornal dirigido ao público leigo. In: SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFRGS, 20; FEIRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 17; SALÃO UFRGS JOVEM, 3, 2008, Porto Alegre - RS. *Livro de Resumos*. Porto Alegre-RS: UFRGS, 2008. v. 20.

ROSSETTO, E. G.; PETRILLI FILHO, J. F.; ZORZO, J. C. C.; SOUZA, S. N. D. H.; SOUZA, S. L.; CORREA, A. K.; FERRIANI, M. G. C. Reflexões acerca da condução de uma investigação qualitativa. *REME Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 127-133, jan./mar. 2010.

ROTTERDAN, P. Mulheres se unem em defesa do parto humanizado. *Hoje em Dia*, Belo Horizonte, 05 ago. 2012. Caderno Minas, p.8.

SÁ, C. P. *A Construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. 106 p.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 2004. Parte 1, Item 1, p. 19-45.

SAKAE, T. M.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 472-480, maio/jun. 2009.

SANCHES, N. C.; MAMEDE, F. V.; VIVANCOS, R. B. Z. Perfil das mulheres submetidas à cesariana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 418-426, abr./jun. 2012.

SANTOS, J. O.; SHIMO, A. K. K. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 645-650, dez. 2008.

SANTOS, L. C.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; AZEVEDO, E. B.; MESQUITA, C. C. Fatores prognósticos para o parto transvaginal em pacientes com cesárea anterior. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 234-239, set. 1998.

SANTOS, L. M.; PEREIRA, S. S. C. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 77-97, 2012.

SANTOS, T. T. *Evidências de indução de demanda por parto cesáreo no Brasil*. 2011. 68f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.

SANTOS NETO, E. T.; ALVES, K. C. G.; ZORZAL, M.; LIMA, R. C. D. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, abr./jun. 2008.

SCAPINELLI, A.; LUGÓ, C.; DEPES, D. B.; YATABE, S.; GOMES, A. M. P.; BARACAT, F. F.; LOPES, R. G. C. Cicatriz da cesariana: implicações ginecológicas e aspectos atuais. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, p. 395-398, jul. 2009.

SEIBERT, S. L.; BARBOSA, J. L. S.; SANTOS, J. M.; VARGENS, O. M. C. Medicalização X Humanização: o cuidado ao parto na história. *Revista Enfermagem UERG*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 245-251, maio/ago. 2005.

SILVA, A. M. F.; MARTINI, J. G.; BECKER, S. G. A teoria das Representações Sociais nas dissertações e teses em enfermagem: um perfil bibliométrico. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 294-300, abr./jun. 2011.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organizações Rurais e Agroindustriais*, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, jan./abr. 2005.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Construindo o roteiro de entrevista na pesquisa em representações sociais: como, por que, para que. *Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 607-611, jul./set. 2012.

SIMÕES, S. M. F.; SOUZA, I. E. O. Parturição: vivência de mulheres. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 168-180, jan./abr. 1997.

SOUZA, A. Enfermeiros na justiça. *Estado de Minas*, Belo Horizonte, 28 jul. 2012. Caderno Nacional, p.10.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, p. 505-516, set. 2010b.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências científicas: parte II. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. 459-468, set. 2010a.

SOUZA, K. V.; LEÃO, M. R. C.; SOUSA, A. M. M.; NASCIMENTO, A. C. Planejamento do parto para o corpo que irá parir. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A. *Tratado cuidados de enfermagem: médico-cirúrgico*. São Paulo: Roca, 2012. v. 2, cap. 100, p. 1660-1671.

SOUZA FILHO, E. A. Análise de Representações Sociais. In: SPINK, M. J. (Org.). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 2004. Parte 1, Item 6. p. 109-145.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul./set. 1993.

SPINK, M. J. P. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. 339 p.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; BRUGGEMANN, O. M.; CAMARGOS, B. V. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 458-466, abr./jun. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet*, London, v. 8452, p. 436-437, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.

YAZLLE, M. E. H. D.; ROCHA, J. S. Y.; MENDES, M. C.; PATTA, M. C.; MARCOLIN, A. C.; AZEVEDO, G. D. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 202-206, abr. 2001.

ZAMBRANO, E.; BARIZON, J. B.; LUCHESI, L. B.; SANTOS, C. B.; GOMES, F. A. Cesárea: percepções da puérpera frente à escolha do tipo de parto. *Revista Enfermagem UERG*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 177-181, maio/ago. 2003.

ZHANG, J.; TROENDLE, J.; REDDY, U. M.; LAUGHON, S. K.; BRANCH, D. W.; BURKMAN, R.; LANDY, H. J.; HIBBARD, J. U.; HABERMAN, S.; RAMIREZ, M. M.; BAILIT, J. L.; HOFFMAN, M. K.; GREGORY, K. D.; GONZALEZ-QUINTERO, V. H.; KOMINIAREK, M.; LEARMAN, L. A.; HATJIS, C. G.; VELDHUISEN, P. V. Contemporary cesarean delivery practice in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, St. Louis, 2010 Oct; 203(4):326.e1-326.e1

ANEXOS E APÊNDICES

APÊNDICE A - Entrevista (Introdução do tema)

Identificação da Entrevista/ Entrevistada:

Data da entrevista:

Instituição:

Identificação da entrevistada:

Idade:

Raça:

Estado Civil:

Escolaridade:

Nº Consultas Pré Natal:

Intervalo Interpatal:

Introdução do tema:

Fala para mim como foi para você ter tido um parto normal depois de uma experiência anterior de cesárea.

APENDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada provisoriamente "O parto normal após experiência de uma cesárea: representações das puérperas" em desenvolvimento no Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que representa uma das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Essa pesquisa é de responsabilidade de Adrinez Cançado e Nascimento, orientada pela Profa. Dra. Kleyde Ventura de Souza, que é professora desta escola.

O estudo tem por objetivo compreender as representações das mulheres que tiveram um parto normal depois de uma cesariana, ou seja, qual a visão que você tem do parto normal depois de ter tido uma cesariana.

Para falar sobre isso, você vai me contar, ou seja, relatar como foi para você ter esse parto (normal) depois de já ter tido uma cesariana anteriormente. Se você permitir, suas respostas serão gravadas em um gravador para que eu seja fiel às respostas que você deu quando for transcrevê-las e você poderá escutar, se assim o quiser.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender de que forma você e outras mulheres que tiveram uma cesariana como único parto anterior vivenciaram o trabalho de parto e parto normal no final dessa gravidez, buscando melhorias em conjunto com a equipe assistencial para atender outras mulheres na mesma condição, no momento de seus partos.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados, as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa será aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG) e das duas maternidades em que estamos realizando a pesquisa. Locais também que você pode fazer contato para ter esclarecimentos, a partir do telefone e endereço abaixo.

Em qualquer momento da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar sua permissão e autorização para participar, além de não permitir a posterior utilização dessas respostas, sem nenhum ônus ou prejuízo em relação a seu atendimento, nem de sua família na maternidade. Tentaremos minimizar ao máximo os riscos para você com relação a constrangimentos. Reafirmo que em qualquer situação seu atendimento não será prejudicado e que você não terá nenhum gasto extra e nem mesmo será pago pelas informações.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Atenciosamente, Adrinez Cançado e Nascimento _____

Kleyde Ventura de Souza _____

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura: _____

Polegar direito

Belo Horizonte, ____/____/____

Contatos:

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.

Hospital Sofia Feldman, R. Antônio Bandeira, 1060- BairroTupi. Tel.340-82230 ou 3408-2231

Maternidade Hospital Risoleta Tolentino Neves, R. das Gabirobas, n. 01, Bairro Vila Clóvis. Tel. 3459-3363

Adrinez Cançado e Nascimento. R. Antônio Bandeira, 1060- BairroTupi.Tel: (31) 3408-2231 ou 3408-2231.

Profª Dra. Kleyde Ventura de Souza Av. Profª Alfredo Balena. Escola de Enfermagem UFMG Tel: (31) 3409-8025.

ANEXO A:



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Projeto: CAAE – 0632.0.203.439-11

**Interessado(a): Profa. Kleyde Ventura de Souza
Departamento de Enfermagem Materno
Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 14 de dezembro de 2011, o projeto de pesquisa intitulado **"O parto normal após experiência de uma cesárea: representações das puérperas"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO B:



PARECER DE RELATOR – 29/2011 CAAE: 0632.0.203.439.11
(favor citar esse número em suas comunicações com o CEP/HSF)

Título do projeto: O parto normal após experiência de uma cesárea: representações de puérperas.

Interessadas:

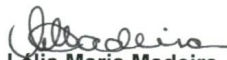
- ✓ Kleyde Ventura de Souza (Orientadora, pesquisadora responsável)
- ✓ Adrinez Cançado e Nascimento (Mestranda)

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) analisou em plenária realizada no dia 16 de dezembro de 2011, o Projeto de Pesquisa intitulado: "O PARTO NORMAL APÓS EXPERIÊNCIA DE UMA CESÁREA: REPRESENTAÇÕES DE PUÉRPERAS" e o considerou **APROVADO**, de acordo com o parecer de relator em anexo.

Reafirmamos que o relatório final deverá ser encaminhado ao CEP/HSF ao término do estudo, para fins de conclusão do processo.

Atenciosamente.

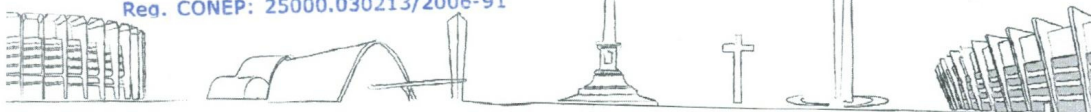


Dra. Lélia Maria Madeira

Coordenadora do CEP/HSF

Comitê de Ética em Pesquisa
HOSPITAL SOFIA FELDMAN
Reg. CONEP: 25000.030213/2006-91

Belo Horizonte, 19 de dezembro de 2011



A saúde é direito de todos e dever do Estado.

Artigo 196 - Constituição Federal de 1988

ANEXO C:



HOSPITAL

RISOLETA TOLENTINO NEVES



Núcleo de Ensino e Pesquisa

Belo Horizonte, 30 de novembro de 2011.

Processo Nº 35 /11

Título do Projeto: “O parto normal após experiência de uma cesárea: representação das puérperas”

Pesquisador: Adrinez Cançado

Trata-se de requisito parcial para a obtenção de título de mestre.

Justificativa/relevância: A autora destaca a elevada taxa de partos por cesariana no Brasil, muito acima dos índices preconizados pela OMS e das maiores do mundo. Aponta, entre outras causas, a existência de uma cultura da cesariana, que influencia as decisões sobre a via do parto, inibindo também a possibilidade de partos normais subsequentes à cesariana. Destaca estudo que ouviu 656 puérperas e 142 médicos que concluiu que 9 entre 10 entrevistadas que experimentaram as 2 vias de parto declararam preferir a via vaginal, contrastando com a percepção de quase 50% dos médicos que declararam que as mulheres sentem-se satisfeitas por serem submetidas à cesariana. Aponta que a avaliação de puérperas previamente submetidas a parto cesáreo e que são posteriormente submetidas a parto normal é pouco explorada na literatura. Este dado é relevante, uma vez que uma das principais indicações de parto cesáreo é a realização de cesárea prévia e uma eventual modificação dessa prática poderia contribuir para a redução do número de partos por cesariana no Brasil. Propõe, assim, como objetivo de seu estudo, compreender as representações das puérperas que vivenciaram o parto normal após a experiência de uma cesárea.

Metodologia: propõe metodologia qualitativa, com amostra por saturação e realização da técnica de Análise de Conteúdo, usando como referência teórica para interpretação dos mesmos a Teoria das Representações Sociais. Serão gravadas entrevistas abertas, individuais, com puérperas de duas maternidades que realizam partos exclusivamente pelo SUS em Belo Horizonte, em período mínimo de 20 horas após o parto. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está bem formulado, em linguagem clara e de fácil entendimento e engloba todas as questões éticas envolvidas.

Aspectos logísticos: O estudo pode ser realizado com a estrutura existente nas maternidades, não haverá custo para as mesmas e o cronograma parece adequado às etapas necessárias para o estudo

Parecer: Considerando a relevância do tema, a metodologia adequada ao objeto de estudo, a inexistência de impedimentos éticos e a ausência de limitações logísticas e financeiras, somos pela aprovação do projeto proposto.

Prof. Henrique Oswaldo da Gama Torres – Membro do colegiado do NEPE