

Ana Cristina Freitas da Costa

**TRAJETÓRIA DO PARTO NAS DÉCADAS DE 70,80, 90 E SÉCULO XXI –
DISCURSOS DE MULHERES E A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS.**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Enf^a. Dr^a. Vera Elenei da Costa
Somavilla

Santa Cruz do Sul

2018

Santa Cruz do Sul, junho de 2018

**TRAJETÓRIA DO PARTO NAS DÉCADAS DE 70,80, 90 E SÉCULO XXI –
DISCURSOS DE MULHERES E A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS.**

ANA CRISTINA FREITAS DA COSTA

Este artigo foi submetido ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul
para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Foi aprovada em sua versão final em 29 de junho de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Enf^a Dr^a Vera E. da C. Somavilla
Prof^a Orientadora – UNISC

Prof^a Enf^a Dr^a Luciane Maria Schimtd Alves
Prof^a Examinadora - UNISC

Prof^a Enf^a M.^a Ingre Paz
Prof^a. Examinadora - UNISC

Os resultados do trabalho de conclusão de curso serão apresentados no formato de artigo, o qual se encontra a seguir, conforme as normas exigidas pela Revista Gaúcha de Enfermagem, qualis B1. As referidas normas sobre a estruturação do artigo encontram-se após a disposição do artigo, no Anexo – A.

SUMÁRIO

1 ARTIGO CIENTÍFICO	5
ANEXO A – Normas para submissão à Revista Gaúcha de Enfermagem.....	23
ANEXO B – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	30
ANEXO C – Projeto de Pesquisa	33

TRAJETÓRIA DO PARTO NAS DÉCADAS DE 70,80, 90 E SÉCULO XXI – DISCURSOS DE MULHERES E A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS.

Ana Cristina Freitas da Costa¹; Vera Elenei da Costa Somavilla²

¹Acadêmica do Curso de Enfermagem. Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul (SCS), Rio Grande do Sul (RS). E-mail: anaco@mx2.unisc.br

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Faculdade de Educação junto à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Curso de Enfermagem. Departamento de Enfermagem e Odontologia da UNISC, SCS, RS. E-mail: veras@unisc.br

RESUMO

Objetivo: Problematizar a história da assistência à gestação e ao parto ao longo das décadas de 70 ao século XXI; na perspectiva das mulheres que vivenciaram esta experiência nestas épocas. **Método:** Pesquisa descritiva, exploratória, qualitativa. Com coleta de dados a partir de entrevista semiestruturada e análise realizada por mapas de associação de ideias. **Resultados:** As 16 mulheres relataram que a década de 70 está marcada pela incidência de partos normais, na década de 80 o parto passou a ser exclusivamente hospitalar e marcado por uma série de intervenções. Os anos 90, evidenciam o ápice da cesariana, enquanto que no século XXI as manifestações dão nuances de que a forma de parir não satisfaz as expectativas das mulheres **Considerações Finais:** As narrativas representam os sentimentos das mulheres em relação as experiências de parto, expressam convenções construídas que impactam na forma como a assistência é desenvolvida. Problematizando práticas relacionadas a gestação e ao nascimento.

Palavras-Chave: Parto, Gestação, Assistência ao parto, Pré-natal.

ABSTRACT

Objective: Problematize the history of pregnancy care and the birth during the 70's to the 21st century; from the perspective of women who have experienced this experience in these times.

Method: descriptive, exploratory, qualifying research. With data collect from the semi structured interview and analysis performed by maps of association of ideas. **Result:** The 16

women have reported that in the 70's is marked by incidence of normal births, in the 80's the birth became exclusively in the hospital and marked by a series of interventions. In the 90's, evidence the apex of cesarean, while in the 21st century the manifestation give nuances that the way to birth doesn't satisfy the women's expectative. **Final considerations:** The narratives represent the felling of women in relation to expectations of childbirth, they express set up conventions that impact the way assistance is developed. Problematizing practices related to pregnancy and birth.

Word-keys: Pregnancy, Prenatal, Birth Care, Birth

INTRODUÇÃO

Os significados relacionados ao parto, e a todos os processos envolvidos neste evento foram sendo construídos e reconstruídos, ao longo do tempo, a partir dos discursos de mulheres que foram reproduzindo os modelos vigentes em suas épocas. O senso comum frequentemente interfere nas práticas adotadas, e nos modelos de referência, no parto e nos desejos das gestantes, na medida em que elas acabam sendo influenciadas pelas experiências vivenciadas por amigas, avós, mães e irmãs.

Da década de 70, até os dias atuais houve significativas mudanças no processo de parturição, que passou a ser realizado em salas de parto equipadas (com uma gama muito ampla de tecnologias) tornando-se um evento hospitalocêntrico, medicalizado e que destitui o domínio da mulher em parir. ⁽¹⁾ Anteriormente a isso, o parto era um evento domiciliar, no

qual havia a influência da cultura das parturientes e de seu núcleo de convívio, sendo muito comum que a mulher fosse acompanhada por uma parteira no seio do seu ambiente familiar.

De acordo com a literatura, entre os motivos que influenciaram essa mudança se encontram os argumentos da necessidade de modernização do país; a influência da medicina científica e racional; a justificativa de que o parto traz dores insuportáveis; temor da ruptura da musculatura perineal e a das distócias ⁽²⁾; além da justificativa de que a criança é uma riqueza nacional e a visão de que o parto é um estado de vulnerabilidade feminina. ^(3,4) Além disso, como fatores que influenciaram essa mudança destacam-se: o desenvolvimento do bisturi, das pinças, das tesouras, do fórceps, dos antibióticos e da analgesia (os quais também auxiliaram na consolidação da perspectiva de que as mulheres estariam mais amparadas nas instituições e sob conhecimento técnico e especializado). Além da mudança de ambiente (do domiciliar para o hospitalar) ocorreu também a alteração da posição de parir: da posição vertical para a posição supina, justificada pela suposta necessidade de maior visibilidade médica e atuação mais rápida. ⁽⁴⁾

Ocorre que este modelo, de certo modo, retira da mulher o domínio do nascimento, transferindo-o a uma equipe de profissionais. Com isso, a responsabilidade de conduzir ativamente este processo também passou para terceiros, o que gerou práticas intervencionistas, que são incorporadas e consideradas corretas pelas próprias mulheres envolvidas no processo do parto. Contudo, essa assistência intervencionista tem sido fonte de insatisfação para uma parcela de mulheres, que passou a olhar este modelo de forma mais crítica, colocando estas práticas (até então consideradas como ideais) em suspeição. ⁽⁵⁾

A concepção do presente artigo, ocorreu em um contexto de observância desse movimento (de retomada do protagonismo das mulheres no parto, com suas crenças, desejos, valores e sentimentos) e da escuta de depoimentos de mulheres, durante as incursões em atividades práticas de assistência à saúde da mulher, nos quais foram relatadas as mais

variadas opiniões sobre a forma de nascer. Cabe salientar a importância das memórias maternas (que são sentimentos relacionados a experiência de dar à luz e criar filhos), pois a partir delas é possível compreender o contexto da valorização da maternidade e da infância. ⁽³⁾

Porém, diante da vastidão do tema, necessário se faz efetuar um recorte temporal, no caso do presente artigo a partir da década de 70 até os dias atuais, em razão de que foi a partir daquela década que houve uma intensificação na mudança paradigmática dos partos. Assim, conhecer este percurso a partir desse recorte temporal, incita uma série de possibilidades, entre elas conhecer como as mulheres foram construindo discursivamente modelos desejados de parto, e como tais discursos podem interferir nas práticas adotadas na atualidade.

METODOLOGIA

Esta pesquisa lançou mão do modelo metodológico descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa conduzido em um município do Vale do Rio Pardo no Rio Grande do Sul, pretendendo conhecer os diferentes aspectos que cercam a assistência a gestação e ao parto nas distintas décadas, realizando uma relação temporal dos dados.

A pesquisa foi realizada no âmbito do Serviço Integrado de Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul - SIS/UNISC - que é um serviço da Universidade que atende à comunidade de Santa Cruz do Sul e região, prestando atendimentos sustentados no fundamento do Serviço–Escola (que coloca o sujeito no centro da atenção e o saber), contextualizando-o desde sempre e ao mesmo tempo do ponto de vista biológico, social, histórico, político e subjetivo.

Fizeram parte da amostra deste estudo 16 mulheres que contribuíram relatando suas experiências, a partir de uma entrevista semiestruturada. Como pressuposto de participação no trabalho, foram adotados os seguintes critérios: ter vivido a experiência de parto nas décadas de 70, 80, 90 e século XXI; estar em plenas condições das faculdades mentais; participação voluntária, permissão de gravação da entrevista; assinatura de termo de consentimento livre e

informado - TCLE. Como critérios de exclusão foram adotados os seguintes: Estar confuso; não assinar o TCLE; não aceitar participar voluntariamente do estudo e não permitir a gravação dos dados.

Os dados obtidos foram transcritos apoiando-se no Microsoft Word 2010, e os resultados analisados através dos mapas de associação de ideias, deram origem as categorias analíticas na perspectiva teórica proposta por SPINK. ⁽⁶⁾.

Os mapas se constituem através da construção dos dados baseados nos repertórios dos sujeitos que foram produzidos na entrevista sugerindo que produções de sentido estes têm em relação a temática abordada. A organização do material empírico, em mapas possibilitou que se explorasse as modalidades de diálogo viabilizando o processo de interpretação. A construção dos mapas esta constituída de categorias temáticas que refletem os objetivos propostos. A análise nesta perspectiva foi desenvolvida a partir da manutenção da sequência das falas que são deslocadas para as colunas que correspondem as categorias. ⁽⁶⁾

As exigências éticas e científicas seguiram as preconizadas na pesquisa com seres humanos, fundamentando-se nos princípios éticos previstos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob CAAE 90788218.4.0000.5343 e número do Parecer 2.699.837. As falas apresentadas são identificadas com E a seguir o número da entrevista e após a década em que ocorreu o parto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 16 mulheres, sendo que das quais 5 mulheres vivenciaram a experiência do parto na década de 70, 4 mulheres na década de 80, 4 mulheres na década de 90 e 3 mulheres nos anos 2000. Todos os resultados podem ser verificados na tabela 1 a seguir:

Tabela 1: Perfil das entrevistadas, em relação ao número de gestações e a via de parto.

Década de 70				Década de 80			
Idade Parto	Número de gestações	Parto Cesáreo	Parto Vaginal	Idade Parto	Número de gestações	Parto Cesáreo	Parto Vaginal
< 20 anos	03	-	03	< 20 anos	01	-	01
20-25 anos	04	-	04	20-25 anos	01		01
25-30 anos	02	01	01	25-30 anos	03	01	02
>30 anos	02	01	01	>30 anos	01	01	
Década de 90				Século XXI			
Idade Parto	Número de gestações	Parto Cesáreo	Parto Vaginal	Idade Parto	Número de gestações	Parto Cesáreo	Parto Vaginal
< 20 anos	-	-	-	< 20 anos	-	-	-
20-25 anos	01	-	01	20-25 anos	01	01	-
25-30 anos	03	02	01	25-30 anos	03	02	01
>30 anos	02	02	-	>30 anos	-	-	-

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Como é possível observar nos dados apresentados na tabela, a faixa etária das mulheres está relacionada com a década em que ocorreram os partos, sendo que o grupo de maior representatividade foi o da década de 70, período em que o número de filhos por mulher era maior. É possível observar que, assim como no transcorrer das décadas ocorre uma redução no número de gestações, também ocorre a predominância na via de parto cesáreo.

Histórias e modelos de atenção pré-natal.

Neste bloco temático estão descritas as respostas das mulheres em relação a assistência pré-natal, o objetivo da análise destes discursos é conhecer a partir dos depoimentos como essas experiências foram significadas, para estas mulheres em cada década.

É possível observar que, de acordo com cada década algumas práticas foram sendo incorporadas e outras foram esquecidas. A década de 70 foi uma época em que as mulheres em seu pré-natal não sofriam tantas intervenções. E este ocorria baseado nas intercorrências apresentadas.⁽⁷⁾ Tais aspectos podem ser observados nas manifestações citadas a seguir.

No primeiro filho ia todo mês no médico, no segundo fui só em abril, tava com muita dor nas costas. Aí descobri que o sangue meu era A negativo e o do meu marido era B positivo, me assustei, ele falou em transfusão quando o bebê nascesse, mas não foi preciso, no fim deu tudo certo[...]descobri a gravidez do segundo porque tava com muitos enjoos né [...] (E1 70)

Ia no médico todo mês, examinavam, tá tudo bem, tudo bem [...] hoje é muito diferente, nada pode. Minha neta tá grávida, nem chimarrão pode [...] (E6 70)

Naquela época não acompanhava em médico, só se tivesse muita precisão, a parteira ia em casa visitar, mas pro fim da gravidez, e a mãe ia falando como era[...] (E7 70)

Uma das manifestações indicam a participação efetiva de parteira, figura que na década de 70 tinha um papel extremamente importante na assistência a gestação e ao parto. No transcorrer das décadas de 60 e 70, estas mulheres começaram um processo de migração de suas ações para o ambiente hospitalar, poucas, ainda mantinham-se realizando o parto nos domicílios. ⁽⁸⁾

Na década 80, os movimentos de democratização da saúde, como a 8^o Conferência em Saúde e a Reforma Sanitária, levaram à discussão as formas de praticar saúde no Brasil. As políticas de saúde materno infantil, ganharam grande evidência: a redução da mortalidade materna e perinatal era uma das prioridades. Desta forma, além de melhorar as condições socioeconômicas, era fundamental melhorar a qualidade da atenção pré-natal. Movimento este que podemos perceber nos relatos a seguir. ⁽⁹⁾

Ia no médico todo mês, a gente tinha sindicato, e tudo eu lia, sempre gostei muito de ler, a gente tinha aquelas cartilhas de pais e filhos[...] (E2 80)

O parto da primeira, foi assim, eu ganhei ela com 22 anos, eu ganhei ela com um médico clínico, não foi um ginecologista, fazia os exames todos os meses, foi uma gravidez muito tranquila até os 7 mês, ai eu tive ameaça de perca dela, veio sinal, eu fui para o médico. O médico pediu para eu fazer repouso, que não era para pegar nem uma chaleira naqueles dois meses de repouso, ai assim eu fiz[...] (E14 80)

Ia no médico tudo, mas assim, não era todo o mês sabe e teve ecografia, teve uma no início e outra, se não me engano, lá pelo 7 mês mais pro fim né. E as consultas com o médico não era todo o mês certinho, aquela coisa né, não lembro de tanto acompanhamento[...] (E8 80)

A partir das manifestações descritas acima é possível perceber que a assistência à gestação, a partir de alguns movimentos políticos relacionados a atenção a saúde (entre eles a Reforma Sanitária, e a 8º Conferência), passou a ser desenvolvido de outro modo. E as mulheres passam a perceber a gestação de outra forma, buscando maior acompanhamento, através de consultas mais frequentes.

A publicação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher PAISM em 1983, teve importante influência no comportamento das mulheres, pois foi considerado um marco para a assistência pré-natal, sendo um dos primeiros documentos onde foram descritos número de atendimentos que deveriam ser realizados para cada gestante, além de padronização de condutas, elencando inclusive quais exames laboratoriais deveriam ser solicitados. Nesta direção as mulheres passaram a adotar e a seguir as orientações oriundas desta política, e assim se produziu um padrão de comportamento em relação a gestação a ao parto. ⁽⁷⁾

A década de 90 dá continuidade e amplia inúmeras ações de saúde iniciadas nas décadas de 70 e 80, influenciadas pelo movimento feminista, ações para democratização da saúde, (inseridas na Constituição Federal de 1988), e o fim da Guerra fria. Todos estes movimentos reforçaram a importância do cuidado a saúde materno infantil e a redução das taxas de mortalidade. ⁽¹⁰⁾

Através dos depoimentos, pode-se perceber que a partir da década de 90, as mulheres passaram a ter mais acesso ao pré-natal e se tornaram mais conscientes da importância dele:

Já a terceira filha foi melhor, passei bem, foi com ginecologista, ia todo mês, fazia exames, só não fazia ecografia, não tinha plano, não tinha dinheiro. E eu passei bem não engordei nada, só tinha o neném na barriga, pulava cerca, trepava brete, tirava leite, pintava e bordava todo o dia [...](E15 90)

Já na dá segunda filha era todo mês, ecografia fiz três, também não foi tanta assim, hoje em dia tem eco pra ver isso e aquilo, foram básicas assim pra ver tamanho, e depois pelo quarto e sétimo mês. Mas era mês a mês ia no médico tudo certinho, fazia exames, exames de urina, então tinha um controle melhor, também foram quinze anos depois do primeiro né. [...](E11 90)

É possível observar que, a realização de exames de diagnóstico - tais como ecografias e exames laboratoriais - tem para as mulheres um lugar de destaque, na medida em que, foram colocados em evidência, como sendo uma importante lembrança do período gestacional. ⁽¹¹⁾

No transcorrer dos anos 2000, foram realizadas inúmeras ações para qualificar a assistência às mulheres, entre quais salienta-se: o fortalecimento do Programa Saúde da Família (PSF); a reestruturação das Unidades Básicas de Saúde UBS, que passou à condição Estratégia de Saúde da Família – ESF; o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, instituído por meio da Portaria nº 569/2000, e que tem por base a garantia do direito à cidadania e o acesso, por parte das gestantes e dos recém-nascidos, à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto na gestação de baixo como de alto risco, assegurando a integralidade da assistência.⁽²⁰⁾

Em 2011, foi instituída a “Rede Cegonha”, que tem por objetivo garantir a segurança e a qualidade assistencial à mulher e ao nascituro. Entre suas ações, a “Rede Cegonha” propõe ampliar o acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; oferta de transporte adequado no período do pré-natal e no momento do parto; vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto, obtendo-se sempre vaga para a gestante e para o bebê; realização de parto e nascimento seguros, por práticas humanizadas e eficientes de atenção; acompanhante no parto, de livre escolha da mulher; atenção integral à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e, por último, acesso ao planejamento reprodutivo.⁽¹²⁾

Tais propostas de atenção produzem uma série de discursos por parte das mulheres, que podem ser percebidos nos relatos a seguir:

Ia todo o mês no posto em vera cruz, com o médico. O primeiro filho era o clinico geral que me atendia, depois na segunda já tinha gineco.[...] (E13 SEC.XXI)

Durante o pré-natal agente tinha se preparado para um parto normal né, já que tava tudo tranquilo, tinha sido tudo certinho. Fiz exames, ecografia, consulta todo o mês. Só que eu não tive a minha filha com a medica que eu consultava, porque meu plano não ia cobrir, então eu teria que ter pelo SUS, por isso eu escolhi o hospital da minha cidade [...] (E16 XXI)

Na segunda filha o médico foi de out/ro município, mas gostaria que fosse o meu médico, mas não estava realizando partos devido à idade, então ele me indicou outro médico ginecologista.” (E9 XXI)

Se tomarmos estas falas como subsídio para problematizar as propostas preconizadas pela “Rede Cegonha” é possível perceber que, há um certo distanciamento entre as diretrizes das políticas com o que efetivamente é desenvolvido na prática.

A retrospectiva em relação ao pré-natal das décadas de 70 ao século XXI evidenciam a partir das manifestações das mulheres, que houve um incremento no número de atendimentos. Pois as mulheres da década de 70 consultavam os serviços de saúde com menos frequência que as da década de 90 e século XXI, deste modo também é possível observar que houve a ampliação da realização de exames de diagnóstico. Este é um dado que vai ao encontro dos estudos que apontam a redução da mortalidade materna nas últimas décadas, pois se a gestação é um período em que as mulheres frequentam os serviços de saúde é evidente que os resultados das suas condições de saúde também devem ser melhores.

Histórias de parto e a influência na produção de modelos de parir.

Na década de 70, ocorre a migração do parto para o ambiente hospitalar, de forma mais significativa, ainda que existam parteiras que realizam o parto no domicílio, esta é uma atividade escassa e que ocorre em localidades mais remotas. ⁽¹³⁾ Nessa categoria, são elencados inúmeros fatores que expressam como os partos eram realizados, inclusive podem ser observadas algumas situações, que hoje são denominadas de violência obstétrica e que nos discursos citados parecem ser percebidos como práticas normais.

Os dois nasceram no hospital, agente sentia as dor e ia né. O primeiro senti as dor a noite e no meio da manhã nasceu, a irmã fez o parto, naquela época agente não tinha as salas especiais que tem hoje né. O segundo já foi o médico que fez, os dois levei pontos, é ruim né, a gente não pode sentar direito[...] (E1 70)

6:30 a bolsa arrebentou, não senti dor nenhuma. Minha irmã trabalhava no hospital ia me ver de vez enquanto, a mãe foi me ver umas 16:30, pegar notícias né, eu disse: ‘tô bem mãe, talvez nem venha hoje [...] tiveram que cortar um pouco e usaram fórceps, aí custou a chorar, e eu perguntei. A mulher que tava ali ajudando disse ‘cala boca’ e apertou mais a minha barriga. [...] (E2 70)

O segundo tava meio estranha de manhã, fui na Mama, uma vizinha que era parteira, ela me disse: ‘é hoje mesmo, lá pelas 18:30 teu filho nasce’”. A bolsa arrebentou umas 11h, a Mama tinha ido ver uma vaca... Ai a outra vizinha me levou para o hospital, 18 horas com o sino da igreja batendo e eu ganhando, foi lindo ela nasceu se espreguiçando. [...] (E12 70)

O terceiro tinha 4300g e na 4º contração já nasceu, foi bem rapidinho, tava com 3 voltas do cordão enrolado, aí rapidinho a parteira atendeu, desenrolou. Ficou umas marquinha ali, mas nada grave, ela nasceu 14:50 e 17h já tava de pé [...] (E7 70)

Observa-se através dos relatos que no momento em que os partos passam a ser realizados em instituições hospitalares, passou a ocorrer um grande aumento das intervenções realizadas durante o parto: como a episiotomia; a lavagem gástrica; litotomia; ocitocina; a restrição ao leito e o condicionamento a posição supina. As manifestações citadas expressam uma certa tutela médica em relação ao corpo feminino fruto da transformação da assistência obstétrica em uma matéria médica. ⁽¹⁴⁾ Convém destacar que esta afirmação é evidenciada nos discursos das mulheres entrevistadas para este estudo, sendo que de algum modo elas expressam acontecimentos que representam distintos momentos históricos relacionados a assistência ao parto.

A hospitalização do parto foi um fenômeno universal, nos países ocidentais. No Brasil, o parto hospitalar passou a mais frequente após a década de 1960, quando ocorreu uma crescente expansão da assistência hospitalar, inspirado em países como os Estados Unidos e financiado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1967. Mediante a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões no INPS e a expansão da assistência hospitalar, à custa da proliferação de empresas de saúde, o sistema operava com três componentes: privado; seguridade social para empregados regulares subvenção do poder público (Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais) a instituições de caridade

para os mais pobres. A criação do INPS levou a construção de inúmeros hospitais, maternidades, centros de especialidades. ⁽¹⁵⁾

Podemos observar nos relatos que seguem, que as mulheres, na década de 80, têm como referência para parir as unidades hospitalares:

Esperei, foi natural, nem cogitei a cesárea, naquela época a cesárea era última necessidade[...]acho que 5:30/6 horas aí começou a dilatação, fizeram lavagem, deram um acelerador,..., as contrações aumentaram[...] não tinha dilatação ,forcei, forcei, aí no fim das contas, não consegui, ele tava colocado a cabeça ali...aí foi, ele cortou, deu 13 pontos externos e tinha mais alguma coisa interna, e mesmo assim não deu, aí ele pegou o ferro, fórceps, senti um deslocamento, parece que um osso quebrou, senti todo o deslocamento[...](E8 80)

*Ai eu não lembro a hora que fiquei **doente** quanto tempo, isso eu não me lembro. Só me lembro que fizeram lavagem, a mãe tava junto, meu marido também. Ganhei ela 2horas da manhã, levei uns 4 pontos eu acho, tinha duas enfermeiras do lado, foi com o médico, no outro dia trouxeram ela, ela mamou, passei muito bem. (E14 80)*

Já a segunda, eu tive uma gravidez difícil, foi um parto muito complicado[...] deu o sinal e eu fui, de ônibus, para o hospital, com o meu marido, aí depois a mãe foi, fiquei dois dias no hospital[...]fizeram soro, remédio e nada, e parece que falaram com meu marido e ele não quis pagar a cesárea, naquela época a gente tinha que pagar a anestesia eu acho[...]fui no domingo de noite para o hospital e ganhei na terça à noite as 19h[...] 15h da tarde arrebentou a bolsa, lavou o quarto, já tava pronta tudo, foi tirada a ferro, no fim eu não tinha mais força, tava a dois dias sem comer, só no soro, passou da hora, foi para o oxigênio, levei 18 pontos, e lembro que me assustei ela não chorou, eu achei que ela tava morta, pensei no que ia dizer pra minha filha mais velha, que tava em casa esperando ela, a mana. (E14 80)

É possível perceber, através dos depoimentos que, com a mudança do parto doméstico, assistido por parteiras, para o parto hospitalar, conduzido por outros profissionais de saúde houve inúmeras mudanças para o processo de parir. O parto, anteriormente, compreendido como um evento familiar e social foi transformado em um processo patológico na vida da mulher, agora conduzido em um ambiente controlado, com regras e normas para o nascimento. Com a hospitalização do parto a mulher perde muito de sua autonomia na cena do parto, inclusive seu protagonismo. Ao realizar o parto no hospital a mulher torna-se dependente das normas institucionais e o processo é conduzido de forma a facilitar o trabalho dos profissionais envolvidos. Além disso, a mulher é privada de um ambiente acolhedor, encontrado, anteriormente no ambiente doméstico, ficando em alojamentos conjuntos com outras mulheres, mas separadas de seus filhos. ^(4,5)

A década de 90 é marcada por muitas razões que podem ser citadas para o aumento exponencial dos partos cesáreos no Brasil: o estímulo financeiro, que por muito tempo pagou valores superiores aos partos cirúrgicos; a esterilização definitiva, através das laqueaduras das trompas realizadas concomitante ao parto cesáreo; o medo da dor, dos cortes; a pouca informação das mulheres.^(3,14) Em 1992, 40,5% dos partos no Estado de São Paulo atendidos na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) correspondiam a cesarianas.⁽¹⁶⁾ Estes são aspectos que podem ser evidenciados a partir das falas das entrevistadas que vivenciaram a gestação na década de 90:

*Eu optei por cesárea, **era mais fácil**, mais tranquila e por que queria fazer ligamento[...] três, quatro dias após o parto comecei com febre, voltei para o hospital, a cesárea tava fechadinha, e eu tinha muito leite, tava começando a encaroçar[...] começou a me dar antibiótico, só que não dava volta, então ele disse que ia secar o leite.[...] Foi então que aconteceu que a irmã foi no quarto, chegou, olhou, palpou e sem perguntar pegou uma pinça e perfurou os pontos da cesárea, aí começou a sair um monte de pus.[...] Tinha sido infecção hospitalar[...] (E11 90)*

O primeiro não vinha, não vinha, aí fui para o hospital me colocaram no soro, 1 hora depois tava nascendo, tiveram que romper a bolsa, imagina aquela mão dentro da gente e o corte né, muito doído, muita dor mesmo, e aquela pessoa trepada encima de ti, apertando a tua barriga, acho que não pegou anestesia e ele, ainda, aspirou mecônio, passou da hora né.[...] (E3 90)

***Não escolhi**, foi cesária, segundo o médico, eu estava com muita idade para ter parto normal. (E10 90)*

Nesta década compreendemos, através dos relatos, que o parto se tornou definitivamente um evento hospitalar, e que a cesariana se tornou uma prática comum para as mulheres, por ser considerada uma forma “mais fácil” de parir. Após a institucionalização do parto foi possível observar as inúmeras intervenções que as mulheres passaram a sofrer durante o parto vaginal, como dito anteriormente, hoje consideradas práticas que caracterizam violência obstétrica. Tais práticas ficam evidentes nos relatos, assim como a influência das escolas médicas, que por muito tempo estimularam o parto cesáreo.^(4,5)

Os discursos citados também evidenciam que o parto cesáreo extrapolou a área médica transformando-se em um fenômeno cultural. A popularidade entre as mulheres tornou-se

evidente: anteriormente limitado a grupos sociais mais abastados, hoje estende-se a todos. Pode-se dizer que atualmente a mulher opta por um parto cesáreo, sem cogitar o parto vaginal pelos seguintes motivos: temores específicos da gravidez, como o medo de aceitar a impossibilidade e o impacto de um parto desencadeado espontaneamente; medo de ficar permanentemente deformada e arruinar sua sexualidade e medo de sentir dores insuportáveis.

(2)

Considerando que na década de 90 a prática obstétrica colocou em evidência a realização da cesariana, está se tornou preferência no século XXI. No entanto, essa preferência frequentemente oculta questões subjacentes, que determinam esta decisão. ⁽¹⁵⁾ Em pesquisa realizada pela Fiocruz, verificou-se que, no início do pré-natal, 70% das mulheres não tinham a cesárea como preferência, porém 90% delas tiveram partos cesáreos, e em 92% dos casos, a cirurgia foi realizada antes de a mulher entrar em trabalho de parto. A pesquisa destaca também que, em algum estágio dos nove meses de gestação, algo fez a mulher mudar de ideia, sendo um dos motivos para tal posicionamento da gestante a pouca informação recebida pelas mulheres em relação às vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto e a baixa participação do médico como fonte desta informação. ⁽¹⁷⁾

Estes aspectos foram observados nos depoimentos das mulheres, entrevistadas, que realizaram seus partos no século XXI.

A princípio seria parto normal, mas não foi possível porque não tinha dilatação[...] A segunda a sensação foi muito diferente, como havia escolhido a data para ela nascer não sentia dor, era mais nervosismo para que tudo ocorresse bem, a anestesia foi peridural com recuperação bem mais rápida, me senti muito bem pois em algumas horas já estava no quarto caminhando e com minha filha nos braços.(E9 SEC.XXI)

O médico tava no almoço, as enfermeiras que fizeram o parto, eu tava com medo de passar da hora também, mas foi bem melhor, tinha uma enfermeira fez massagem, me colocou na bola[...]tão bom a gente ter alguém junto cuidando[...] elas tiveram de cortar também, acho que uns 7 pontos, mas foi mais tranquilo, só pra sentar depois incomodava um pouco[...] (E13 XXI)

Pelas 7h da manhã rompeu a minha bolsa, eu estava super orientada bem tranquila[...] durante o pré-natal a gente tinha se preparado para um parto normal[...]a técnica veio fazer os procedimentos, me puncionar[...]eu tava com 2cm, e eu expliquei que minha bolsa tinha rompido as 7h da manhã, ele tentou convencer meu marido que como eu estava sem líquido

nenhum o meu neném não teria como descer[...] pedi para que ele esperasse o parto normal, que eu queria esperar , que eu tinha me preparado, e ele não aceitou virou as costas[...] eu pedi pra ele , se meu marido ia entrar, ele disse que não, que meu marido não iria ajudar em nada[...] então comecei a chorar e ele começou a me dar tapas na cabeça, dizendo que eu não tinha motivo para chorar, dizia que era um direito dele, e ele dizia que meu marido não ia entrar, nisso o obstetra começou a cirurgia[...]mostraram ela de longe,[...]me levaram para sala de recuperação, uma sala fria, eu tava sozinha, sem a minha neném,[...] eu sentia muita dor, os remédios não ajudavam , vomitei[...].(E16 XXI)

É possível dizer que os depoimentos expressam o modelo obstétrico construído no Brasil, no século XXI, extremamente intervencionista e medicalizado, que nos transformou no país com o maior número de partos cesáreos do mundo. Em 2017 55,5% dos partos no Brasil foram cesarianas. ⁽¹⁸⁾

Opondo-se a este modelo, surgiu neste período os defensores do parto natural, que no final da década de 90, começaram a disseminar os benefícios do parto normal, a importância de a mulher ser sujeito das ações, de recuperar o feminino do parto. ⁽¹⁹⁾

Acompanhando esse movimento, e seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde lança inúmeras ações para estimular o parto normal e combater a violência obstétrica, através do aumento do valor pago para a realização do parto normal, a formação de enfermeiras obstétricas, a criação de casas de parto, o fortalecimento do pré-natal. ^(19,20)

Apesar das inúmeras ações, do movimento em prol do parto humanizado é possível verificar, a partir dos depoimentos que a cultura da cesariana, no decorrer dos períodos estudados, década de 70 ao século XXI, se propagou a partir dos discursos das mulheres, que reproduziram um “modelo” de parir, baseado em intervenções e na crença de que a mulher precisa de assistência no parto. As manifestações referentes a década de 70 ainda trazem à tona a cena de um parto onde a mulher era protagonista, modelo que está sendo resgatado, porém por influência das práticas das décadas de 80 e 90, onde a indústria da cesárea teve seu ápice, ainda levará tempo para ser desconstruída.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O recorte histórico utilizado, neste estudo, para analisar a influência dos discursos que circulam entre as mulheres em um determinado período, em relação a gestação e o parto podem ser considerados como fatores que influenciam na construção de um modelo de parir. Pois ao analisar as manifestações das mulheres que fizeram parte da amostra, ficam evidentes as práticas que eram adotadas em cada década, e as transformações e suas rupturas relacionadas a modelos ditos instituídos. Deste modo, as mulheres ao falarem entre elas sobre gestação e parto propagam determinados modelos que vão ser desejados e copiados no grupo, e conseqüentemente na sociedade como um todo.

A década de 70 esta marcada por partos quase que exclusivamente normais, já a década de 80 o parto passou a ser exclusivamente hospitalar e marcado por uma serie de intervenções. Entre as entrevistadas dos anos 90, evidencia o ápice da cesariana, enquanto que no século XXI as manifestações dão nuances de que a forma de parir não satisfaz as expectativas das mulheres e as intervenções passam a ser questionadas e problematizadas. Este pode ser um indicativo de que os discursos que circulam entre as mulheres e que são preconizados nas políticas públicas de saúde produzem desejos de um modelo de assistência ao parto que valorize a especificidade de cada nascimento.

As narrativas citadas na análise dos dados representam a diversidade de práticas e os sentimentos das mulheres em relação as suas experiencias de parto, expressam convenções construídas que impactam na forma como a assistência é desenvolvida. Por este motivo lançar mão deste resgate histórico para problematizar as práticas relacionadas a gestação e ao nascimento pode ser um importante dispositivo para a compreensão de um processo que está em constantemente transformação.

Entende-se que os benefícios do estudo para o ensino, a pesquisa e a assistência de enfermagem consistem em problematizar e evidenciar práticas desenvolvidas em um determinado período histórico, que influenciam para as práticas adotadas na atualidade.

Assim, oferecem subsídios para o entendimento de como a assistência ao parto foi sendo construída, tal compreensão qualifica a atuação dos profissionais na medida em que estes ampliam as possibilidades de planejamento e implantação de novas formas de assistir a gestação e ao parto.

REFERÊNCIAS

1. Matos GC de et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE*.2013 7(3).
2. Carneiro RG. *Cenas de Parto e Políticas do Corpo* [online]. Rio de Janeiro (RJ)Editora Fiocruz,2015. 328p.ISBN:978-85-7541-458-3.
3. Clemens J. A (Mal) Dita Maternidade: A Maternidade E O Feminino Entre Os Ideais Sociais E O Silenciado [tese]. Florianópolis (SC). Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina;2015.
4. Vandrúscolo CT, CS Krueel. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Ciências Humanas, Santa Maria*, 2015 16(1): 95-107.
5. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? *Revista Gaúcha Enfermagem*, 2014 mar;35(1):157-160.
6. Spink MJ. P. *Psicologia Social e Saúde: saberes e sentidos*. 9. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.
7. Cruz RSBLC, Caminha MFC, Batista M. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*.2014;18(1):87-94.
8. Silveira IS, Monticelli M, Volkmer C, Angeloni RB. Publicações científicas brasileiras de enfermeiras obstétricas sobre parto domiciliar: revisão sistemática de literatura. *Texto & Contexto Enfermagem* [Internet]. 2013;22(1):247-256.
9. Polgliane R, Bastos S. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do programa de humanização do pré-natal e nascimento e da organização mundial de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 19, n. 7 Acessado 29 Maio 2018] Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.08622013>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.08622013>.
10. Corrêa S, Alves JED , Jannuzzi PM. *Direitos e saúde sexual e reprodutiva: Marco teórico-conceitual e sistema de indicadores*. 2015 - abep.org.br.
11. Pohlmann FC, Kerber NPC, Pelzer MT, Dominguez CC, Minasi JM, Carvalho VF. Modelo de assistência pré-natal no extremo sul do país. *Texto contexto – enfermagem*. 2016 25(1): 36-80.

12. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Tos BRGOI, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2014 Dec [cited 2018 June 09] ; 67(6): 1000-1007. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000601000&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>.
13. Faria RMO, Sayd JD. Abordagem sócio-histórica sobre a evolução da assistência ao parto num município de médio porte de Minas Gerais (1960-2001). Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 Aug [cited 2018 June 09] ; 18(8): 2421-2430. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800027&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800027>.
14. Pontes MGA, Lima GMB, Feitosa IP, Trigueiro JVS. Parto nosso de cada dia: Um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança. 2014 Jun;12(1):69-78.
15. Leister, N, Gonzalez Riesco, ML. ASSISTÊNCIA AO PARTO: HISTÓRIA ORAL DE MULHERES QUE DERAM À LUZ NAS DÉCADAS DE 1940 A 1980. Texto & Contexto Enfermagem [Internet]. 2013;22(1):166-174. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71425827024>
16. Domingues, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2014, v. 30, n. Suppl 1 [Acessado 10 Junho 2018] , pp. S101-S116. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>.
17. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme FMM et al . 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. Ciênc. saúde coletiva.2014 13(5): 1521-1534.
18. Queiroz TC, Fófano GA, Farnetano BS, Cruz CESG, Vieira CF, Andrade MAC, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto: uma análise dos fatores socioculturais da mulher e sua influência sobre o processo de decisão. Revista Científica Fagoc Saúde - Volume II – 2017.
19. COSTA MCMDR. Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar: revelando contradições e possibilidades[tese]. Florianópolis (SC). Universidade Federal De Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Doutorado/ DINTER/UFSC-UFRN. 2015.
20. Reis TR, Zamberlan C, Quadros JS, Grasel JT, Subeldi A, Moro S. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Revista Gaúcha Enfermagem. 2015;36(esp): 94-101.

ANEXO – A: Normas para submissão à Revista Gaúcha de Enfermagem

DIRETRIZES PARA AUTORES

INFORMAÇÕES GERAIS

Os artigos para publicação devem ser enviados exclusivamente à Revista Gaúcha de Enfermagem, sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização do Conselho Editorial, devendo, neste caso, constar a citação da publicação original. Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, espanhol ou inglês. Na Revista podem ser publicados artigos escritos por outros especialistas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem. A submissão dos artigos é online no site: <http://www.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem>. O nome completo de cada autor, instituição de origem, país, e-mail e resumo da biografia (afiliação completa e credenciais) devem ser informados apenas nos metadados. Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho não deverão ser mencionados no momento da submissão. Quando do aceite do trabalho, os autores serão orientados sobre a forma de proceder para realizar a sua inserção. Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Comissão de Editoração. A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, ao direito de decidir quanto a alterações e correções. Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão enviar uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da Revista (disponível em: “Sobre” > “Políticas” > “Modelo de Declaração de Responsabilidade”), e seguir as orientações de envio da Revista. Para submeter manuscritos não é preciso ser assinante. Se o manuscrito for aprovado e designado para publicação os autores terão que arcar com a taxa de tradução (inglês). Os manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos deverão indicar os procedimentos adotados para atender o constante da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e indicar o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa. A Revista apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas. Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são completamente aparentes, mas que podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros e outros que possam influenciar seu trabalho. Os artigos enviados serão primeiramente analisados pela Comissão de Editoração em relação à adequação à linha editorial e às normas da revista. A decisão desta análise será comunicada aos autores. Posteriormente a avaliação do artigo é realizada por pares de consultores, membros do Conselho Editorial ou Ad-Hoc, convidados pela Comissão de Editoração. A identidade do autor e da instituição de origem é mantida sob sigilo, bem como entre o autor e

o consultor. Os pareceres são apreciados pela Comissão de Editoração que emite o parecer final, ou no caso de divergência entre os pareceres, solicita um terceiro parecer.

O artigo encaminhado aos autores para reformulação deverá retornar ao Conselho Editorial no prazo máximo de 30 dias. Fora desse prazo será considerada nova submissão. Os autores deverão manter seus e-mails atualizados para receber todas as comunicações. O autor, identificando a necessidade de solicitar uma errata, deverá enviá-la à Revista no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo, e ficará a critério da Revista a decisão sobre sua relevância e possível distribuição. A Revista publica artigos nas seguintes seções: Editorial: de responsabilidade do Conselho Diretor da Revista, que poderá convidar autoridades para redigi-lo; Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Deve obedecer a seguinte estrutura: Introdução deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente e relevante) e objetivos coerentes com a proposta do estudo. Os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os resultados devem ser descritos em seqüência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A discussão, que pode ser redigida junto com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de 4.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 20 referências no máximo); Artigos de revisão sistemática e revisão integrativa da literatura: compreende avaliação da literatura sobre determinado assunto. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e conclusões. Devem obedecer ao limite de 5.000 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências). Artigos de reflexão: formulações discursivas de efeito teorizante com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. Devem obedecer ao limite de 2.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 15 referências no máximo); Relatos de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. Devem obedecer ao limite de 2.000 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 15 referências no máximo); Comunicações breves: estudos avaliativos, originais ou notas prévias de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a enfermagem. A apresentação pode acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais. Devem obedecer ao limite de 1.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 10 referências no máximo); Resenhas: análise crítica de obras recentemente publicadas (últimos 12 meses). Não devem exceder a 500 palavras no total da análise; Cartas ao editor: poderão ser enviadas contendo comentários e reflexões a respeito de material publicado. Serão publicadas a critério da Comissão Editorial. Não devem exceder a 300 palavras no total.

APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

Os trabalhos devem ser redigidos de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>).

Devem ser encaminhados em Word for Windows, fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo, com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo em maiúsculas e negrito; resumen e abstract em maiúsculas, negrito e itálico; seção primária em maiúsculas e negrito; e seção secundária em minúsculas e negrito. Ex.: TÍTULO; RESUMO; RESUMEN; ABSTRACT; INTRODUÇÃO (seção primária); Histórico (seção secundária). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto. Os manuscritos devem conter: Título (inédito) que identifique o conteúdo, em até 15 palavras; Resumo conciso, em até 150 palavras, elaborado em parágrafo único, acompanhado de sua versão para o Espanhol (Resumen) e para o Inglês (Abstract), devem ser apresentados começando pelo mesmo idioma do trabalho. Os artigos originais devem apresentar um resumo contendo: objetivos, método, resultados, discussão e conclusões. Os demais artigos devem apresentar nos seus resumos: introdução, objetivos, resultados e considerações finais. Descritores: de 3 a 6 que permitam identificar o assunto do trabalho, em Português (Descritores), Espanhol (Descriptores), e Inglês (Descriptors), conforme os “Descritores em Ciências da Saúde” (<http://decs.bvs.br>), que apresenta os descritores nos três idiomas, podendo a Revista modificá-los se necessário; Título em outros idiomas: apresentá-lo nas versões que completem os três idiomas que a Revista adota: Português (Título), Espanhol (Título), e Inglês (Title). As versões do título devem ser apresentadas logo após os descritores do seu respectivo idioma; Citações: utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem mencionar o nome dos autores. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por hífen, quando intercaladas devem ser separadas por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta), devem ser utilizadas aspas na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso. Exemplos: Pesquisas apontam que... (1-4) . Alguns autores acreditam que...(1,4,5). “[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu” (7) . Referências: devem ser atualizadas e preferencialmente de periódicos. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utilizando lista numerada no final do trabalho, deve ser composta por todas as obras citadas no texto, na ordem de ocorrência, conforme a norma de Vancouver, não gerando mais de um número para a mesma obra. Indicar prenomes dos autores abreviados. Os trabalhos poderão ainda conter: Depoimentos: são frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa. Não utilizar aspas e seguir a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses codificada a critério do autor, e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]” e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes. Ilustrações: poderão ser incluídas até quatro (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir: - gráficos e quadros devem ser numerados consecutivamente com algarismos arábicos. Apresentar o título (que identifique o assunto) logo abaixo dos mesmos e conter localização geográfica, fonte e período/data de abrangência dos dados;

- tabelas devem ser utilizadas quando o dado numérico se destaca como informação central. Devem ser numeradas consecutivamente, inclusive as de anexo, quando houver, com algarismos arábicos, encabeçadas por seu título (que deverá identificar o assunto), e contendo localização geográfica e período/data de abrangência dos dados. As tabelas devem conter todos os dados que permitam sua compreensão, com explicações sobre símbolos e

abreviaturas. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. A fonte dos dados deve ser mencionada logo abaixo da tabela; - demais ilustrações tais como fotografias, desenhos, etc., devem ser escaneadas com resolução igual ou acima de 300 dpi, enviadas como figura, citadas como figura, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, e com o título abaixo da mesma. As ilustrações devem permitir uma perfeita reprodução, obedecendo a normas de desenho para fins de enquadramento nas colunas da Revista; Símbolos, abreviaturas e siglas: devem ser explicitados na primeira vez em que forem mencionados. Usar somente abreviaturas padronizadas. A não ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto, mesmo que já tenha sido informado no resumo; Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras. Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e anexos (apenas incluídos, sem intervenção dos autores).

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigos de periódicos

- Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>). Para os periódicos que não se encontram nessa listagem, poderá ser utilizado como referência o Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas do IBICT (<http://ccn.ibict.br>).

- Até 6 autores, indicar todos; 7 autores ou mais, indicar os 6 primeiros e acrescentar et al.

1. Artigo padrão

Araujo VE, Witt RR. O ensino de enfermagem como espaço para o desenvolvimento de tecnologias de educação em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;27(1):117-23.

Griffiths C, Kaur G, Gantley M, Feder G, Hillier S, Goddard J, et al. Influences on hospital admission for asthma in south Asian and white adults: qualitative interview study. *BMJ.* 2001;323(7319):962-6.

2. Instituição como autor

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension.* 2002;40(5):679-86.

3. Indivíduo e instituição como autores

Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J Urol.* 2003;169(6):2257-61.

4. Sem indicação de autoria

Signal-averaged electrocardiography. *J Am Coll Cardiol.* 1996;27(1):238-49.

5. Volume com suplemento

Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *Oncologist*. 2007;12 Suppl 1:4-10.

6. Fascículo com suplemento

Dimeo FC. Effects of exercises on cancer-related fatigue. *Cancer*. 2001;92(6 Suppl):168993.

7. Fascículo com número especial

Cunha MLC. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. *Rev Gaúcha Enferm*. 2000;21(n esp):70-83.

8. Indicação do tipo de artigo, se necessário

Silveira DT. As tecnologias da informação e comunicação e sua aplicação no campo de atuação da enfermagem [editorial]. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007;28(4): 453-4.

Livros e outras monografias

9. Indivíduo como autor Bonassa EM, Santana TR. *Enfermagem em terapêutica oncológica*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005.

10. Organizador, editor, compilador como autor

Guimarães JLM, Rosa DD, organizadores. *Rotinas em oncologia*. Porto Alegre: Artmed; 2008.

11. Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.

12. Capítulo de livro

Pizzichini E, Pizzichini M. Concepções sobre asma brônquica. In: Silva LCC, organizador. *Condutas em pneumologia*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 263-5.

13. Livro com indicação de série

Kleinman A. *Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

14. Trabalho apresentado em evento

Menezes GMS, Aquino EML. Trabalho noturno na enfermagem. In: *Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar-ação terapêutica da enfermagem*; 1998 set 2025; Salvador, Brasil. Salvador: ABEn/BA; 1999. p. 309-21.

15. Dissertação e Tese

Schimith MD. *Acolhimento e vínculo no Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo [dissertação]*. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

Outros trabalhos publicados

16. Artigo de Jornal

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

17. Material audiovisual

Chason KW, Sallustio S. Hospital preparedness for bioterrorism [videocassette]. Secaucus: Network for Continuing Medical Education; 2002.

18. Documento jurídico

Ministério da Saúde (BR). Decreto n. 1948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1996 jul 3;134(128) Seção 1:12277-9.

19. Verbete de dicionário

Ferreira ABH. Aurélio, século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. Colono; p. 504.

Material em fase de publicação

20. No prelo

Kirschbaum DIR. História da enfermagem psiquiátrica no Rio Grande do Sul: parte I. Rev Gaúcha Enferm. No prelo 2003.

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci U S A. Forthcoming 2002.

Material eletrônico

- As expressões “Disponível em” e “citado”, em Espanhol são “Disponible en” e “citado”, e em Inglês, “Available from” e “cited”.

21. Artigo de periódico em formato eletrônico

Pedron CD, Bonilha ALL. Práticas de atendimento ao neonato na implantação de uma unidade neonatal em hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2008 [citado 2009 fev 15];29(4):612-8. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7633/4688>.

22. Monografia em formato eletrônico

Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. O diagnóstico do câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 1999 [citado 2008 maio 23]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=31.

Stuchi RAG, Carvalho EC. Control de presión arterial e ingesta de sal: creencias de portadores de enfermedades coronarias. In: Anales del 9º Congreso de la Sociedad Cubana

de Enfermería, 1º Coloquio Internacional de Investigación en Enfermería; 2000 mayo 29-jun3; Habana, Cuba [CD-ROM]. Habana: Cubana; 2000. p. 60.

ANEXO – B: Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

file:///C:/Users/alex/Deskto/TCC%20ANA%20CRIS/TCC%202018/parecer%20CEP.pdf



UNISC - UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Trajetória do parto nas décadas de 70,80, 90 e século XXI
 Discursos de mulheres e a construção de práticas

Pesquisador: Vera Eleni da Costa Somavilla

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90788218.4.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.699.837

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, na condição de TCC, orientado pela Profa. Enfa. Dra. Vera da Costa Somavilla, desenvolvido pela acadêmica Ana Cristina Freitas da Costa do mesmo curso, denominado "Trajetória do parto nas décadas de 70,80, 90 e século XXI - Discursos de mulheres e a construção de práticas".

Objetivo da Pesquisa:

Presentes, claros e exequíveis, quais sejam:

Objetivo Primário: problematizar a história da assistência à gestação e ao parto ao longo das décadas de 70 ao século XXI; na perspectiva das mulheres que vivenciaram esta experiência nestas épocas.

Objetivos secundários:

- Analisar a sistemática da assistência ao pré-natal ao longo das décadas;
- Identificar a evolução da assistência ao parto e a relação deste aspecto com o modelo de assistência atual;
- Conhecer o papel da enfermagem na assistência a gestação e ao parto;
- Compreender os fatores definidores para escolha do tipo de parto em cada época.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br

Página 01 de 04

Digite aqui para pesquisar

POR 13:59
PTB2 19/06/2018

file:///C:/Users/alex/Desktop/TCC%20ANA%20CRIS/TCC%202018/parecer%20CEP.pdf

 **CEP**
COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA
DA UNISC

**UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL**



Continuação do Parecer: 2.699.837

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Presentes e claros.
Os benefícios são maiores que os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Este projeto lançará mão de modelo metodológico descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. Pretendendo com ele conhecer os diferentes aspectos que cercam a assistência a gestação e ao parto nas décadas, realizando uma relação temporal dos dados.
Os significados relacionados ao parto, e a todos os processos envolvidos neste evento foram sendo construídos e reconstruídos a partir dos discursos das mulheres que foram reproduzindo os modelos vigentes em suas épocas. No senso comum frequentemente observamos discursos que reproduzem os exemplos das experiências vivenciadas por amigas, avós, mães, irmãs como um modelo de referência que interfere nas práticas adotadas e nos desejos das gestantes. A cultura das parturientes é observada quando o parto na década de 70 era um evento domiciliar em que a mulher era acompanhada por uma parteira e ocorria no ambiente familiar. Desta década para cá houveram mudanças significativas e o processo de parturição passou a ser realizado em salas de parto equipadas com uma gama muito ampla de tecnologias tornando se um evento hospitalocêntrico, medicalizado que destituiu o domínio da mulher em parir. (MATOS et al, 2013) Este modelo de certo modo retira da mulher o domínio do nascimento e atribui ao médico a responsabilidade de conduzir ativamente este processo, gerando práticas intervencionistas que tem se

reproduzido nos discursos das próprias mulheres que passam a incorporar estas práticas como modelo, porém a assistência intervencionista também tem sido uma fonte de insatisfação para uma parcela de mulheres que passou a olhar este modelo de forma mais crítica e então as práticas até então tomadas como ideais estão sendo colocadas em suspensão. (SANFELICE et al, 2014) Como consequência disto observa se que tem havido alguns investimentos para retomar o protagonismo das mulheres suas crenças, desejos, valores e sentimentos. Foi a partir destas observações e de algumas incursões em atividades práticas de assistência à saúde da mulher que me deparei com depoimentos de mulheres relatando as mais variadas opiniões em relação a forma de nascer, deste modo percebi que tais discursos apresentam aproximações de acordo com a época que estas mulheres tiveram seus filhos. Ou seja, os discursos socializados também interferem na forma como as mulheres opinam sobre o parto, mulheres em que suas relações tiveram filhos predominantemente de parto cesárea acabam tendo a preferência por esta via. Deste modo conhecer este percurso a partir de um recorte temporal insita uma serie de possibilidades entre

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

Página 02 de 04

Digite aqui para pesquisar

Notícias, Horóscopo, Tempc Enc: SCANNER - anaco@ms parecer CEP.pdf

POR 14:00
PTB2 19/06/2018

elas conhecer como as mulheres em distintos períodos pensam sobre este evento feminino. Durante a assistência pré-natal é muito frequente ouvir das gestantes relatos em relação as experiências de parto vivenciadas por suas mães, irmãs ou mulheres de sua convivência, como forma de justificar as suas escolhas.

Indicando que as informações socializadas interferem na forma como as mulheres pensam sobre os processos relacionados ao nascimento. Ou seja, se os discursos em relação ao parto normal evidenciarem experiências dolorosas e traumáticas, este aspecto irá servir como base para tomada de decisão da gestante. Como a partir da década de 70 a cesárea passou a ser mais frequente, conhecer como esta prática foi sendo construída discursivamente por mulheres que se tornaram mães de lá para cá, poderá ser uma maneira de compreender porque o processo de nascimento mudou de uma prática natural para um procedimento cercado de intervenções técnicas?

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Corretos e seguem os modelos exigidos pelo CEP-UNISC.

Recomendações:
Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:
Projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_P	04/06/2018		Aceito

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_P ROJETO_1054937.pdf	04/06/2018 15:04:47		Aceito
Declaração de Pesquisadores	CA.pdf	04/06/2018 15:03:06	Vera Elenei da Costa Somavilla	Aceito
Orçamento	or.pdf	04/06/2018 15:02:12	Vera Elenei da Costa Somavilla	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Tc.docx	28/05/2018 17:12:43	Vera Elenei da Costa Somavilla	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ana.pdf	21/05/2018 15:52:01	Vera Elenei da Costa Somavilla	Aceito
TCLE / Termos de	tcle.pdf	21/05/2018	Vera Elenei da	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

Página 03 de 04

ANEXO C – Projeto de Pesquisa



Curso de Enfermagem

Ana Cristina Freitas da Costa

Trajatória do parto nas décadas de 70,80, 90 e século XXI –
Discursos de mulheres e a construção de práticas.

Santa Cruz do Sul

2017

Ana Cristina Freitas da Costa

Trajectoria do parto nas décadas de 70,80, 90 e século XXI –
Discursos de mulheres e a construção de práticas.

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Enfermagem
da Universidade de Santa Cruz do Sul para aprovação na
disciplina Trabalho de Curso I.

Orientadora: Prof^ª. Enf^ª. Dr^ª. Vera da Costa Somavilla

Santa Cruz do Sul

2017

Sumário

1	INTRODUÇÃO	36
1.2	Objetivos	37
1.2.1	Objetivo Geral	37
1.2.2	Objetivo Específicos	37
1.1	Justificativa	37
2	REFERENCIAL TEÓRICO	38
2.1	História da assistência a gestação e ao parto no Brasil.....	38
2.2	Política de humanização do parto	44
2.3	Epidemia da Cesárea.....	48
3	METODOLOGIA	53
3.1	Tipo de pesquisa	53
3.2	Cenário e sujeitos do estudo	54
3.3	Produção dos dados.....	55
3.4	Procedimentos éticos e legais.....	55
3.5	Procedimentos para análise dos dados	56
4	ESTRUTURA PROVOSÓRIA DA MONOGRAFIA	56
5	CRONOGRAMA	57
6	ORÇAMENTO	58
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
	ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	62
	APÊNDICE 1: QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS, ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM MULHERES	64

1 INTRODUÇÃO

Os significados relacionados ao parto, e a todos os processos envolvidos neste evento foram sendo construídos e reconstruídos a partir dos discursos das mulheres que foram reproduzindo os modelos vigentes em suas épocas. No senso comum frequentemente observamos discursos que reproduzem os exemplos das experiências vivenciadas por amigas, avós, mães, irmãs como um modelo de referência que interfere nas práticas adotadas e nos desejos das gestantes.

A cultura das parturientes é observada quando o parto na década de 70 era um evento domiciliar em que a mulher era acompanhada por uma parteira e ocorria no ambiente familiar. Desta década para cá houveram mudanças significativas e o processo de parturição passou a ser realizado em salas de parto equipadas com uma gama muito ampla de tecnologias tornando se um evento hospitalocêntrico, medicalizado que destitui o domínio da mulher em parir. (MATOS et al, 2013)

Este modelo de certo modo retira da mulher o domínio do nascimento e atribui ao médico a responsabilidade de conduzir ativamente este processo, gerando práticas intervencionistas que tem se reproduzido nos discursos das próprias mulheres que passam a incorporar estas práticas como modelo, porém a assistência intervencionista também tem sido uma fonte de insatisfação para uma parcela de mulheres que passou a olhar este modelo de forma mais crítica e então as práticas até então tomadas como ideais estão sendo colocadas em suspeição. (SANFELICE et al, 2014)

Como consequência disto observa se que tem havido alguns investimentos para retomar o protagonismo das mulheres suas crenças, desejos, valores e sentimentos. Foi a partir destas observações e de algumas incursões em atividades práticas de assistência à saúde da mulher que me deparei com depoimentos de mulheres relatando as mais variadas opiniões em relação a forma de nascer, deste modo percebi que tais discursos apresentam aproximações de acordo com a época que estas mulheres tiveram seus filhos. Ou seja, os discursos socializados também interferem na forma como as mulheres opinam sobre o parto, mulheres em que suas relações tiveram filhos predominantemente de parto cesárea acabam tendo a preferência por esta via. Deste modo conhecer este percurso a partir de um recorte

temporal ínsita uma serie de possibilidades entre elas conhecer como as mulheres em distintos períodos pensam sobre este evento feminino.

1.1 Problema de Pesquisa

Durante a assistência pré-natal é muito frequente ouvir das gestantes relatos em relação as experiências de parto vivenciadas por suas mães, irmãs ou mulheres de sua convivência, como forma de justificar as suas escolhas. Indicando que as informações socializadas interferem na forma como as mulheres pensam sobre os processos relacionados ao nascimento. Ou seja, se os discursos em relação ao parto normal evidenciarem experiências dolorosas e traumáticas, este aspecto irá servir como base para tomada de decisão da gestante. Como a partir da década de 70 a cesárea passou a ser mais frequente, conhecer como esta prática foi sendo construída discursivamente por mulheres que se tornaram mães de lá para cá, poderá ser uma maneira de compreender porque o processo de nascimento mudou de uma prática natural para um procedimento cercado de intervenções técnicas?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Problematizar a história da assistência à gestação e ao parto ao longo das décadas de 70 ao século XXI; na perspectiva das mulheres que vivenciaram esta experiência nestas épocas.

1.2.2 Objetivo Específicos

- Analisar a sistemática da assistência ao pré-natal ao longo das décadas;
- Identificar a evolução da assistência ao parto e a relação deste aspecto com o modelo de assistência atual;
- Conhecer o papel da enfermagem na assistência a gestação e ao parto;
- Compreender os fatores definidores para escolha do tipo de parto em cada época;

1.1 Justificativa

A forma de nascer no Brasil vem sendo exaustivamente discutida, devido ao crescimento exponencial dos partos cesarianos, os procedimentos intervencionistas, cada vez mais comuns, durante o trabalho de parto e a posição de coadjuvante da mulher na cena do parto. A partir dos anos 70 os referenciais teóricos passaram a apresentar dados relacionados ao aumento da proporção de cesáreas em relação ao total de partos realizados no sistema público. Deste modo as práticas obstétricas foram mudando suas configurações e o parto um evento doméstico passou a ser um evento hospitalar. Os discursos relacionados a melhor forma de parir são socializados de geração para geração, construindo modos que vão sendo aceitos amplamente pelas mulheres e pelos profissionais. Conhecer como estes discursos foram construídos e reproduzidos é uma das formas de compreender como as práticas atuais foram construídas, e acessar informações que podem ser úteis para repensar em relação as condutas adotadas durante a gestação e o parto. Deste modo a realização desta pesquisa justifica-se.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 História da assistência a gestação e ao parto no Brasil.

O universo feminino desde o século XVII motivou os mais diversos autores, abordando, principalmente, a temática da maternidade considerada a mais sublime e importante missão das mulheres. Este tema inspirou autores das mais diversas posições. São romances, livros e ensaios escritos pelos mais diversos autores, moralistas, religiosos e, principalmente, manuais médicos que indicavam os restritos limites da normalidade através do exercício da maternidade, com o objetivo de atender os ditames da natureza do corpo feminino. Tais referenciais indicam que com o passar dos séculos, a medicina foi se consolidando, adquirindo prestígio, novas técnicas surgindo. O corpo feminino, anteriormente intocável, tornou-se objeto de estudo. As faculdades de medicina inseriram materiais sobre anatomia e reprodução feminina. Assim começando a inserção dos obstetras na cena do parto, até então dominada por parteiras. (MARTINS,2005)

No Brasil da casa grande e da senzala, predominava uma espécie de saber-curar religioso e praticado por mulheres que recorriam aos seus quintais e suas hortas, misturando técnicas indígenas, africanas e portuguesas, para encontrar o remédio dos males do corpo (CARNEIRO,2011). Predominava uma cura empirista, religiosa, oral e de memória as

parteiras, mulheres mais velhas e tidas como sábias, recitavam palavras mágicas e receitavam infusões transmitidas de geração a geração, para o bom caminhar do trabalho de parto.

Esse cenário de assistência leiga à saúde começa a se transformar somente quando a corte se muda para o Rio de Janeiro, e a metrópole passa a ter um novo interesse pelas cidades brasileiras, pois até então, os médicos europeus não apresentavam inclinação para aqui residirem e clinicarem (RODHEN, 2001:53), o que contribuía para que as parteiras continuassem como as mais aptas para assistir às parturientes.

Segundo Jurandir Freire Costa (1979), é com a descoberta do ouro, expansão das cidades e enriquecimento da sociedade, que Portugal, percebendo ter negligenciado em sua política de povoamento e urbanização, inicia o processo de modernização da cidade do Rio de Janeiro, que depois, se tornou exemplo para as demais cidades brasileiras. Nessa época, igreja, governadores e senhores de terra disputavam a autoridade, não havia unidade governamental e as leis pareciam ser insuficientes para dar conta dos conflitos sociais; por isso, em busca de um mecanismo de sujeição e controle populacional, a medicina higiênica, já em vigência na Europa, pouco a pouco desponta como tática de governabilidade em um ambiente que, por ser já bastante tenso, não comportava a repressão. Dessa forma, perante surtos epidêmicos e altos índices de mortalidade, ou seja, de uma saúde pouco preventiva e de ação mais negativa (RODHEN, 2001: 53), ideias de salubridade e de saneamento ganham espaço, e a palavra médica, enquanto braço estatal, passa a atuar como prática normalizadora e reguladora das famílias e do corpo social em geral.

De certa maneira, nascia uma nova moral de corpo e de vida, uma transformação de imaginário social que já tinha ocorrido na Europa do século XVII, segundo a qual esse novo corpo deveria ser amado e cuidado em nome da reurbanização e da nacionalização. Os médicos, pouco a pouco, tornaram-se os confessores das famílias, mas principalmente das mulheres que, a partir de então, se tornaram senhoras urbanas e de sobrados, às quais cabia o cuidado e a boa educação de seus filhos. Por essa razão, com esse processo de transformação social, surge a noção de mãe higiênica, anunciada no texto de Rousseau (1762), ou então da “mãe por natureza”, equiparada aos animais e às mulheres “primitivas” que agiam mediante o instinto materno.

Essa figura de mãe torna-se central nos recentes manuais de puericultura e de recomendações para uma vida matrimonial saudável da época. Sendo assim, em uma sociedade de cura leiga passa a operar uma medicina científica, que era também social e política. Contudo, como já se era de esperar, com a população habituada a um determinado

conjunto de práticas, houve muita resistência à penetração da medicina erudita. Algo com significativa expressividade, a ponto de gerar na categoria médica a demanda do combate às outras práticas de cura, que passaram, então, a ser apreendidas como obscurantismo e charlatanismo, disputa essa da qual também não escaparam as parteiras e suas maneiras de assistir os partos (RODHEN, 2001:55). O que de certo modo vigora até o momento.

De acordo com Martins (2005), não somente os médicos, mas também a Igreja e as autoridades civis passaram, por causa disso, a acusar as parteiras de imperícia e das altas taxas de mortalidade materno-infantil. De um lado, os clérigos preocupavam-se com o poder espiritual que essas mulheres comportavam ao rezarem, benzerem e sugerirem condutas espirituais. Elas funcionavam como uma ameaça ao poder moral da igreja, por isso foram acusadas de magia e de bruxaria, práticas não aceitas pela doutrina cristã. De outra parte, para as autoridades civis, preocupadas com a mortalidade, era interessante negar a prática dessas mulheres para que a sociedade se orientasse com os médicos, visando a uma suposta garantia da saúde e da vida mais ordenada.

Assim sendo, as parteiras foram gradativamente condenadas ao ostracismo político e social, pela força médica e religiosa que acusava estas mulheres de bruxas e charlatãs, pois não conheciam os equipamentos necessários para encaminhar o parto, como fórceps e bisturi e usavam-se de ervas, chás, infusões e rezas para partejar. Estas mulheres benzedadeiras, curandeiras e parteiras foram perseguidas e banidas e com elas um conjunto de significados da arte de partejar foi perdido.

Para o nosso objetivo de estudo, é importante salientar que esse conjunto de ações, certamente teria contribuído para que os partos passassem para os hospitais e sendo assim controlado pelas escolas de obstetrícias, que inclusive impuseram seu controle as parteiras por meio das Escolas de Parteiras. (TORNQUIST,2004)

De um modo ou de outro, esse teria sido o momento em que a assistência ao parto teria passado de ofício a profissão, de pobres para elites escolarizadas, das mãos negras para as luvas brancas, do rural para o urbano, de saberes populares para saberes científicos, de corpos pulsantes para corpos patológicos, de técnicas mecânicas e ritos espirituais para técnicas químicas, de uma percepção abrangente para um olhar esquadrinhador e meticuloso. (TORNQUIST, 2004)

O Brasil colônia era fortemente influenciado pelo mundo europeu, todas as práticas aqui realizadas eram consideradas inferiores e medievais, desta forma as políticas públicas relacionadas a saúde, ou conforme referido na época práticas relacionadas a arte de curar

foram revistas e deveriam seguir as determinações da coroa Portuguesa. Até o início das primeiras décadas do século XIX, a mulher que desejasse exercer o ofício de parteira deveria passar por um processo avaliativo para obtenção de licença e assim realizar a arte de partejar. Um processo que começava com as ‘cartas de examinação’, onde a requerente respondia a questões de cunho teórico e prático. Uma vez aprovada, obtinha a licença para fazer partos. A coroa distinguiu as atribuições terapêuticas relacionadas à arte da obstetrícia, ao cirurgião-parteiro, outras ao médico e outras ainda à parteira. Está não podendo administrar medicamentos, aplicar sanguessugas, nem usar qualquer instrumento durante o parto. A parteira ficou limitada a realizar apenas os partos normais; todavia muitas ultrapassaram os limites legais de sua profissão. (TORNQUIST,2004)

Assim foram criados os primeiros cursos para parteiras, uma tentativa de impor os comados dos médicos, em 1832, nas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. As mulheres que pretendessem atuar como parteiras deveriam ter pelo menos 16 anos completos, apresentar atestado de bons costumes passado pelo Juiz de Paz da freguesia onde residissem, saber ler e escrever corretamente e pagar 20\$000 réis pela matrícula. Em 1854, o curso foi reformulado, introduzindo-se outras exigências: a idade das candidatas passou de 16 para 21 anos; a moralidade deveria ser atestada pelas famílias; a autorização para matrícula era dada pelo pai, quando a candidata era solteira, e pelo marido, quando casada; além do domínio da escrita e da leitura em língua portuguesa, passou-se a exigir o conhecimento do francês e das quatro operações matemáticas (Decreto 1387, 28 abr. 1854)

A luta dos médicos por um lugar aos pés do leito feminino durante o trabalho de parto, transcorreu com muita resistência. Mesmo com as determinações do Estado para a ‘arte de partejar’, dos recentes cursos em obstetrícia, e dos recursos técnicos e farmacológicos (fórceps, anestesia, assepsia e antisepsia). Muito pelos conceitos de moral, da época, que não aceitavam a ideia de homens tocar o corpo das mulheres, especialmente as ‘partes pudendas’(BARRETO,2008). Em 1707, um manifesto contrário à presença profissional dos homens junto ao leito das mulheres, escrito pelo médico dos religiosos de Port-Royal. Este documento originou-se devido a profissão do homem parteiro ser, na época, uma novidade que atentava contra o pudor em uma sociedade ainda muito religiosa. Mesmo com esforço dos médicos, Escolas de Medicina e do Estado a assistência ao parto realizada por homens não teve grande êxito no século XIX. (BARRETO,2008)

Segundo Peard (1999, p.124-134) o que justifica a limitada inserção dos médicos na assistência ao parto são:

o pouco treinamento dos médicos; a satisfação das mulheres com o trabalho das parteiras; e a predominância dos valores tradicionais da sociedade sobre a separação dos papéis de gênero, em que o corpo feminino e o parto eram assuntos de mulheres.

No século XX a mortalidade infantil aterrorizava autoridades, médicos e países extremamente nacionalistas como França e Inglaterra. Médicos, filantropos, mulheres ativistas, religiosos e políticos dos países europeus e americanos engajaram-se na causa, reivindicando políticas de saúde e assistência social voltadas para mães e crianças (MARTINS,2005). É nesse contexto que são criadas as primeiras maternidades, abrigos maternos, lactários, creches, jardins de infância, postos de puericultura. Surgem também, nesse momento, publicações sobre a infância, como manuais de puericultura, folhetos, seções em revistas e jornais escritas por médicos, todos procurando ensinar as mães como cuidar de si mesmas – praticando a puericultura intrauterina e de seus filhos, seguindo as orientações dos médicos sobre a alimentação, a higiene e as doenças infantis. (MARTINS,2005)

Os especialistas acreditavam que era preciso saber ser mãe e, sendo assim, os médicos se fazia necessário para ensina-las. No século XX estas produções especializadas se diversificam cada vez mais, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, com as publicações médicas incluindo as teorias psicológicas e as descobertas da psicanálise (Forna, 1999; Ehrenreich & English, 2003).

Os relatos, as memórias médicas e de especialistas sobre a maternidade estão registradas de diferentes formas ao longo da história. É conhecida e discutida por pesquisadores, historiadores e sociólogos, por sua vez as memórias maternas são raríssimas, parece não ter havido lugar para seu registro. As memórias das mulheres que viveram a experiência da maternidade na mesma época em que se produzia este imenso corpo documental, e que se formulavam as primeiras políticas de saúde materno-infantil pelos Estados e bastante restrita. A recuperação desta memória é importante não só pelo registro de uma outra perspectiva, a das mulheres que foram mães, mas também pela confrontação de ambas, pela possibilidade de se conhecer o que significou para as mulheres a maternidade, de que forma e em que condições foram mães, que influência tiveram as ideias, os valores e as teorias dos especialistas sobre suas práticas maternas. (Forna, 1999; Ehrenreich & English, 2003)

Através da memória das mães é possível se entender o contexto da valorização da maternidade e da infância no século XX a partir de outras visões dessa experiência que, no conhecimento dos especialistas, parecia ser comum a todas as mulheres. As memórias maternas são narrativas da diversidade de práticas e sentimentos, antes que da unidade de uma abstrata e ideológica natureza feminina; são narrativas de como as mulheres se apropriaram das convenções sociais sobre a maternidade; de como buscaram soluções para os problemas cotidianos e também da multiplicidade de sentimentos relacionados a esta experiência de dar à luz e criar filhos. (BRUM,2004)

Essas mudanças, no entanto, ainda que indicassem a modernização do Brasil, não aconteceram sem a resistência social. Segundo Diniz (1996), com a criação das faculdades de medicina e da primeira maternidade no interior da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, perduraram as “enfermarias vazias”, porque as mulheres temiam a febre puerperal, por elas situada nos hospitais; tinham vergonha da exposição do corpo nu no momento do parto; tinham receio quanto aos médicos ainda inexperientes e o medo do risco de morte. (DEL PRIORE, 1997:113)

Desse modo, ainda que a palavra médica perpassasse a sociedade e conquistasse adeptos, um grupo considerável de mulheres seguia dando à luz em casa, amparadas por outras mulheres, ou recorria aos médicos, mas, ainda assim, também orientadas pela prática leiga das parteiras, dando ensejo, com isso, a um híbrido de medicina erudita e de saber curar. Se a medicina evoluía contra o que considerava arcaísmos, ela não conseguiu, entretanto, desfazê-los. Presa à crença de que o corpo feminino era um espaço de disputa entre Deus e o Diabo, a ciência médica ratificava o pensamento mágico sobre os poderes do corpo da mulher. Assim, mesmo sem o querer, a medicina proporcionou, paralelamente ao seu desenvolvimento, um território de resistência para o saber-fazer feminino em relação à própria anatomia da mulher. (DEL PRIORE, 1997:113)

No que tange à continuidade da presença das parteiras nas cenas de parto, parece importante também mencionar que muitas delas, principalmente as europeias recém chegadas ao Brasil, contribuíram para o aprofundamento dos conhecimentos dos médicos e para a conquista da confiança das gestantes, porque nos hospitais transmitiam seus saberes aos recém-doutores e funcionavam como atrativo para que as mulheres procurassem o âmbito institucional (RODHEN, 2001:45-47).

Considerando essas leituras acerca da temática, pode-se dizer que uma gama de práticas discursivas contribuiu para que o parto passasse a ser um acontecimento hospitalar e

médico. Entre as principais matrizes discursivas estariam a da modernização do país, a da medicina científica e racional (COSTA, 1979), a da dor e do perigo para parir, a do temor da ruptura da musculatura perineal e a das distócias (Diniz, 1996), a da criança como riqueza nacional e a do parto como estado de vulnerabilidade feminina (COSTA, 1979, RODHEN, 2001,).

De outra parte, o desenvolvimento do bisturi, das pinças, das tesouras, do fórceps, dos antibióticos e da analgesia também teria auxiliado na consolidação da perspectiva de que as mulheres estariam mais amparadas nas instituições e sob conhecimento técnico e especializado. Com essas mudanças, parece ser preciso ainda dizer que também se deu a alteração da posição para parir, porque, nesse período, assistiu-se também a passagem do parto na vertical para o parto em posição supina, tanto para a maior visibilidade médica quanto para uma suposta mais rápida atuação. (COSTA, 1979, RODHEN, 2001,)

Na década de 1950, somente, é que se deu de forma mais expressiva a migração /transferência do parto no domicílio para hospitais. Com exceções para as localidades mais remotas do país. Essa mudança de paradigmas, de alguma forma contribuiu para a edificação do que hoje se assiste em nossos hospitais. (DEL PRIORE, 1997)

2.2 Política de humanização do parto

No percurso histórico, também foram sendo observados uma serie de investimentos no que tange as Políticas Públicas de Saúde que tem como tema o parto. Entre estes programas destacam-se o PAISM, a Política de Humanização do Parto, e mais recentemente a Rede Cegonha. De certo modo a elaboração destes programas e políticas investem na tentativa de sanar, ou de normatizar práticas que ocorrem no cotidiano, e também de fazer com que alguns interesses políticos e profissionais sejam implantados no serviço.

Apesar das orientações da OMS (Organização Mundial da Saúde), afirmando que o parto é um evento natural, não necessitando de controle, mas sim de cuidados. O modelo de assistência ao parto normal no Brasil, ainda é tecnocrático e hegemônico, onde o processo do parto e do nascimento frequentemente é percebido como um processo patológico, concentrado no profissional médico e nos ambientes hospitalares. (BRASIL, 2014)

Desta forma, a sociedade civil e o Ministério da Saúde desenvolvem programas e ações para melhorar a atenção à saúde da mulher, a assistência ao parto e o recém-nascido.

Um dos fatores que levou ao desenvolvimento destes programas foram os índices alarmantes de cesariana; fazendo com que atores da sociedade civil e profissionais da saúde de todo o Brasil, reuniram-se para alertar sobre as formas de nascer no Brasil. Em 1993, em Campinas discutiram a realidade obstétrica no país, este encontro deu origem a Rede de Humanização do parto e Nascimento - ReHuNa, movimento que até a presente data atua na conscientização dos direitos das mulheres e recém-nascidos, realizando pesquisas e programas para melhorar o atendimento as mulheres em todo o país.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM foi elaborado pelo Ministério da Saúde, em 1984. Incorporando as ideias do movimento feminista, sanitarista, tendo como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, sendo que estes iriam ser o arcabouço conceitual para o Sistema Único de Saúde – SUS. (BRASIL,2004)

O programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

A implantação e implementação do PAISM deu-se nas décadas de 80 e 90, sendo influenciada, agora pelas características da nova política de saúde, o SUS, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.

Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, sobre a política de saúde da mulher, acredita-se que maioria encontre dificuldades políticas, técnicas e administrativas. (BRASIL,2004)

O Ministério da saúde através da Portaria MS/GM 2.815, de 29 de maio de 1998, inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento "parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. Impôs limites percentuais para o

pagamento de cesarianas realizadas pelo Sistema Único de Saúde SUS, aumentou o percentual para partos normais.

As taxas de cesarianas apresentadas ao Sistema Único de Saúde SUS declinaram de 32% em 1997, para 28% em 1998, 25% em 1999 e 24% em 2000. Mesmo considerando a possibilidade de incorreções devidas à notificação de uma cesariana como parto normal, ou ainda a não apresentação ao SUS das contas referentes ao excesso de cesarianas pela instituição, a redução da frequência de partos cirúrgicos no Sistema Único de Saúde - SUS parece ter sido ainda assim significativa, a ponto de fazer declinar pela primeira vez, nos últimos vinte anos, o número total de cesarianas realizadas no Brasil. (MINISTÉRIO SAUDE,2001)

Este conjunto de ações culminou no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que foi instituído através da Portaria/GM n.o 569, de 1/6/2000. Tendo como características principais: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais. Foram revisados e construídos manuais técnicos de Assistência Pré-Natal e Gestação de Alto Risco, elaborado manual destinado ao atendimento das Urgências e Emergências Maternas, elaborado um Guia Prático para Assistência ao Parto Normal, Cartões da Gestante e instrumental técnico para a realização do Pré-natal, compondo um kit obstétrico: estetoscópio de Pinard, fita obstétrica, disco de idade gestacional e tabela de peso/altura. Estes materiais foram distribuídos em hospitais, unidades básicas de saúde e para os profissionais. Desta forma, o Ministério buscava atender as seguintes prioridades:

- Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país;
- Adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal;
- Ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do

custeio de procedimentos específicos, e outras ações como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.

Atualmente a política de humanização do parto e nascimento conta com inúmeras orientações as instituições, profissionais e mulheres como:

- Ingestão de alimento durante o trabalho de parto;
- A parturiente deve alimentar-se, mantendo assim um aporte calórico adequado, assim como hidratação.
- Enema evacuante, não existem evidências científicas que indiquem a realizam desta prática durante o trabalho de parto, ela deve ser evitada, pois pode atrapalhar o processo do parto;
- Tricotomia, na Europa é uma prática extinta desde os anos 70, pois não existem evidências em sua realização, referente a diminuição do risco de infecção;
- Apoio físico e emocional a gestante deve estar em um ambiente acolhedor durante o trabalho de parto a mulher deve ter liberdade para movimentação;
- Direito de escolha do tipo de parto;
- Manejo da dor não medicamentoso;
- Acompanhante

(BRASIL,2014)

O conjunto dessas medidas no transcorrer das décadas busca tornar efetivo o parto humanizado e para isso o parto precisa ser resgatado, respeitando todos os seus significados devolvendo à mulher o seu direito de ser mãe com humanidade e segurança. O Parto Humanizado entende que a mulher é protagonista na cena do parto, independente da via de escolha do parto. Adverte que deve se realizar o mínimo de intervenções possíveis, diminuindo os riscos para o binômio mãe e bebê, desta forma compreende que o parto é um ato fisiológico e psíquico do corpo feminino.

Humanizar o parto e o nascimento é buscar um atendimento digno e respeitoso em todos os locais de assistência e a todos os tipos de parto; em hospitais públicos e privados, partos naturais ou cirúrgicos. Para que isso ocorra é importante que hospitais, casas de saúde e profissionais da saúde adotem práticas que garantam o direito à informação e às escolhas da mulher.

A Rede Cegonha, instituída pela Portaria N° 4.459 de junho de 2011, é uma ação do Ministério da Saúde para implementação de uma rede de cuidados para a saúde da mulher, assim a rede busca garantir os direitos reprodutivos, a atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério. A Rede foi organizada em quatro eixos principais, sendo eles:

- Pré-natal , a gestante deve ser precocemente vinculada a Unidade Básica de Saúde, realizar exames para acompanhamento, vinculação ao local do parto, programas educativos, referente a saúde sexual e reprodutiva;
- Parto e Nascimento, procura garantir a suficiência de leitos obstétricos e neonatais, práticas de acolhimento e classificação de risco nos serviços e garante o direito da gestante ao acompanhante.
- Puerpério e atenção integral a saúde da criança, promove o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável, acompanhamento da puérpera e recém-nascido na primeira semana de vida, pela unidade de atenção básica, busca ativa de crianças em estado de vulnerabilidade, oferta e orientação de métodos contraceptivos;
- Sistema logístico transporte e regulação, promove, o acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência, plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto, a regulação de leitos obstétricos e neonatais, regulação de urgências e a regulação ambulatorial, denominado vaga sempre.(MINISTERIO DA SAUDE,2011)

2.3 Epidemia da Cesárea

Considerando que este estudo tem o objetivo de problematizar a evolução do processo de nascimento, a compreensão da epidemia da cesárea se faz necessária. A generalização da cesariana é considerada um problema sanitário, pois acarreta em um maior risco de morbidade e mortalidade para a mulher e o recém-nascido além de prejudicar a amamentação. (RISCADO,2014)

A cesariana é praticada desde a antiguidade, no período Romano era realizada em mães mortas, que conforme as leis romanas não poderiam ser enterradas com os fetos, os bebês nascidos desta forma eram chamados de cesões ou cásares, dando assim origem ao

nome do procedimento. Os primeiros relatos de cesarianas em mulheres vivas datam de 1337 em Praga e 1500 na Suíça. (REZENDE,2009)

Segundo Rezende (1987, p.814), as inovações técnicas e tecnológicas da primeira metade do século XX proporcionaram o ambiente perfeito para o florescimento definitivo da operação cesariana. Técnicas de assepsia e antisepsia, a descoberta dos antibióticos, a esterilização dos instrumentos e do material cirúrgico, a higienização da paciente, as vestes dos cirurgiões, a lavagem de mãos e seu enluvamento e as técnicas anestésicas.

Jorge de Rezende médico e pesquisador atuou na Maternidade de Laranjeiras no Rio de Janeiro, aperfeiçoou o procedimento cirúrgico, considerando uma forma de redução da dor da mulher e agilidade no processo de trabalho do profissional médico “*as cesarianas cumprem-se em menos de uma hora, e muito tempo, às vezes, se exige na assistência obstétrica*” (Rezende, 2006, p.231)

O estilo de pensamento na escola de Jorge de Rezende, sistematizado e difundido pelo livro-texto Obstetrícia e por outras obras, ao longo de décadas, contribuiu na formação e nas práticas dos obstetras brasileiros, assim como em suas percepções e aspirações em torno do parto e do nascimento.

A geração atual de obstetras, os jovens egressos de nossas faculdades de Medicina nos últimos 20-30 anos, essa geração desaprendeu ou nunca se adestrou nas operações transpelvianas. E pelo dessaberm as regras complexas das operações vaginais, é preferível, mesmo imperioso, que indiquem a cesárea (Rezende, 2006, p.195).

Além das questões relacionadas as escolas de obstetrícia o Ministério da Saúde, por décadas, ofertou o maior pagamento dos honorários profissionais para os partos cesáreos. Apesar de entender a contribuição da escola de obstetrícia e dos fatores econômicos vinculados a epidemia de cesarianas.

O parto cesáreo extrapolou a área médica transformou-se em um fenômeno cultural. A popularidade entre as mulheres é evidente, anteriormente limitado a grupos sociais mais abastados, hoje estende-se a todos. Pode-se dizer a mulher que opta por um parto cesáreo, sem cogitar o parto vaginal tem algumas justificativas: temores específicos da gravidez, como o medo de aceitar a impossibilidade e o impacto de um parto desencadeado espontaneamente;

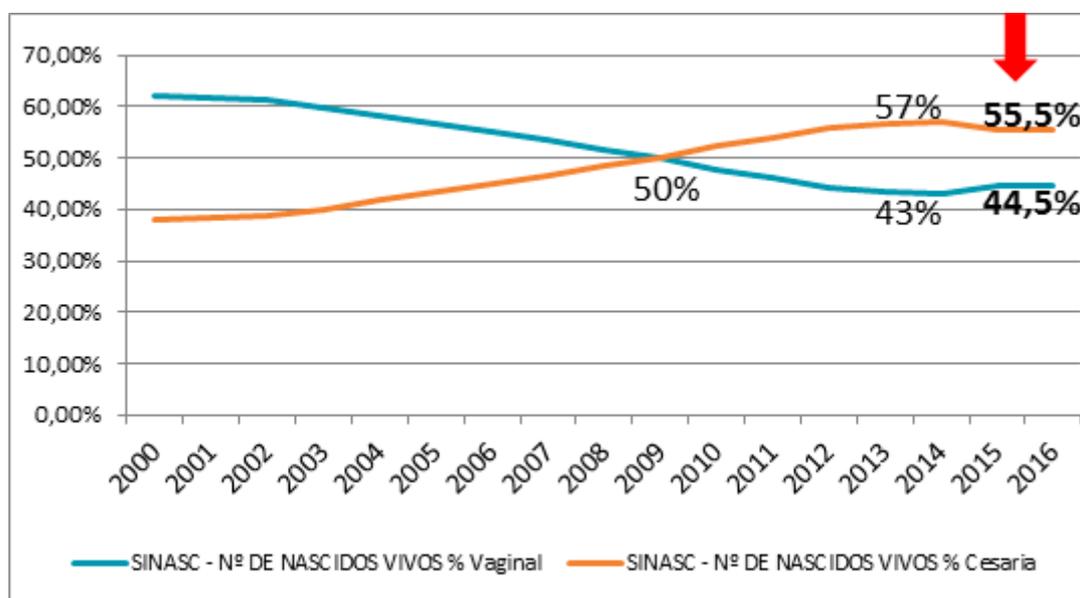
medo de ficar permanentemente deformada e arruinar sua sexualidade e medo de sentir dores insuportáveis. (CASTILHO,2000)

Um fator determinante para o tipo de parto é a “filosofia” do médico, ele ocupa uma posição social que lhe confere o poder de influenciar na escolha do tipo de parto, não só do ponto de vista técnico como também do ideológico. (CASTILHO,2000)

O parto cesáreo traz riscos e desvantagens em comparação ao parto vaginal, para a saúde da mãe e do filho, assim como do ponto de vista dos recursos financeiros. Os custos deste tipo de parto tornaram-se um grave problema de saúde pública e serão uma das justificativas para as ações do Ministério da Saúde, referente ao parto humanizado, que veremos posteriormente. No que se refere à saúde da mãe, e do bebê podemos elencar as complicações infecciosas no pós-parto, hemorragias e os maiores riscos de morte materna, aumenta o risco de síndrome de angústia respiratória do recém-nascido, pode levar a um início tardio da lactação. (CASTILHO,2000)

Dos partos realizados no Brasil, no Sistema Único de Saúde, em 2016 40,2% são de partos cesáreos, na rede particular de aproximadamente 80% dos partos são cesáreos. A Organização Mundial da Saúde recomenda que os partos cesáreos não superem taxas de 15%.

A seguir a tabela representa de forma gráfica, como foi a evolução do número de partos cesarianos, em relação ao parto vaginal do ano 2000 ao ano 2016.



FONTE:MINISTÉRIO DA SAÚDE (PARTOS NO BRASIL, 2016)

No que tange à aposta na cesárea, o que pude deprender de uma breve revisão bibliográfica é que se, até então, essa cirurgia possuía um cunho religioso e era destinada aos

partos difíceis, para batizar a criança morta no útero materno ou para resguardar sua vida em detrimento da de sua mãe, com a ida progressiva das mulheres para os hospitais e com a necessidade de prática por parte dos médicos, passou-se a realizá-la com mais frequência (BRENES, 2005). Depois disso, com o crescimento da confiança social na medicina e com sua constante instrumentalização, passo a passo, parece ter sido considerada o método mais rápido, indolor e mais seguro para se dar à luz, tanto na aceção dos médicos, quanto das mulheres brasileiras. Resultando hoje em uma epidemia de partos cesáreos no Brasil.

Segundo Rezende, 1987 a cesárea, como um parto “normal”, manifesta normas que excluem a imprevisibilidade, o descontrole, o caos e os perigos associados à fisiologia do parto e atende a exigência de controle, disciplinamento e segurança, atributos associados às práticas técnicas e tecnológicas da biomedicina.

2.4 Resgate do parto natural

“Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer.” Michel Odent

Ao propor a realização de uma investigação com nuances antropológicas, que trata de problematizar como o nascimento foi sendo realizado da década de 70 ao século XXI, acabamos entrando na discussão em relação ao aumento da realização de cesarianas. Principalmente aquelas planejadas e denominadas eletivas. Cabe dizer que o comportamento da sociedade é uma rede que se influencia mutuamente, e ao pensar na forma de nascer não há como fazê-lo sem pensar na mudança do papel da mulher na sociedade, como foi descrito na secção acima. A seguir apresento o referencial em relação ao resgate do parto natural, e nesse percurso teórico é possível observar que os autores na maioria das vezes o fazem de forma a incitar a problemática do excesso de cesarianas, e de forma sutil trazer a discussão para seu foco principal que é resgate do papel da mulher como protagonista, não só do parto, mas principalmente como protagonista do seu corpo, da sua vida.

A forma de nascer vem sendo discutida tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, a principal razão é o número elevado de partos cirúrgicos. O modelo obstétrico construído no Brasil, no século XIX, extremamente intervencionista e

medicalizado, nos transformou no país com o maior número de partos cesáreos do mundo. Opondo -se a este modelo, os defensores do parto natural, principalmente na década de 90, começaram a disseminar os benefícios do parto normal, a importância de a mulher ser sujeito das ações, de recuperar o feminino do parto; era preciso fazer o caminho de volta. (BIANCARELLI, 1998)

Refazer este caminho não é tarefa fácil, é preciso que compreendamos que o parto é uma ação fisiológica do corpo feminino, que é um evento social, que envolve a família e está diretamente ligado as emoções, sensações e medos da parturiente. Ainda na década de 70 Michel Odent médico cirurgião e obstetra começou a questionar a forma de nascer. Michel Odent era responsável por uma maternidade na França, foi designado para esta função por ser cirurgião e saber realizar cesáreas. No entanto, ao questionar a forma dos nascimentos, Odent começou seus estudos referente ao parto ecológico. Suas pesquisas o levaram a publicação de inúmeros livros e, ainda hoje, viaja pelo mundo discutindo a forma de nascer.

O conceito de ‘parto ativo’ é um marco na história do nascimento. Juntar estas duas palavras é, por si só, um trabalho de gênio... O dia em que Janet apresentou o conceito ‘parto ativo’, foi talvez o mais importante na história do nascimento na Europa, desde que o médico francês Mauriceau assumiu o controle do parto, deitando a parturiente. (Michel Odent)

O conceito de parto ativo foi instituído na década de 80 pela ativista Janet Balaskas, sendo militante do parto natural. Entusiasta a autora e professora, influenciou mudanças nas práticas das maternidades do Reino Unido e em muitas outras partes do mundo. Hoje dedicasse a introduzir o conceito de parto ativo no Brasil, onde junto com Talia de Souza e Inês Baylão de Moraes Monson fundou o Instituto Parto Ativo Brasil.

O Brasil começa a experimentar uma forma de nascer natural, menos intervencionista, que entende o parto como uma ação fisiológica da vida feminina. A tendência é que o parto torne se, novamente, um ato normal, não mais uma intervenção médica. E provavelmente que estará ao lado da mulher serão as “Parteiras Urbanas”, enfermeiras obstétricas. (BIANCARELLI, 1998).

Esta perspectiva traz à tona a atuação dos enfermeiros obstétricos, deste modo a forma como esta área profissional vem se colocando na cena do parto, sem dúvida denota, as mudanças deste contexto.

Em 1986 a lei nº 7.498/86 regulamenta a profissão do enfermeiro obstétrico, assim como suas competências. Dentre elas, assistir ao parto e a parturiente, observar intercorrências, aplicar anestesia local, se necessário. Na década de 90, como visto anteriormente, inúmeras políticas para humanização do parto foram criadas com as portarias 2815 e 163 publicadas pelo Ministério da Saúde que permitem a assistência ao parto de baixo risco pelos enfermeiros obstétricos e cria o modelo de Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH. A resolução MS/COFEN- 223/99 que estabelece normas sobre a atuação dos enfermeiros na assistência a mulher no ciclo gravídico puerperal. Mesmo regulamentada a profissão, ainda são poucos os enfermeiros que atuam na obstetrícia. No entanto, estes profissionais são atores fundamentais para os avanços alcançados no que tange a humanização do parto, e as significativas mudanças que estamos observando nos últimos anos, exigindo um tratamento digno as mulheres no momento da parturição, deve-se muito as estes profissionais que são apontados pela OMS e pelo Ministério da saúde como os profissionais mais preparados para atender mulheres em partos de baixo risco. (ALMEIDA,2015)

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Este projeto lançará mão de modelo metodológico descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. Pretendendo com ele conhecer os diferentes aspectos que cercam a assistência a gestação e ao parto nas décadas, realizando uma relação temporal dos dados.

Nessa perspectiva, ressalta-se a pesquisa qualitativa, tendo ela foco na compreensão de um grupo social ou de uma organização, não considerando estatísticas numéricas. Com este método, busca-se explicar os porquês das coisas, indicando, por vezes, caminhos a serem tomados, sem, contudo, quantificar valores ou submeter à prova de fatos já que os dados obtidos e analisados não são métricos. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009 *apud* GOLDENBERG, 1997, p. 34)

A pesquisa qualitativa encarrega-se das ciências sociais, com uma realidade que não pode ser quantificada, buscando esclarecer as questões muito particulares. Desta forma, ela dá conta do mundo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2001)

A pesquisa exploratória tem por objetivo conferir certa familiaridade com o problema, aproximando-o ao pesquisador, facilitando-o no momento da construção de hipóteses. Esse método envolve: levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009 *apud* GIL, 2007, p. 43)

Por fim, a pesquisa descritiva busca alcançar uma descrição exata dos fenômenos e dos fatos, o que por vezes escapa da possibilidade de observação, quando não se promove um exame crítico das informações, levando, assim, a resultados equivocados. Bem como, as técnicas de coleta de dados, como questionários, escalas e entrevistas, devem ser objetivas, a fim de não gerarem imprecisão. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009 *apud* TRIVIÑOS, 1987, p. 112)

3.2 Cenário e sujeitos do estudo

O estudo será realizado no Serviço Integrado SIS/UNISC é um serviço da Universidade que atende à comunidade de Santa Cruz do Sul e região, prestando atendimentos sustentados nos valores de um Serviço–Escola que coloca o sujeito no centro da atenção e o sabe, desde sempre e ao mesmo tempo, biológico, social, histórico, político e subjetivo. Na dimensão de um Serviço-Escola, configura um lugar de planejamento e execução de práticas clínicas que reúne estagiário(a)s e supervisores das várias profissões que trabalham com diagnósticos, tratamento, reinserção social, prevenção e promoção de saúde. Presta assistência aprendendo cotidianamente a não desvincular Ensino, Pesquisa e Extensão nas diferentes práticas das profissões e implicando o sujeito nos seus modos de produção de saúde e de doença, na busca de autonomia e de protagonismo nos seus processos de vida.

Os sujeitos do estudo serão mulheres que pariram nas décadas de 70, 80, 90 e século XXI. Como critério de inclusão adotaremos os seguintes: ter vivido a experiência de parto nas décadas referidas, estar em plenas condições das faculdades mentais, se disponibilizar a

participar voluntariamente, permitir a gravação da entrevista e assinar o ter de consentimento livre e informado. TCLE

Como critério de exclusão serão adotados: Estar confuso, não assinar o TCLE, não aceitar participar voluntariamente do estudo e não permitir a gravação dos dados.

3.3 Produção dos dados

Os dados desta pesquisa serão produzidos através de uma entrevista semiestruturada com questões abertas elaboradas pela pesquisadora (Apêndice 1), buscando atender o objetivo propostos. A identidade dos participantes será preservada, a contribuição com o projeto de pesquisa será voluntária e serão utilizados nomes fictícios para caracterização dos indivíduos do estudo. As entrevistas serão gravadas, sendo esta uma das formas para o registro dos dados.

Vale salientar que será utilizado o termo de consentimento livre e informado assinado em duas vias conforme preconiza a resolução 466/2012 que regulamenta estudos realizados em seres humanos.

A entrevista é uma das ferramentas utilizadas para a realização de uma pesquisa. Uma das vantagens é a proximidade com o objeto de estudo. A observação como método de investigação tem origem na antropologia e na sociologia.

Para realizar este estudo utilizarei a entrevista semiestruturada, definida por (DEMO,1995), como a atividade que permite ao pesquisador descobrir a realidade e considerada por (MINAYO 1996) um procedimento que possibilita aproximarmos os fatos ocorridos na realidade da teoria existente sobre o assunto analisado, a partir da combinação entre ambos.

3.4 Procedimentos éticos e legais

Este estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC, para isso será solicitada carta de aceite da instituição onde os dados serão produzidos, após serão seguidos os seguintes passos:

- Após a apreciação do comitê de ética em pesquisa será contatado o serviço para encaminhar os tramites para realização da entrevista;
- Identificação dos sujeitos do estudo, para agendamento da entrevista;

- Apresentação dos objetivos do estudo e solicitação da assinatura do TCLE

Cabe salientar que o estudo não oferece riscos, a não ser os ocasionalmente gerados pela realização da entrevista, sendo que o sujeito poderá se retirar do estudo em qualquer fase, caso aconteça.

Os benefícios da realização desta pesquisa serão conhecer o percurso histórico dos nascimentos, possibilitando a problematização deste evento e conseqüentemente criando ferramentas para a qualificação do parto na atualidade.

3.5 Procedimentos para análise dos dados

Como método de análise serão utilizados os mapas de associação de ideias, na perspectiva teórica proposta por (SPINK, 2012)

Os mapas se constituem através da construção dos dados baseados nos repertórios dos sujeitos que foram produzidos na entrevista sugerindo que produções de sentidos estes têm em relação a temática abordada. A organização do material empírico, em mapas possibilita que se explore as modalidades de diálogo viabilizando o processo de interpretação. A construção dos mapas esta constituída de categorias temáticas que refletem os objetivos propostos. A análise nesta perspectiva é desenvolvida a partir da manutenção da sequência das falas que são deslocadas para as colunas que correspondem as categorias. (SPINK, 2012)

4 ESTRUTURA PROVISÓRIA DA MONOGRAFIA

1 INTRODUÇÃO

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objeto Geral

1.2.2 Objetivo Específico

1.2.3 JUSTIFICATIVA

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 História da assistência a gestação e ao parto no Brasil

2.2 Política de Humanização do Parto

2.3. Epidemia da Cesárea

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

3.2 Cenário e sujeitos do estudo

3.3 Produção de Dados

3.4 Procedimentos éticos e legais

3.5 Procedimentos para análise de dados

4 ESTRUTURA PROVISÓRIA DA MONOGRAFIA

5 CRONOGRAMA

6 ORÇAMENTO

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ANEXOS

APENDICE 1 – Entrevista – Questionário para coleta dos dados

5 CRONOGRAMA

Título da pesquisa: Trajetória do parto nas décadas de 70,80, 90 e século XXI –
Discursos de mulheres e a construção de práticas.

2017 e 2018							
ATIVIDADES PREVISTAS:	PERÍODO						
	Novembro de 2017	Fevereiro de 2018	Março de 2018	Abril de 2018	Mai de 2018	Junho de 2018	Julho de 2018
Contato com a instituição	X						
Submissão do projeto ao comitê de ética	X						
Contato com os sujeitos		X					
Entrevistas			X				
Transcrição dos dados				X			
Revisão da literatura			X	X	X	X	

Análise dos dados					X		
Construção da versão final do TCC						X	
Apresentação pública do TCC							X

Observação: a pesquisa iniciará após aprovação no Comitê de Ética.

Acadêmica Ana Cristina Freitas da Costa

Orientadora Vera Elenei da Costa Somavilla

6 ORÇAMENTO

Título da Pesquisa: Trajetória do parto nas décadas de 70,80, 90 e século XXI – Discursos de mulheres e a construção de práticas.

Gestor Financeiro e Fonte Viabilizadora: Ana Cristina Freitas da Costa

Itens a serem financiados		Valor Unitário	Valor Total	Fonte
Especificações	Quantidade	R\$	R\$	Viabilizadora
Impressões	200	0,12	24,00	Pesquisadora
Capa da UNISC	6	0,60	3,60	Pesquisadora
Encadernação	6	4,50	27,00	Pesquisadora
Caneta Esferográfica	2	1,50	3,00	Pesquisadora
Prancheta	1	19,00	19,00	Pesquisadora
TOTAL GERAL: R\$ 76,60				

Acadêmica Ana Cristina Freitas da Costa

Orientadora: Vera Elenei da Costa Somavilla

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- _____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
- _____. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Humanização do pré-natal e nascimento. Brasília,2012 .Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
- _____. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes– Brasília: 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
- _____. Ministério da Saúde. Resolução 466 , de 12 de dezembro . BRASILIA, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- _____. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- _____. Ministério da Saúde. Caderno Humaniza SUS. Humanização do Parto e Nascimento.Brasilia,2014. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizac
- _____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Partos no Brasil,2016.Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas-noticias/27787-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais>
- ALMEIDA, OSC, GAMA ER, Bahiana PM. HUMANIZAÇÃO DO PARTO: A atuação dos enfermeiro. Revista Enfermagem Contemporânea. 2015 Jan./Jun.;4(1):79-90
- BALASKAS, J. Parto ativo: guia prático para o parto natural. São Paulo : Ground, 1993.
- BARRETO, Maria Renilda Nery. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2008, vol.15, n.4, pp.901-925. ISSN 0104-5970. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000400002>.
- BIANCARELLI, A. Governo revê posições para humanizar parto. Folha de São Paulo. São Paulo, 20 jul. 1998
- BRUM, J. L. R. Práticas em saúde para a mulher e a criança: retrospectiva histórica em Carasinho - RS (1931-1945). Paso Fundo, RS: UPF, 2004.
- CANASSA, N. S. A. Memórias de parteiras: A trajetória profissional na maternidade Carmela Dutra (1967-1994). Florianópolis. 2005.
- CARNEIRO, R.G. Cenas de parto e políticas do corpo- uma etnografia de praticas femininas do parto humanizado. Campinas,2011.
- COSTA, Jurandir Freire. Ordem médica e Norma familiar. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 1996.
- DEL PRIORE, Mary. “Magia e Medicina na Colônia: O corpo feminino”. In: DEL PRIORE, Mary (org.). História das Mulheres no Brasil. São Paulo: Editora Contexto e Editora UNESP, 1997. pp. 78-114.

- DEMO, Pedro. Metodologia científica em ciências sociais. 3a Ed., São Paulo, Atlas, 1995.
- EHRENREICH, Bárbara; REICH, Deidre. Para seu próprio bem: 150 anos de conselhos de especialistas para as mulheres. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 2003.
- FORNA, Aminatta. Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999
- MATOS, Greice Carvalho; et al. A Trajetória Histórica Das Políticas De Atenção Ao Parto No Brasil: Uma Revisão Integrativa. Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(esp):870-8, mar., 2013.
- MARTINS, Ana Paula Vosne. Visões do Feminino: A medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- MARTINS.V.P.A. Memórias maternas: experiências da maternidade na transição do parto doméstico para o parto hospitalar. REV. História Oral, v. 8, n. 2, p. 61-76, jul.-dez. 2005.
- MINAYO, Maria Cecília de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.
- ODENT, Michel. A cientificação do amor. São Paulo: Terceira margem, 1999
- PEARD, Julyan G. Race, place, and medicine: the idea of the tropics in nineteenth-century Brazilian medicine. Durh: Duke University Press. 1999
- REZENDE, J.M. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 5.ed. 1987.
- REZENDE, J.M. Operação cesariana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 3.ed. 2006
- REZENDE, J.M. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. A primeira operação cesariana em parturiente viva. pp. 171-172. ISBN 978-85-6167363-5. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. CAPITULO 18 A Primeira Operação Cesariana em Parturiente Viva.
- RISCADO LC, JANNOTTI CB, BARBOSA RHS. A decisão pela via de parto no brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. Revista Texto Contexto Enfermagem.2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-3570014.pdf>
- RODHEN, Fabíola. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- ROUSSEAU, C.M. Do Contrato Social.1762.Disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/contratosocial.pdf>
- Sanfelice CFO, Shimo AKK. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? Rev Gaúcha Enferm. 2014 mar;35(1):157-160. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.41356>
- SPINK,MJ.Linguagem produção de sentidos no cotidiano[online]. Rio de Janeiro:Centro
- Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.72 p. ISBN:978-85-7982-46-5.Avalible from Scielo Books.<<http://books.scilo.org>.Acessado em novembro de 2017.

TANAKA, Ana Cristina D'Andretta. Maternidade. Dilema entre nascimento e morte. São Paulo: HUCITEC /ABRASCO, 1995.

TORNQUIST, Carmen Susana. Parto e Poder. O movimento de humanização do parto no Brasil. Tese (Doutorado). PPGAS-UFSC, Florianópolis, 2004. _____. "Humanização do Parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd". In: Revista de Estudos Feministas. Florianópolis, v. 10, 2002.

ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA – DEO****TRAJETÓRIA DO PARTO NAS DÉCADAS DE 70,80, 90 E SÉCULO XXI –
DISCURSOS DE MULHERES E A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS**

O projeto de pesquisa tem como objetivo geral problematizar a história da assistência à gestação e ao parto ao longo das décadas de 70 ao século XXI; na perspectiva das mulheres que vivenciaram esta experiência nestas épocas. Utilizado à entrevista semiestruturada contendo questões abertas e fechadas elaboradas pela pesquisadora referentes aos objetivos do presente estudo.

Este estudo não oferece riscos. Caso você se sinta prejudicado, poderá manifestar seu desconforto e retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

Os benefícios esperados com a realização deste estudo são o de compreender os fatores influenciadores da escolha da via do parto, e o papel da assistência da enfermagem na cena do parto.

A presente pesquisa será realizada pela pesquisadora Ana Cristina Freitas da Costa, através da coleta de dados por meio de um formulário de questões referentes ao objetivo da pesquisa. Será utilizado, caso os sujeitos autorizem, o gravador como forma de registro dos dados. A pesquisa será orientada pela professora e enfermeira Vera Elenei da Costa Somavilla.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é a Prof^a Vera Elenei da Costa Somavilla e a Acadêmica de Enfermagem Ana Cristina Freitas da Costa. (Fone (51) 986225928).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data __ / __ / ____

Nome e Assinatura do Voluntário

Nome e assinatura do responsável pela
obtenção do presente consentimento

APÊNDICE 1: QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS, ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM MULHERES.

TÍTULO DA PESQUISA: TRAJETÓRIA DO PARTO NAS DÉCADAS DE 70,80, 90 E SÉCULO XXI – DISCURSOS DE MULHERES E A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS.

Nome fictício do entrevistado:

Idade:

Escolaridade:

Formação/Ocupação:

Estado civil:

Idade na gestação:

Idade Atual:

Número de partos:

Ano do parto:

Assistência pré-natal (consultas, exames), onde foi, com quem _____

Orientações sobre o parto (médico, enfermeiro, parteira)

Como foi a escolha da via do parto?

Qual posição foi o parto (cócoras, sentada, de joelhos, litotomia)

Onde foi o parto (domiciliar, hospitalar) _____

Descreva como foram seus partos, e quem realizou a assistência, acontecimentos marcantes, medos...

Acontecimentos que marcaram a gestação e o parto.
