



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

KAREN MAYUMI NAKAYA

**PARTO VAGINAL APÓS CESÁREA:
UM OLHAR PSICANALÍTICO SOBRE AS VIVÊNCIAS
EMOCIONAIS DAS MULHERES**

Londrina
2020

KAREN MAYUMI NAKAYA

**PARTO VAGINAL APÓS CESÁREA:
UM OLHAR PSICANALÍTICO SOBRE AS VIVÊNCIAS
EMOCIONAIS DAS MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 1 – Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis

Londrina
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Nakaya, Karen Mayumi.

Parto vaginal após cesárea: um olhar psicanalítico sobre as vivências emocionais das mulheres / Karen Mayumi Nakaya. - Londrina, 2020.
172 f.

Orientador: Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2020.
Inclui bibliografia.

1. Parto Vaginal - Tese. 2. Cesárea - Tese. 3. VBAC - Tese. 4. Psicanálise - Tese. I. Barreto Tavares dos Reis, Maria Elizabeth . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

KAREN MAYUMI NAKAYA

**PARTO VAGINAL APÓS CESÁREA:
UM OLHAR PSICANALÍTICO SOBRE AS VIVÊNCIAS
EMOCIONAIS DAS MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 1 – Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Elizabeth Barreto
Tavares dos Reis
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Silvia Nogueira Cordeiro
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Rosa Maria Tosta
Pontifícia Universidade Católica – PUC / SP

Londrina, 05 de junho de 2020

Dedico este trabalho às mulheres, que precisam lutar todos os dias, para serem protagonistas de suas vidas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha família, inspiração eterna para que eu busque sempre o melhor. Aos meus filhos, Mateus e Elis, que me pariram uma nova mulher e me fizeram enxergar uma força, que até então desconhecia. Também me concederam seu tempo, precioso tempo, para que eu me dedicasse a esse trabalho. A vocês, todo amor desse mundo.

Ao meu companheiro Tiago, pelo encorajamento, força e paciência durante esse período. A palavra companheiro vem do latim “cum panis”, aquele com quem dividimos o pão e posso dizer que com ele divido todas as dores e delícias da vida. Você é minha brisa suave em dia de verão.

À minha orientadora, Maria Elizabeth, que me orientou quando estava desorientada, me questionou quando achei que já tinha as respostas e me fez crescer quando achei que não mais precisava. Tivemos um longo percurso, no qual descobrimos como caminhar juntas e olhando essa trajetória, sinto orgulho do caminho percorrido.

Aos meus pais, meu porto seguro e a base que permite que eu alce voos cada vez mais longos.

Ao meu irmão, sobrinhos, sogros, cunhadas e todos os familiares que me apoiaram nessa caminhada. Com vocês, o caminho é muito mais tranquilo e prazeroso, agradeço pelo apoio, sempre.

Aos meus amigos e todos aqueles que torceram e vibraram comigo a cada etapa conquistada. Sem amigos a vida é um erro.

Aos meus colegas de mestrado, companheiros de alegrias e angústias. Aprendi com cada um deles e serei eternamente grata pelo acolhimento que tiveram comigo e com a nossa pequena mestra, Elis.

Aos demais professores do programa, que compartilharam conhecimentos, instigaram

o aprendizado e lutaram para que este programa acontecesse. Em especial, a professora Sônia Mansano que me acolheu num momento de profunda angústia e me indicou o caminho a seguir, me ajudou a acreditar em mim mesma.

Agradeço as Professoras Rosa Maria Tosta e Silvia Nogueira Cordeiro pelas ricas contribuições que deram a esta pesquisa.

Agradeço às pessoas que me auxiliaram a enxergar o momento do parto como algo tão importante a ponto de virar meu objeto de pesquisa, aos profissionais da área da saúde, do corpo e da alma.

E por último, minha eterna gratidão a cada mulher que compartilhou comigo a sua história, suas alegrias e suas angústias. A força, a coragem e a determinação de vocês me inspiraram a querer mais, a buscar mais e tenho certeza de que a luta está apenas começando.

Um domingo de tarde sozinha em casa, dobrei-me em dois para frente – como em dores do parto – e vi que uma menina em mim estava morrendo. Nunca esquecerei esse domingo. Para cicatrizar levou dias. E eis-me aqui. Dura, silenciosa e heróica. Sem menina dentro de mim.

Clarisse Linspector

Nakaya, K.M. **Parto vaginal após cesárea: um olhar psicanalítico sobre as vivências emocionais das mulheres.** 2020. 173 f. (Dissertação de Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

RESUMO

Durante o período gravídico a mulher vivencia alterações físicas e emocionais que culminam com o parir. A vivência suscita emoções intensas, todavia a escolha pelo tipo de parto, vaginal ou cesárea, nem sempre ocorre da forma almejada pela mulher. O Brasil possui a segunda maior taxa de cesárea do mundo e um dos fatores que contribui para este cenário é a cesárea de repetição, baseado no tabu de que não é possível realizar um parto vaginal após cesárea (Vaginal Birth After Cesarean - VBAC). Diante deste cenário, pode-se refletir acerca de como as interferências na escolha da via de parto podem afetar a mulher. Entretanto, até o momento, há poucos estudos publicados em nosso país, realizados por profissionais da área da psicologia e, especialmente, da psicanálise, que abordem as questões implicadas na escolha pela via de parto. Sendo assim, o objetivo deste trabalho consiste em investigar as vivências emocionais relacionadas ao parir, em mulheres que vivenciaram o Parto Vaginal após Cesariana no parto anterior. A pesquisa utilizou a metodologia clínico-qualitativa por meio de entrevistas semidirigidas com mulheres que vivenciaram um parto vaginal após cesáreas. Os dados coletados, submetidos à análise temática de conteúdo, culminaram em 4 categorias: a) a escolha pela cesárea; b) cesárea: vivências emocionais; c) a busca pelo parto vaginal após cesárea; d) parto vaginal: vivências emocionais. Uma série de influências, que vão além do conteúdo manifesto, interfere nas escolhas das mulheres pela via de parto. Verificou-se que quando as vontades expressas e as emoções da mulher são subjugadas e relegadas a menor importância, a vivência pode ocorrer de forma mais conturbada, delegando-se o protagonismo de suas escolhas a outrem, num processo de dessubjetivação, impedindo a mulher de ser a protagonista de sua própria história. Por outro lado, a escuta e o acolhimento favorecem a elaboração de emoções, sentimentos e desejos que outrora permaneciam adormecidos. Assim, a mulher tem a possibilidade de ressignificar seus sentimentos e vivenciar uma experiência mais positiva. A psicanálise contribui para que possamos compreender a vivência, não apenas do ponto de vista biológico, mas, também, pela demandas psíquicas e emocionais. Ao ampliar a discussão sobre a vivência do parto e sobre as maneiras possíveis de acolher as mulheres neste momento, acredita-se na possibilidade de contribuir para que novas formas e novas possibilidades de prestar uma assistência respeitosa, acolhedora e compreensiva se estabeleçam.

Palavras-chave: Parto Vaginal. Cesárea. Psicanálise. VBAC. Maternidade.

Nakaya, K.M. **Vaginal Birth after cesarean:a pshychoanalytic look on women's emotional experiences.** 2020. 173 p. (Masters Dissertation in Psychology) - State University of Londrina, Londrina, 2020.

ABSTRACT

During the pregnancy woman experiences physical and emotional changes that culminates in giving birth. The experience provokes intense emotions, however the choice for the type of delivery, vaginal or cesarean, does not always occur in the way desired by the woman. Brazil has the second highest rate of cesarean section in the world and one of the factors that contributes to this scenario is the repetition cesarean section, based on the taboo that it is not possible to perform a vaginal birth after cesarean (VBAC). In this scenario, it is possible to reflect how the interferences in the choice of the way of delivery can affect the woman. However, so far, there are few studies published in our country, carried out by professionals in the field of psychology and, especially, psychoanalysis, that address the issues involved in choosing the mode of delivery. Therefore, the objective of this work is to investigate the emotional experiences related to giving birth, in women who experienced vaginal delivery after cesarean section in the previous delivery. The research used the clinical-qualitative methodology through semi-directed interviews with women who experienced vaginal delivery after cesarean sections. The collected data, submitted to thematic content analysis, culminated in 4 categories: a) the choice for cesarean section; b) cesarean section: emotional experiences; c) the search for vaginal delivery after cesarean section; d) vaginal delivery: emotional experiences. A series of influences, which go even further the manifest content, interferes in the choices of women through delivery. It was found that when woman's expressed wishes and emotions are subjugated and relegated, as if they were less important, the experience can occur in such a more troubled way and she delegates the protagonism of her choices to others, on a process of desubjectivation not allowing the woman to be the protagonist of her own story. On the other hand, the process of listening and welcome favor the elaboration of emotions, feelings and desires that were previously asleep. Thus, the woman has the possibility to reframe her feelings and to try a newer and more positive experience. Psychoanalysis helps us to understand the experience, not only from a biological point of view, but also due to psychological and emotional demands. When expanding the discussion about the birth experience and about the possible ways of welcoming women at this delivery moment, we believe in the possibility of contributing so that new ways and new possibilities of providing respectful, welcoming and comprehensive assistance are established.

Key words: Vaginal Birth. Cesarean section. Psychoanalysis. VBAC. Maternity.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização das participantes	104
-------------------	--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CONITEC	Comissão de Incorporação de Tecnologia do SUS
IDEC	Instituto de Defesa do Consumidor
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MBE	Medicina Baseada em Evidências
OMS	Organização Mundial da Saúde
UNICEF	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
VBAC	Vaginal Birth After Cesarean (Parto Vaginal Após Cesárea)
PNAC	Parto Normal Após Cesárea
PVAC	Parto Vaginal Após Cesárea

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	20
2.1	OBJETIVO GERAL	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3	A HISTÓRIA DO PARTO	21
3.1	ENTRE MULHERES E DEUSAS: PARTO COMO ASSUNTO FEMININO.....	21
3.2	A ENTRADA DO HOMEM EM CENA E O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO.....	22
3.3	A LEGITIMAÇÃO DO SABER MÉDICO E A SUBMISSÃO DO CORPO FEMININO.....	25
3.4	OS PARADIGMAS DA OBSTETRÍCIA: DO MODELO TRADICIONAL A MBE.....	29
4	OS SISTEMAS DE SAÚDE E A GESTANTE NO BRASIL	32
4.1	AS POLÍTICAS PÚBLICAS DA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO.....	33
4.2	A GESTANTE E O MODELO PRIVATISTA DE SAÚDE	37
5	SEXUALIDADE FEMININA	42
5.1	O CORPO BIOLÓGICO E O CORPO PSÍQUICO.....	42
5.2	A VONTADE CONSCIENTE E O DESEJO INCONSCIENTE.....	44
5.3	TORNAR-SE MÃE.....	46
5.3.1	Sigmund Freud	49
5.3.2	Melanie Klein	51
5.3.3	Donald Winnicott	55
5.3.4	Raquel Soifer.....	60
6	TIPOS DE PARTO	64
6.1	PARTO VAGINAL E SUAS VARIAÇÕES.....	64
6.2	CESÁREA	68
6.3	PARTO HUMANIZADO	73
7	VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN (VBAC)	79

8	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: MARCAS NO CORPO E NA ALMA.....	90
9	MÉTODO.....	97
9.1	AMBIENTAÇÃO E ACULTURAÇÃO.....	97
9.2	CONSTRUÇÃO DA AMOSTRA.....	98
9.3	CUIDADOS ÉTICOS.....	99
9.4	COLETA DE DADOS.....	99
9.5	ANÁLISE DE DADOS	100
9.5.1	Pré Análise	100
9.5.2	Exploração do Material	101
9.6	TRATAMENTO DOS RESULTADOS	101
9.7	VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS	102
10	RESULTADOS E DISCUSSÃO	104
10.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	104
10.2	CATEGORIAS	104
10.2.1	A Escolha Pela Cesárea.....	105
10.2.1.1	A escolha final pela mãe	105
10.2.1.2	Influências familiares	111
10.2.1.3	Influências da equipe de saúde.....	113
10.2.2	Cesárea: Vivências Emocionais	118
10.2.2.1	Antes da cirurgia	118
10.2.2.2	Durante a cirurgia.....	123
10.2.2.3	Após a cirurgia	126
10.2.3	Busca Pelo Parto Vaginal Após Cesárea.....	130
10.2.3.1	Muito mais do que um sonho: os motivos da escolha.....	130
10.2.3.2	As pedras no caminho	135
10.2.3.3	Uma andorinha só não faz verão: o apoio extra e necessário.....	139
10.2.4	Parto Vaginal: Vivências Emocionais	142
10.2.4.1	Durante o parto.....	143
10.2.4.2	“Quero fazer tudo de novo”: vivências positivas	146
10.2.4.3	Nem tudo são flores: expectativas X realidade	149
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	151

REFERÊNCIAS	157
APÊNDICES	170
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e esclarecido	171
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista	172

1 INTRODUÇÃO

*“...é possível renascer sem sair deste mundo.
Renascer dentro de nós, num parto de alma...”
(João Morgado)*

Assim que me formei, fui trabalhar na área organizacional, mas nunca deixei de lado meu espírito de pesquisadora, mantive firme a escuta atenta para questionamentos acerca dos detalhes que permeiam a vida. Em 2015, iniciei a minha jornada rumo à maternidade e nessa trajetória, alguns detalhes chamaram a atenção. Para mim, o normal, seria o “parto normal”, mas durante idas e vindas ao consultório, durante as consultas de pré-natal, deparei-me com certas lacunas ao tocar no assunto do parto e percebi que o caminho para o meu parto não seria algo tão simples assim.

Assisti então ao documentário “O Renascimento do parto” (Chauvet, 2013) e foi então que confirmei que minhas percepções estavam certas, o parto que eu queria, não era algo tão simples assim, era algo a ser batalhado.

Confrontei o que vi no documentário, com o que estava vivenciando nos consultórios e percebi que naquele espaço o protagonismo não era meu, mas sim, de um médico. Começou aí, a busca por alguém que respeitasse o meu desejo.

Passei por cinco médicos até encontrar um, que viabilizou a segurança necessária, para que a confiança pudesse ser estabelecida. Durante o trabalho de parto, deparei-me com questões psíquicas profundas e uma vivência emocional transformadora. Desde então, interessei-me por este campo de estudo.

Nesse ponto da vida, resolvi mudar o rumo da minha carreira, desliguei-me da área organizacional e fui trabalhar na clínica. Nesse ínterim, fui convidada a integrar a Equipe Multidisciplinar das Doulas em Londrina e busquei estudar mais a fundo as questões relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal e escutar, com ainda mais afinco, as histórias das

mulheres e as vivências de parto para as mesmas. Deparei-me com um mundo repleto de emoções, de sentimentos, de significados e significantes, as mais diversas histórias e subjetivações das mesmas. Percebi a tênue linha entre ser ou não a protagonista de suas escolhas, percebi como nós, mulheres, muitas vezes nos submetemos ao desejo do outro, mesmo sem perceber, principalmente pelo fato de estarmos num momento de intensa vulnerabilidade, percebi o quão conflituosa pode ser a tomada de uma decisão, o quanto essa construção da maternidade pode ser ambivalente, potencializadora ou limitadora do eu.

Em 2017, engravidei novamente e desta vez, numa experiência totalmente inusitada, porém intensa de sentimentos e significados, pari minha filha sozinha, dentro de um carro, vivenciando uma força instintiva avassaladora, que me fez em dois puxos, pari-la e segurá-la em meus braços. Coloquei-a em meu peito e cheguei ao hospital com ela mamando, num estado de plenitude e graça, porém, vivenciando totalmente a vulnerabilidade de quem acaba de ganhar um bebê e está tomada por questões fisiológicas e psíquicas aflorando a cada segundo.

No hospital, o médico que me atendeu, primeiramente deu uma bronca sutil por eu não ter ido antes ao hospital. Depois, junto com a enfermeira que o acompanhava, tecia comentários irônicos e maldosos. No momento, só me senti mal, depois de elaborar todo o acontecido, percebi que havia sido vítima de violência obstétrica.

Esta situação me fez questionar ainda mais o funcionamento do sistema obstétrico, Como eu, que estudava o assunto, que trabalhava com gestantes, que me interava de informações baseadas em evidências científicas, que participava de uma equipe que incluía doulas e profissionais preparados, fui vítima de violência obstétrica? Se eu, munida de todo esse arsenal passei por esta situação, o que não passaria a maioria esmagadora de mulheres.

Empenhei-me em estudar ainda mais, em conhecer teóricos que falavam sobre o tema e compreender mais a fundo as questões psíquicas que engendravam a maternidade e suas

reverberações. Recorri também ao estudo, nos contextos histórico e filosófico, que pudessem me auxiliar nessa compreensão e tive gratas surpresas.

Nesse ínterim, participava na figura de mãe de grupos de maternidade no whatsapp, no qual ouvia histórias, compartilhava sensações, escutava para além do conteúdo manifesto o que diziam aquelas mulheres, a respeito do parto, da maternidade e de seus desdobramentos. Um mundo de encantos e descobertas.

Entretanto, neste caminho, alguns pontos começaram a provocar questionamentos e outras faces da maternidade começaram a se revelar.

Sempre me interessei por dados numéricos e, na primeira vez que li sobre as taxas de cesáreas no Brasil, senti que algo estava errado. De forma concomitante, ouvia histórias de mães que demonstravam preferência por uma via de parto, mas que acabavam tendo um desfecho diferente. As minhas inquietações só aumentavam.

Como pesquisadora, comecei a buscar dados que pudessem trazer respostas, mas, cada vez mais, dúvidas surgiam. Cheguei a algumas pesquisas muito interessantes sobre preferências de vias de parto. Tais como a pesquisa “Nascer Brasil”, encomendada pela Fiocruz, a qual revela que 72% das primíparas relatam o desejo pelo parto normal no início da gravidez, todavia, em mais da metade dos casos, a via de parto acaba sendo a cirúrgica (Fiocruz, 2014).

Percebi então, uma incompatibilidade entre o que a mulher almeja em termos de experiência de parto e o que, de fato, obtém. Esta falta de correspondência motivou o meu desejo de escutar as mulheres e conhecer melhor suas vivências.

Ao longo dessa minha inquietude, deparei com uma situação que me chamou muita atenção e tive contato pela primeira vez com o termo VBAC (Vaginal Birth After Cesarean), termo que diz respeito a um parto vaginal após uma cesárea. Cada vez que surgia um VBAC

nas redes sociais, em relatos de parto, ou no grupo de mães em que eu fazia parte, a situação era comemorada com muito furor. Esse fato chamou minha atenção.

O discurso de quem passou por esta experiência, remetia ao retorno a um protagonismo que lhe era de direito. Muitas dessas mulheres expressavam terem sido vítimas de um sistema obstétrico que as levou a uma cesárea, muitas vezes percebida *a posteriori* como desnecessária e depois, com muita luta, conseguiram exercer o papel de protagonistas de suas histórias, conseguindo realizar a experiência de parto com que tanto sonharam.

Muitas questões passaram a permear meus pensamentos. Gostaria de tentar compreender como era, para estas mulheres, vivenciar uma experiência em que eram tolhidas de seus direitos e depois, retomarem o papel de autoras de suas histórias. Como estas vivências ressoavam em suas vidas, quais eram os seus significados.

Nessa altura, já havia decidido pelo caminho que sempre sonhei em seguir na psicologia, a pesquisa e a docência. Ingressei então no mestrado e decidi utilizar essa minha inquietação. Com o intuito de conhecer mais sobre estas experiências, acabei escolhendo as vivências emocionais de mulheres que passaram por um VBAC, como tema de pesquisa. Considerando ser essa uma oportunidade para observar as dissonâncias e as consonâncias entre ambos os nascimentos, as expectativas e as realizações, escutar as dores e as delícias decorrentes da frustração ou satisfação relativas à parturição.

A psicanálise não considera o parto como doença, numa lógica patologizante, nem como um fenômeno puramente biológico e instintivo, como simplesmente um episódio comum da vida procriativa feminina. A psicanálise vai além, observa a experiência do parto implicada numa relação entre psique e corpo, entre o individual e o social, numa série de influências psíquicas inconscientes que influenciam e podem mudar o rumo dos acontecimentos. Por tudo isso, acredito que verificar como se deu essa experiência para essas mulheres, sob um olhar psicanalítico, pode auxiliar a repensar formas de lidar com as

mulheres num momento de intensa vulnerabilidade e dar o suporte de que necessitam para vivenciar este momento da maneira mais tranquila possível.

Espera-se que o presente estudo possa contribuir para aprimorar o atendimento à Saúde da Mulher, especialmente ao longo da gravidez, parto e puerpério. Ampliar o conhecimento acerca destes processos e de como isto afeta a subjetividade das mulheres e incentivar a reflexão sobre o respeito ao direito da mulher, podem auxiliar numa construção e vivência menos sofrida, durante o processo do parto.

Além disso, no âmbito social, repensar acerca desta estrutura dominante pode auxiliar nos questionamentos a respeito da forma como os partos têm sido realizados no Brasil e as possíveis consequências disso.

Para auxiliar neste processo, no Capítulo 3 – A história do parto - faço uma breve retomada histórica de como o parto tem sido vivenciado ao longo do tempo, desde quando era considerado um evento feminino, até a época em que houve o seu processo de institucionalização. Posteriormente, com auxílio teórico da filosofia Foucaultiana, abordo a ascensão do saber/poder médico relativo ao corpo feminino, visando refletir sobre uma possível submissão da mulher ao saber-poder nesse contexto.

No capítulo 4 – Os sistemas de saúde e a gestante no Brasil - abordo de forma sucinta, porém contextualizada, a implantação das políticas de saúde pública relativas ao atendimento à gestação e parto, bem como as políticas de atenção ao parto no atendimento particular. Assim, busco relacionar os modelos de assistência, como processos paralelos, inseridos em uma complexa rede histórica, social e econômica que se vinculam intrinsecamente.

No capítulo 5 – Sexualidade Feminina - menciono alguns postulados psicanalíticos, a formação psicodinâmica feminina e outros pontos relacionados à maternidade do ponto de vista de Freud, Klein, Winnicott, Soifer.

No capítulo 6 - Tipos de parto- discorro sobre os tipos de parto, por vezes problematizando a crescente taxa de cesáreas, as consequências da escolha do ponto de vista psicológicos, bem como as variações e polissemias relacionadas ao parto vaginal.

No capítulo 7- Vaginal Birth After Cesarean (VBAC) – descrevo mais sobre tema selecionado como objeto de pesquisa, mostrando as pesquisas relacionadas ao VBAC e refletindo acerca dos possíveis aspectos psicológicos envolvidos nessa escolha.

No capítulo 8 - Violência Obstétrica: as marcas no corpo e na alma - discorro sobre a violência obstétrica, abordando as implicações jurídicas e o caminho percorrido para se compreender o tema.

No capítulo 10 – Resultados e Discussão - apresento os resultados obtidos através das entrevistas e a reflexão acerca dos mesmos.

No capítulo 11 – Considerações finais – Apresentarei as conclusões do estudo, bem como suas limitações e possibilidades de avanços em novas pesquisas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as vivências emocionais relacionadas ao parir, em mulheres que experienciaram o Parto Vaginal após Cesariana.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as expectativas e as vivências emocionais das mulheres em cada parto;
- Verificar os motivos que levaram a mulher a decidir pelas respectivas vias de parto;
- Analisar as características das vivências emocionais mencionadas pelas mães em cada tipo de parto.

3 A HISTÓRIA DO PARTO

3.1 ENTRE MULHERES E DEUSAS: PARTO COMO ASSUNTO FEMININO

Ao analisar o cenário obstétrico atual, faz-se necessário compreender seu percurso histórico e o contexto no qual foi inserido ao longo dos anos, visto que as práticas que envolvem o parto sofreram inúmeras modificações no decorrer do tempo.

Mesmo que haja algumas lacunas relativas à história dos partos, dados advindos de fontes arqueológicas e antropológicas demonstram que há uma universalidade no que tange a ritualização do parto e da maternidade, bem como a íntima ligação deste com o mundo feminino (Martins, 2004).

Historicamente, o parto era um evento inerente ao ambiente domiciliar, apoiado pela família e realizado por mulheres, sendo no geral, a parteira, ou alguém de confiança da família. Segundo Brenes (1991), estas mulheres possuíam o saber empírico e realizavam a assistência durante gestação, parto e puerpério, bem como após o nascimento, nos cuidados com os bebês.

Ao analisar o mundo antigo greco-romano, Rousselle (1984) ressalta que o casamento e a geração de filhos, no período imperial, era assunto de cunho político e de interesse do Estado, visto que a importância da mulher se dava em relação a sua capacidade em gerar herdeiros saudáveis. Havia a divisão clara de gêneros nestas sociedades, e os médicos, por sua vez, consideravam a obstetrícia uma prática inferior, relacionada à dor e à impureza, sendo este trabalho relegado então às mulheres. Os médicos apenas intervinham, caso o parto se complicasse e colocasse em perigo a vida da mãe.

Ainda segundo a autora, na época, a disseminação destes conhecimentos ocorreu porque as mulheres, no geral as parteiras, forneceram informações acerca de suas experiências a respeito dos assuntos obstétricos aos médicos, e então, estes conhecimentos foram

incorporados e divulgados no Corpus Hipocráticum, que é uma coleção de sessenta e seis tratados sobre temas relacionados ao corpo humano. Além dessa coleção, os conhecimentos começaram a ser divulgados em outros livros médicos (Rousselle, 1984).

Interessante notar que nas civilizações antigas, os cuidados da gestação e do parto estavam relacionados a ritos religiosos e sagrados e às deusas que auxiliariam as mulheres na hora do parto. Na Grécia Antiga, Artemis era a deusa da caça e a personificação do espírito feminino independente. Ártemis era a irmã gêmea de Apolo e reza a lenda que foi a primeira a nascer, e logo depois do nascimento, ajudou sua mãe Leto, no parto de seu irmão gêmeo, durante nove dias e nove noites, nas prolongadas dores do parto, tornando-se assim, o arquétipo principal relacionado às parteiras. Em Roma, as deusas Juno e Diana eram associadas ao parto, sendo que as grávidas faziam altares para Juno, solicitando ajuda para que tudo ocorresse bem no parto. Já no Egito antigo, a arte sagrada da parturição era vinculada a Isis e as parteiras eram chamadas de mães divinas (Paciornik 1983; Osava, 1997).

Percebe-se que em diferentes locais e em diferentes períodos históricos, o parto era um fenômeno vivenciado entre mulheres. Martins (2004) atenta para o fato que, no geral, as parteiras e parturientes tinham a mesma origem social e compartilhavam valores e crenças a respeito do papel exercido por mulheres e homens, o que facilitava a vivência de papéis pré-determinados; por isso, o parto, bem como sua preparação e seu acompanhamento pós-nascimento, era vivenciado entre mulheres de forma natural, sem grandes questionamentos.

3.2 A ENTRADA DO HOMEM EM CENA E O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO

Embora a assistência à mulher em trabalho de parto geralmente fosse realizada por mulheres, Martins (2004) ressalta que alguns homens acabavam tendo uma participação na cena, tais como alguns maridos que auxiliavam as esposas durante o trabalho de parto e

alguns médicos cirurgiões, caso houvesse complicações. Estes cirurgiões eram conhecidos como barbeiros, uma classe médica vista com desprezo pela elite. Ainda assim, segundo o autor, alguns médicos passaram a se interessar pela obstetrícia e a apreender os saberes empíricos relacionados aos partos e suas possíveis complicações. Retomaram então, conhecimentos produzidos na Antiguidade e já no século XVI, começam a escrever os manuais de parto na Europa, retomando antigas tradições greco-romanas.

Em meados do século XVI, houve uma aproximação médica ao parto com a intervenção do Estado e da Igreja, com a alegação de que queriam evitar que as parteiras realizassem atividades ligadas ao aborto e ao infanticídio. Esse período correspondeu à época da Inquisição, época esta em que diversas parteiras foram mortas nas fogueiras (Seibert, Barbosa, & Santos, 2005).

No decorrer dos séculos XVIII e XIX a figura masculina e a aproximação médica do parto foram se incrementando por meio do discurso da exaltação da maternidade. As parteiras passaram a ser vistas como responsáveis pelas mortes relacionadas às mães, aos bebês e também por mutilações deles. Começa a haver, segundo a visão médica, a ruptura do que foi classificada como a época da ignorância, com o progresso da ciência, das teorias e práticas desenvolvidas por obstetras (Vieira, 2002; Martins, 2004).

Em relação a essas práticas, os manuais de obstetrícia passavam a ser cada vez mais intervencionistas, criando instrumentos, tais como pinças, fórceps, perfuradores, etc., os quais contribuíram para que fosse considerada a superioridade dos médicos em relação às parteiras, e também auxiliavam na construção da imagem de um conhecimento científico por parte dos médicos. Assim, as parteiras passaram a ser vistas como representações de ignorância e obscuridade (Martins, 2004).

Ainda segundo Martins (2004), neste contexto, entre os séculos XVII e XVIII, houve uma revolução nas cirurgias com a descoberta de Harvey sobre a circulação do sangue no

corpo humano, o que representou um avanço enorme nos conhecimentos biológicos em anatomia e fisiologia, com crescentes disseções em corpos humanos, inclusive em mulheres grávidas, o que aumentou o campo de conhecimento a respeito da gravidez. Também houve, nesse período um interesse mais forte pelo estudo do corpo feminino e a disputa ideológica entre parteiras e médicos cirurgiões.

Os manuais de parto escritos por médicos se multiplicavam em meados do século XVIII, o que foi crucial para disseminação destes saberes e a transformação do corpo feminino em objeto de conhecimento por parte dos médicos. Nesse cenário, a mulher passa de protagonista à paciente e a parteira a auxiliar do médico. Algumas parteiras mais experientes chegaram a escrever manuais, porém elas ficavam restritas ao atendimento de clientela urbana e de alto poder aquisitivo; assim, seus conhecimentos ficaram limitados a esta população. A maioria das parteiras, não sabia ler e escrever e acabaram por não divulgar a experiência e os saberes adquiridos através de gerações (Martins, 2004).

No fim do século XIX, inicia-se a criação de hospitais específicos para a realização de partos que, além de atender as mulheres que se sentiam mais seguras para parir na presença de um médico, serviam de base para o ensino da prática obstétrica, disseminando, assim, essa nova ciência (Tornquist, 2004).

Esses hospitais e maternidades começaram a se espalhar em alguns países da Europa e EUA, atraindo cada vez mais mulheres, à medida que o atendimento melhorava. Os médicos passam a ocupar o lugar do homem sábio, que rapidamente resolvia partos complicados e potencialmente perigosos (Martins, 2004).

Em meados do século XX, após a segunda Guerra Mundial, consolida-se o fenômeno de institucionalização do parto, em nome de uma redução das taxas de mortalidade infantis e maternas. Assim, o parto é transferido das residências para os hospitais. Com isso ocorre a medicalização e a institucionalização de um processo que antes era considerado natural e

domiciliar. O processo de institucionalização do parto acabou por afastar a família e a rede de apoio dessa gestante, visto que o foco passava a ser as demandas médico-hospitalares e não necessariamente a parturiente (Bruggemann, Parpinelli, & Osis, 2005).

Nesse contexto, as parteiras foram se tornando cada vez mais subordinadas aos médicos, pois não tinham acesso à universidade e ao conhecimento, então começaram a se afastar das práticas obstétricas que antes lhes eram exclusivas. Neste cenário e com o avanço do capitalismo industrial, no qual o parto passa a se tornar também uma atividade com fins lucrativos, culmina-se o monopólio dos médicos no exercício da obstetrícia (Seibert, et al, 2005). Assim, conforme cita Maia (2010), o parto passa a se constituir como um ato médico em contraposição ao evento familiar e social no qual era inserido até então. Como procedimento médico, a parturição deixa de ser percebida como um processo fisiológico natural, e passa a ser considerado processo patológico, marcado por riscos e perigos. A partir desse contexto, é inaugurado o modelo tecnocrático de assistência ao parto.

3.3 A LEGITIMAÇÃO DO SABER MÉDICO E A SUBMISSÃO DO CORPO FEMININO

Segundo Nogueira (2013), o atendimento ao parto é o resultado de um processo de construção social, cultural e político, no qual o ato de parir não é mais visto como ato heroico e de protagonismo da mulher. Esse passa a ser submetido a um procedimento cirúrgico e médico. O qual pode ser interpretado pelos valores da ideologia que dão suporte ao patriarcado.

Os médicos, até o início do século XVIII, eram pouco afeitos aos conhecimentos práticos da medicina, trabalho que era delegado aos cirurgiões, limitando-se às tradições escritas, com diagnósticos baseados em analogias e classificação das doenças, demonstrando uma formação retórica, não empírica dos médicos europeus. Porém, este cenário começa a mudar por volta da segunda metade do século XVIII. As diversas doenças que assolaram a Europa na época transformaram os problemas em direito do Estado e o médico passa a ser

responsável não só pelo indivíduo, mas também pelas condições de saúde de toda a população, o que foi determinante para a consolidação da profissionalização médica e a legitimação do saber médico (Martins, 2004).

Neste contexto, também se desenvolvem os ideais iluministas, que trouxeram grandes transformações no pensamento e modo de vida da época. Seus defensores eram os propagadores da luz, referência simbólica ao conhecimento, sendo que dever-se-iam afastar a ignorância e a obscuridade. A medicina, também influenciada por esses ideais, passa a contemplar o corpo como máquina e o médico como aquele que conserta o corpo. Com essa imagem fragmentada, somada à ideia de hospital como linha de produção, padroniza-se uma assistência à mulher, na qual a mesma era deslocada do seu lar, para o hospital (Maia, 2004).

Dentre essas ações controladoras por parte dos médicos e do estado, estava a formação e a supervisão das parteiras, como também a construção de hospitais. Além disso, foi criada uma série de regulamentos sobre os hábitos de vida, tais como os alimentares, de higiene, de saúde e bem-estar, os quais foram incorporados no campo do saber médico e instituídos às mulheres como a forma correta de viver (Martins, 2004).

Foucault (1999), em sua genealogia do poder, analisa as mudanças acima descritas como um novo mecanismo de exercício do poder - o poder disciplinar. Inicialmente, essas técnicas de poder eram centradas em corpos individuais; porém, a partir da metade do século XVIII, há a centralização do poder nos corpos massificados, surgindo a partir de então, uma biopolítica da espécie humana. O poder passa a ser exercido de forma disciplinar, como regulamentadora da vida e a medicina passa a ganhar papel de destaque, com novas funções neste cenário. Segundo o autor, a medicina, no final do século XVIII, passa a ter uma função de controle higienista da vida pública, dominando os saberes relacionados à saúde e às morbidades, centralizando as informações e controlando os saberes.

Essa mudança no campo do saber médico teve impacto direto no parto, sendo que os médicos, que até então não demonstravam muito interesse pelo ensino da prática da parturição, apenas reproduzindo ensinamentos dos velhos tratados da obstetrícia, passam a ser substituídos por médicos imbuídos de necessidades bruscas de mudanças neste campo do saber, para que se adequassem às novas ideologias vigentes.

O poder disciplinar inicialmente se dá através do controle dos corpos individuais femininos, para depois passar para a massificação do campo do saber, das normas e campanhas institucionalizadas em nome da higiene pública (Foucault, 1999).

Ao analisar a construção da obstetrícia moderna, compreende-se o engendramento entre o saber poder médico e a constituição do corpo feminino. Ao construir um saber sobre a gravidez e o parto, os médicos precisaram investigar o corpo da mulher, num princípio que Foucault (1999) denominou de “visibilidade obrigatória” (p.211), pois, segundo o autor, é importante nesse pensamento disciplinador, que o “súdito” (p.211) esteja sempre sendo visto. Nesse sentido, o poder disciplinador deve se fazer invisível para aqueles aos quais se submete, todavia, de forma absolutamente visível àqueles que exercem o poder.

O corpo da mulher, através da visibilidade obrigatória, é então examinado e mapeado, para que os conhecimentos físicos e anatômicos fossem conhecidos. Segundo Foucault (1999), através do poder disciplinador vão sendo construídos efeitos individualizantes sobre os corpos femininos com o intuito de torná-los úteis e dóceis. O corpo dócil é aquele submetido, analisado, transformado e aperfeiçoado. O poder se faz através do controle do corpo feminino e o protagonismo da mulher passa para a figura do médico, considerado como aquele que detém o saber e o poder.

A medicina como detentora do campo do saber, passa a ocupar o papel de destaque na sociedade moderna, legitimando assim seu papel de protagonista no que tange ao controle sobre a saúde e o valor das vidas humanas, logo trabalhando como ferramenta de controle da

população pelo Estado. Nesse viés, o corpo feminino e todos os atos relacionados a ele, passam a ser controlados e disciplinados pela medicina.

Outro ponto interessante, ressaltado por Foucault (1976/1999), é a ligação entre discurso, poder, saber e sexualidade, sendo que a última foi historicamente silenciada. Pensando por este ponto de vista, por trás do discurso da exaltação da maternidade e da gravidez como doença (Maia, 2010), verifica-se a existência de relações de poder que se sustentam pelo controle e o discurso desta exaltação, da maternidade de forma idílica e idealizada, centrada num papel específico de como a mulher deve ser dentro da sociedade e da família, como deve portar-se, e da função especial ao se tornar mãe.

Por outro lado, a medicina e a religião preocuparam-se em separar a sexualidade da figura materna, pautadas em um dos alicerces da sociedade patriarcal, que é a repressão sexual. A mulher não é dona do seu corpo, que é vigiado e controlado pelos homens. Com isso, o quadro contemporâneo dos partos relacionados à cesárea, mantém essa separação do parto com a sexualidade. Nela, não há contato com as partes íntimas da mulher, ou, quando por via vaginal, está sujeito a um imaginário negativo relacionado à sexualidade. Para ser controlado, deve ser realizado da forma como o médico orienta, não da forma que a mulher deseja, colocando novamente o homem como o centro, como o agente ativo e a mulher como figurante no ato da parturição (Nogueira, 2013).

Além da construção idílica da figura materna, com seu papel bem desenhado; no âmbito religioso são outorgados à mulher a condenação pelo pecado original e o castigo de parir com dor, estendidos a todas as mulheres (Gênesis, 3:16). Num país majoritariamente cristão como o nosso, torna-se indispensável refletir o quanto essa construção histórica relacionada à obstetrícia, com forte viés religioso, influencia de forma coletiva o imaginário da sociedade. Segundo Aiello-Vaisberg e Ambrosio (2006), quando algo se inscreve dentro

do imaginário coletivo, complexos ideofetivos inconscientes acabam influenciando práticas de um determinado grupo social em relação a determinado fenômeno.

3.4 OS PARADIGMAS DA OBSTETRÍCIA: DO MODELO TRADICIONAL À MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Até a década de 1990, acreditava-se que a melhor assistência ao parto era aquela marcada por procedimentos e intervenções que facilitariam o processo do nascimento, por isso, procedimentos tais como aplicação do soro com ocitocina, fórceps, episiotomia e manobra de Kristler, eram procedimentos de rotina (Diniz & Duarte, 2004).

No Brasil, a própria formação médica ainda é baseada em modelos intervencionistas. Nesse viés, o corpo feminino é considerado algo frágil e sempre dependente da tecnologia para que sua vida não corra riscos. É o que pode ser compreendido como viés de gênero, característico do modelo patriarcal em que culturalmente o país está inserido e numa visão na qual o corpo da mulher é visto como imperfeito e ameaçador, o que faz com que muitas mulheres acreditem que não são capazes de parir uma criança (Diniz, 2005).

Essa visão é reforçada pelo ensino da obstetrícia no país. Fernando Magalhães, considerado um dos pais da obstetrícia brasileira, por exemplo, acreditava que novas técnicas de parturição, tais como o uso de fórceps e o parto com sedação total, diminuiriam a dor e o sofrimento das mulheres e foi intenso propagador dessa ideia (Diniz, 2005).

Discípulo de Fernando Magalhães, Jorge de Rezende dedicou-se a continuar a difundir de forma sistemática a história da obstetrícia no Brasil, bem como as técnicas agora por ele aperfeiçoadas, principalmente a cesariana, tornando-se assim, referência para gerações de obstetras. Em seu livro, Rezende (1963), convida o aprendiz a realizar a cesárea, apresentada como uma técnica simples que alcançara a perfeição. A partir disso, difunde-se a

generalização do parto cirúrgico e as transformações de práticas obstétricas, considerados como etapas inerentes e adequadas aos tempos modernos (Nakano, Bonan, & Teixeira, 2016).

Segundo Diniz e Duarte (2004), como as técnicas de intervenções são consideradas importantes e rotineiras, na maioria das maternidades ainda existe o que é chamada de “cascata de intervenções” (p.16). Ela se caracteriza por uma sucessão de procedimentos invasivos, dolorosos e com riscos potenciais. As autoras entendem que muitas optam pela cesárea, com medo da sucessão de procedimentos dolorosos, aos quais muitas vezes são submetidas.

Entretanto, esse cenário obstétrico atual vem ganhando novos contornos, com novas recomendações de um movimento que ficou conhecido como Medicina Baseada em Evidências (MBE). Tal movimento surgiu na segunda metade da década de 1980 e rapidamente se alastrou pelo mundo (Diniz & Duarte, 2004). Segundo a MBE, muitas das práticas relacionadas à medicina não possuem um respaldo científico referente à eficácia e qualidade, sendo que diversos procedimentos que são considerados como corretos variam em cada parte do mundo, ou seja, não há uma concordância no que tange aos melhores procedimentos para cada situação. Como exemplo, as autoras citam o uso do fórceps que em alguns locais do mundo (inclusive no Brasil) é considerado como rotina no primeiro parto, sendo que em outros, esse uso além de não ser mais realizado, é considerado totalmente obsoleto (Diniz & Duarte, 2004).

Ressaltam ainda que no início deste movimento, foi verificado que haviam muitas pesquisas tendenciosas, favorecendo práticas que hoje podem ser consideradas como danosas e até mesmo inúteis. Com isso, foi-se organizando um movimento internacional para disseminar o conhecimento científico menos tendencioso. Essa iniciativa levou o nome de colaboração Cochrane, em homenagem ao médico britânico, um dos líderes do movimento da

medicina baseada em evidências e defensor do direito dos pacientes, Archie Cochrane (Diniz & Duarte, 2004).

Foram criados diversos grupos, de acordo com especialidades e o grupo de Colaboração Cochrane da Gravidez e Parto foi um dos primeiros a se organizarem e desenvolverem pesquisas acerca dos temas. Durante quase uma década, mais de 400 profissionais da saúde, realizaram pesquisas, totalizando mais de 40.000 estudos sobre 275 práticas perinatais, as quais foram classificadas quanto à eficácia e segurança, desmistificando uma série de procedimentos e levantando novas áreas de pesquisa. Esses resultados podem ser acessados no site da colaboração Cochrane ou através de uma síntese divulgada pela OMS, em 1996, e que ficaram conhecidos como “Recomendações da OMS” (Diniz & Duarte, 2004).

Um exemplo a respeito de práticas obsoletas relacionadas ao parto é a episiotomia, que foi adotada como prática rotineira, durante a segunda metade do século XX, em grande parte do mundo ocidental, pois acreditava-se que facilitaria o parto. Entretanto, além de se verificar que nunca houve evidência sólida de indicação da prática, a mesma foi considerada como desfavorável como prática de rotina, pois não havia evidências a respeito da eficácia do procedimento (Diniz & Duarte, 2004).

Com isso, uma série de práticas rotineiras estão sendo questionadas e permitindo a realização de novas pesquisas que evidenciem práticas mais seguras e eficazes em relação às gestantes e ao parto.

4 OS SISTEMAS DE SAÚDE E A GESTANTE NO BRASIL

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância [Unicef] (<https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil/>, recuperado em 20 de junho, 2019), na rede particular no Brasil, as cesarianas chegam a contabilizar 84% dos partos. Entretanto, a análise da Unicef indica uma série de benefícios, tanto para a mulher quanto para o bebê, do trabalho de parto espontâneo, sendo que o mesmo é a única maneira de se ter certeza de que o bebê está pronto para nascer. A entidade preza pela garantia dos direitos da criança, que devem ser iniciados antes mesmo dela nascer e ressalta que, para isto, é necessário que a mãe receba um pré-natal de qualidade e as orientações necessárias para que o filho nasça da forma mais natural possível.

Para auxiliar na conscientização da importância de se esperar o momento adequado de nascimento e assim evitar uma cesárea desnecessária, bem como alguns procedimentos dispensáveis, a Unicef lançou a campanha “Quem espera, espera”. Ela se baseia em informações relevantes sobre a importância dessa espera, bem como no relato de experiências de mães, visando incentivar e inspirar outras mães em relação ao plano de parto no tempo adequado e de acordo com as preferências de cada gestante (Unicef, 2017).

Também num esforço para reduzir o número de cesáreas praticadas no mundo, a Organização Mundial da Saúde [OMS] publicou em fevereiro de 2018, novas diretrizes para estabelecer modelos de atendimento para grávidas saudáveis e a redução de intervenções médicas desnecessárias. O documento considera que o nascimento é um fenômeno natural, e que a gestação pode ser completada sem a necessidade de qualquer intervenção. Cada trabalho de parto é único e a duração das etapas do processo varia de uma mulher para outra (OMS, 2018).

O novo documento da OMS denominado “WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience” inclui 56 recomendações sobre o que é necessário para o trabalho de parto e pós - parto imediato. Dentre as recomendações, inclui-se o direito de se ter um acompanhante à sua escolha durante o trabalho de parto e o respeito pelas opções e tomada de decisão da mulher, inclusive em relação a sua posição e o desejo de um parto natural até a fase expulsiva (OMS, 2018).

Embora haja um esforço hercúleo de órgãos como a OMS e a Unicef no sentido de se diminuir a taxa de cesáreas no mundo, conforme já observado, ainda temos no Brasil a segunda maior taxa mundial desse procedimento, o que acende um alerta no sentido de entender o contexto no qual acontecem estas altas taxas.

4.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO

No Brasil, as primeiras políticas relacionadas à proteção da saúde materno-infantil datam da década de 1920, mas detinham um caráter basicamente biológico e funcionalista, predominantemente médico. Na década de 1940, foi criado o Departamento Nacional da Criança [DNCR] e em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que passa a coordenar a assistência materno-infantil, porém as políticas públicas naquela época atendiam às políticas do Estado Novo, num modelo centralizador e nas ações de puericultura (Tornquist, 2004; Tyrreell & Carvalho, 1995; Nagahama & Santiago, 2005).

Entre o final da década de 1960 e início da década de 1970, surge um modelo de atenção privatista, com base hospitalar e ambulatorial, da qual trataremos de forma mais ampla adiante.

Quanto às políticas Nacionais de Saúde, em 1975, cria-se o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), com diretrizes gerais e específicas aos cuidados materno-infantis que contemplavam programas de assistência ao parto, puerpério, gravidez de alto risco,

estímulo ao aleitamento materno, entre outras diretrizes relacionadas à grávida, à puérpera e ao bebê (Nagahama & Santiago, 2005).

Já em 1980, o Ministério da Saúde cria o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco [PPGAR], na qual a preocupação era prevenir as gestações de alto risco. Em 1984, o Ministério da Saúde criou a Assistência Integral à Saúde da Mulher, com objetivo de incluir a assistência à mulher da adolescência até a terceira idade e em 1988, cria-se o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento [PHPN], que foi um conjunto de ações que tinham como objetivo criar diretrizes para a humanização do parto e a assistência de qualidade à Gestante (Brasil, 2000).

Nesse contexto, uma série de eventos históricos culmina na instituição da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), importante marco na busca pela justiça social e bem-estar da Nação. Com ela foi inserido o direito fundamental à saúde, inclusive, como dever do Estado e instituído o Sistema Único de Saúde [SUS], um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, que proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, o que antes era veiculado apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social. A atenção passa a ser integral à saúde e não apenas de forma assistencial. E, o mais importante, passa a ser um direito de todo cidadão brasileiro (Brasil, 2000).

Em relação à gestante e a criança, a implantação da Constituição Federal preconiza como direito fundamental a atenção à saúde desses grupos no seu Art. 6º, que estabelece como direitos sociais fundamentais: “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância” (Brasil, 1988).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2002) é papel do SUS realizar o acolhimento da Gestante na Unidade de Saúde, ouvindo suas queixas, permitindo que expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde, promovendo a continuidade da assistência, quando necessário. O

Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério traz o acolhimento como fator determinante para o acompanhamento adequado à gestação, tal como a qualidade técnica, e salienta que cabe à equipe de saúde buscar compreender os múltiplos significados da vivência da gestação para a mulher e sua família (Brasil, 2005).

Em maio de 1998, o Ministério da Saúde adota algumas medidas com intuito de reduzir a taxa de cesárea, tais como aumento de 160% sobre os valores da remuneração do parto vaginal e da analgesia do parto. No mesmo ano instituiu o Pacto Nacional de redução das Taxas de Cesárea (Brasil, 2000).

Um dos pontos importantes, em relação ao bem-estar da parturiente no âmbito do SUS, foi a promulgação da Lei nº. 11.108 (Brasil, 2005), na qual passou a vigorar o direito da parturiente a um acompanhante indicado pela mesma, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS.

Já em junho de 2011, atendendo as evidências científicas nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996, instituiu-se a Rede Cegonha no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), visando assegurar tanto à mãe quanto à criança seus direitos fundamentais. No caso da mulher, resguardando os direitos tanto em relação ao seu planejamento reprodutivo quanto à atenção que deve receber durante esse período, e ao bebê, o direito ao nascimento seguro até o crescimento e desenvolvimento saudáveis (Portaria nº 1459, 1996).

Em fevereiro de 2017, por meio da Portaria 353, o Ministério da Saúde aprovou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, com o objetivo de qualificar o modo de nascimento no Brasil. Nesse documento, há uma reflexão acerca do avanço da obstetrícia, que por um lado permitiu uma melhoria nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e infantis, mas por outro, concretizou a ideia de patologização da gravidez, parto e puerpério, submetendo, tanto a mãe quanto a criança, a intervenções e procedimentos desnecessários e

por vezes dolorosos, de forma rotineira e deixando de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, que vão além do ato de parir (Portaria nº 353, 2017).

Em 2016, foi lançada a 3ª edição da Caderneta da Gestante, elaborada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2016), na qual constam, dentre outros assuntos, os direitos específicos por lei para a gestante, a puérpera e o recém-nascido; as diretrizes de atenção do SUS a esse público; os principais acontecimentos em cada etapa da gestação e do parto; bem como diretrizes para um parto adequado e as indicações para a cesárea.

No Estado do Paraná, onde foi realizado o presente estudo, as diretrizes Estaduais relativas ao acompanhamento às gestantes, são subsidiadas pela Rede Mãe Paranaense, a qual visa reduzir indicadores de mortalidade infantil e materna através de um conjunto de ações. A Rede Mãe Paranaense preconiza a captação inicial da gestante para acompanhamento pré-natal e se consolida a partir da implantação dos seguintes componentes: atenção primária, secundária, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas logísticos e regulação do sistema e governança de rede (Secretária de saúde, 2012).

Outro avanço importante do Estado em relação à melhoria das condições de parto foi a aprovação do projeto de lei que dispõe sobre a violência obstétrica, direitos da gestante e da parturiente, revogando a nº 19.207/2017, a qual será detalhada mais adiante (Lei 19701, 2018).

Entretanto, na contramão do incentivo ao parto normal, o estado do Paraná aprovou a lei 20127, de 15 de janeiro de 2020 que dá direito à gestante da escolha pela via de parto cesárea, mesmo sem indicação médica. Porém, a lei foi votada na Assembleia legislativa do Paraná sem consulta a nenhum órgão especializado para a discussão e debate do assunto. A Sogipa – Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná posicionou-se em relação à aprovação dessa lei, reiterando não ter sido consultada para debate e afirmando que a lei está

na contramão das bases científicas para a boa prática da Obstetrícia, atentando ao fato de que a cesárea causa maior risco tanto para a mulher, quanto para o bebê e repudiando as medidas legais tomadas sem amplo debate com órgãos especializados no assunto.

A importância da discussão da lei é que tornar legal a garantia por uma cesárea eletiva, sem a efetiva mobilização de políticas públicas que trabalhem os riscos efetivos e comprovados da cesárea, tende a aumentar as taxas da via cirúrgica e comprometer a segurança de mulheres e bebês, meramente por interesse político.

Percebe-se até aqui que houve um esforço do governo brasileiro no sentido de diminuir as taxas de cesáreas no país, incentivar o parto como um processo natural e fisiológico da mulher, porém, algumas medidas vêm sendo tomadas de forma contrária ao que vinha sido delineado até então. O que vemos é que os índices dessa via de parto continuam altos e com as tendências a minimizar os riscos da via cirúrgica.

4.2 A GESTANTE E O MODELO PRIVATISTA DE SAÚDE

Segundo Pereira Filho (1999), no Brasil, os primórdios da assistência privada surgiram na década de 1960, por incitação das multinacionais que se instalavam no ABC paulista frente às deficiências da Saúde Pública. Essas empresas estimularam médicos a formar cooperativas de medicina em grupo, para assim atenderem seus funcionários de uma forma mais eficiente.

Nos anos 1980, a assistência privada passa a ser suplementar ao invés de complementar, tornando-se autônoma no que tange ao financiamento quanto à forma de captação da clientela (Menicucci, 2007). Segundo o autor, a própria Constituição (1988) permite a dualidade nas formas de atenção à saúde, sendo que ao mesmo tempo em que cria um sistema público universal, permite também a liberdade da iniciativa privada dessa modalidade de atendimento, inclusive com a não regulamentação à assistência privada,

permitindo a ampla continuidade do desenvolvimento deste segmento. O que significa, em termos legais, que ao mesmo tempo em que inova ao constituir uma saúde universal como direito de todos, preserva as práticas já institucionalizadas no campo privado.

Com isto, apesar da criação do SUS, a saúde suplementar continuou a crescer no país, o que para Menicucci (2007) se deve a alguns fatores: primeiramente, a classe trabalhadora resistiu, criando novas formas de assistência à saúde, de forma complementar e paga; em segundo lugar, a universalização não foi acompanhada pela ampliação suficiente na rede pública e por fim, a prática dos convênios expandiu um mercado da medicina e de cooperativas médicas, absorvendo grande parte dos profissionais de saúde. A própria prática governamental incentivou a ampliação das ações privadas, revelando a inexistência de um projeto efetivo de universalização e equalização da assistência.

Ainda, segundo a autora, o setor privado cresceu então à margem de qualquer regulamentação e foi somente em 1998 que foi sancionada a Lei 9.656 que, pela primeira vez no Brasil, regulamentou os serviços oferecidos pela saúde suplementar. Entretanto, este projeto de lei, que inicialmente estava em consonância com o regime instituído pela Constituição (Constituição, 1988), que dispõe: "a saúde é direito de todos e dever do Estado" (art. 196); também dava margem à existência da iniciativa privada, segundo artigo 199 "a assistência à saúde é livre à iniciativa privada" e acabou sendo radicalmente alterada por uma medida provisória, elaborada pelo poder executivo, que permitiu a atividade livre à iniciativa privada, não se aplicando às operadoras de planos e seguros de saúde as exigências de acesso universal e amplitude de assistência (Menicucci, 2007; Pereira Filho 1999).

A regulação tanto significou a constituição de regras, expressas na legislação, como compreendeu a criação de um mecanismo institucional para monitorar e promover a submissão às regras, que foi a Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS]. Mas, devido a

interesses políticos e econômicos, a atuação privada, precede a regulamentação governamental, permitindo uma atuação à margem da preconizada pela Saúde Pública.

Nesse sentido, no que diz respeito à situação da gestante no âmbito da saúde privada, verifica-se uma disparidade no tipo de parto constituído na rede privada em relação à rede pública, sendo que não há regulamentação acerca da escolha da via de parto na saúde suplementar, permitindo que a escolha fique a cargo dos profissionais da saúde, não da mulher.

A ANS informou que 23,7 milhões de mulheres são beneficiárias de planos de assistência médica com atendimento obstétrico no país, porém, no que tange a via de parto realizada nesse público, há índices elevados de parto cesáreo, chegando a 84% contra 37% na rede pública (ANS, 2014).

No Paraná, as taxas são ainda mais alarmantes, contando com o maior índice de cesárea do Brasil, sendo que em seu total, incluindo a esfera pública e privada, foram de 63,5%. Segundo pesquisa realizada por Paris, Monteschio, Oliveira, Latorre, Peloso e Matias (2014), em Maringá, cidade de médio porte na região do Paraná, no decorrer de 11 anos da pesquisa, houve um total de 77,1% de cesáreas e apenas 22,9% de parto vaginal e quando analisados de forma separada, os partos cesáreas na rede privada foram sempre superiores a 90,0%. Constataram ainda que, ao longo do período estudado, as cesáreas no SUS subiram de 41,9 para 65,3% e os partos vaginais diminuíram de 58,1 para 34,7% no SUS e na rede privada 6,3 para 2,2%.

Como forma de tentar diminuir a taxa de cesáreas na rede privada e incentivar o setor a adotar um comportamento mais focado na promoção da saúde e em uma melhor assistência ao parto, a ANS, desde 2004, tem promovido algumas ações. Dentre elas, a criação do Programa de Qualificação para a Saúde Suplementar, com melhor pontuação para os planos que obtêm menor taxa de cesárea e a inclusão, na cobertura mínima obrigatória aos planos de

saúde, da cobertura para parto acompanhado por enfermeira obstétrica e acompanhante, sem cobranças extras (ANS, 2004).

A agência também ampliou o acesso à informação pelas beneficiárias, que poderão solicitar as taxas de cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico – independentemente de estarem grávidas ou não, além da transparência da apresentação do partograma, um importante documento em que constarão informações sobre o que gostariam no trabalho de parto, das condições maternas e fetais. As resoluções propostas pela ANS também incluem a distribuição do Cartão da Gestante com a Carta de Informação à Gestante, informações, orientações e dados de acompanhamento da gestante. Além do mais, caso seja realizada uma cesariana, a paciente deverá assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com informações tais como as indicações e os riscos da cirurgia.

Porém, na contramão das tentativas de diminuição das taxas de cesárea, o Conselho Federal de Medicina (CFM) emitiu o Parecer 39/2012 (CFM, 2012), no qual considera que a cliente que queira escolher o médico para realizar o parto normal, deve pagar pela disponibilidade dele. Ou seja, caso a gestante queira que o obstetra que a acompanhou durante o pré-natal realize seu parto, ela deveria pagar um valor extra ao mesmo, além daquele relativo ao seu plano de saúde, para que ele esteja disponível para atendê-la no parto. No que diz respeito a essa resolução, a ANS (ANS, 2014) e o Instituto de Defesa do Consumidor (Idec, 2012) se posicionaram contra tal pagamento. Todavia, essa medida, muitas vezes, acaba coagindo as gestantes a escolher outra via de parto, influenciadas pelo médico, que lhes fornece um valor alto para a taxa de disponibilidade, porém nenhuma cobrança extra, em caso de cesárea.

Como visto, apesar dos esforços da ANS visa à redução das taxas de cesárea, ainda são apresentados elevados índices nessa parcela da população. Para que haja efetiva diminuição, faz-se necessário compreender como essa cultura da cesárea afeta a escolha das

mulheres, visto que a cesárea parece ter se tornado um produto de consumo. É tal forma que a proporção de cesárea parece aumentar na proporção em que aumenta o poder aquisitivo da população, o que pode explicar, em parte, a diferença entre o setor público e privado. Além do mais, a cesárea se tornou símbolo de status social, bem como de conveniência para mães e médicos que passam a poder programar o nascimento do bebê, além de ser, no imaginário de muitas mulheres, uma forma de evitar a dor do parto (Paris et al, 2014).

Para haver efetiva mudança nas taxas de parto cesáreo, necessário se faz compreender a complexidade desse tema, visto que é uma questão com múltiplos determinantes.

5 SEXUALIDADE FEMININA

5.1 O CORPO BIOLÓGICO E O CORPO PSÍQUICO

A exaltação e a hegemonia do saber poder médico, visto como normatizador das questões referentes ao corpo, foram sendo construídas e entrelaçadas com a construção da medicina como saber científico, conforme já mencionado no terceiro capítulo.

Nesse sentido, Foucault (1999) estudou a história da sexualidade e o controle sobre os corpos, analisados e compreendidos em sua dimensão biológica, como ferramenta da biopolítica do poder. Além disso, considerou as formas fundamentais de regulamentação da vida, dentre elas, a sexualidade feminina que sofreu forte influência sócio-histórica desse jogo de poder, o que segundo Freud (1892/1969) acabou por gerar manifestações psíquicas, tais como a histeria.

Ainda segundo Foucault (1999), a medicina passou a ser dominada e conhecida como uma ciência experimental e exata, na qual não sobra espaço para qualquer elemento desconhecido, que não possa ser observado, dissecado e examinado.

Nesse sentido, o olhar da medicina afasta as questões subjetivas do sujeito, limitando o corpo a um corpo biológico, que pode ser manipulado e nomeado pelo saber médico. Esse corpo, destituído de subjetivação, ainda assim apresenta elementos que escapam do controle da medicina, mostrando somatizações que se tornaram objeto de questionamento para a psicanálise.

Mas, compreender a noção de corpo para a psicanálise não é uma tarefa simples, pois não há um conceito de corpo linear e facilmente compreendido. A noção do corpo, na obra de Freud, perpassa vários textos (Freud, 1892/1969; Freud, 1915/1969; Freud, 1923/2011) aos

quais o autor apresenta aspectos inerentes à sua constituição, que se modificam e vão se modificando ao longo da sua obra.

Embora Freud fosse médico por formação, percebeu que o corpo histérico não se assujeitava a um corpo puramente fisiológico e orgânico, mas a um corpo assinado por marcas subjetivas, ou seja, através de mecanismos conversivos, o corpo manifesta sintomas somáticos que se originam de conflitos inconscientes (Freud, 1892/1969).

Mais tarde, Freud (1905/1976) aborda o corpo permeado por componentes erógenos, sendo que a criança, movida pelas pulsões sexuais, busca a satisfação em diversas de suas partes. Em seguida, Freud (1923/2011), destaca a importância do corpo para a constituição do Eu, pois é a partir das sensações corporais advindas de sua superfície, que o Eu passa a ser formado. Ainda segundo o autor, a dor também auxilia na percepção da ideia do nosso corpo, a partir do conhecimento das sensações. Nota-se então, a importância que Freud atribui à ideia do corpo na constituição da subjetividade, inclusive, no que tange à formação de seus principais constructos teóricos.

No que tange ao parto, há que se considerar que, se for visto como um fenômeno puramente biológico, que deve ser monitorado e controlado por um detentor do saber fisiológico, regulado por uma série de recursos e procedimentos não-naturais, há destituição de aspectos emocionais que o envolvem. Segundo Iaconelli (2013), a situação não permite que se lide com as questões subjetivas adjacentes ao sujeito, impedindo um espaço para as elaborações vividas nesse contexto, negando sua história, sua erogenidade e subjetividade. Essa falta de espaço para a mulher, num momento de intensa transformações em sua vida, pode afetar a representação desse corpo-imagem, transformando-o em um corpo-sintoma, e ocasionando alterações subjetivas em sua estrutura libidinal.

Da mesma forma, Langer (1981) considera que o movimento mecanicista em relação ao parto, no qual os aspectos psicológicos são evitados e até mesmo rejeitados, são uma

tendência da nossa sociedade que vem se tornando “anti-instintiva” (p.211), negando aspectos até então ditos naturais e instintivos do ser humano e substituindo-os por processos mecanizados.

Importante ressaltar que o corpo da psicanálise, ou seja, o corpo pulsional é também regulado pela cultura, sofrendo influências do meio em que está inserido. Dessa forma, as circunstâncias culturais e sociais vão interferir na relação dinâmica pulsional do indivíduo, nas relações com as figuras parentais, pela introjeção dos pais da infância, com todas as interdições e regras que compõem sua história, com toda a severidade imposta pelo superego, tendo em vista as questões edípicas implicadas na formação da subjetividade de cada um. (Freud,1924/2011).

5.2 A VONTADE CONSCIENTE E O DESEJO INCONSCIENTE

Freud (1927/2011), ao situar o homem dentro de um contexto social, no qual está subordinado às leis e às regras, coloca-as como uma das principais fontes de desprazer, porém, extremamente necessárias, para que possa haver uma sociedade; visto que esses ajustamentos mútuos do homem aos grupos sociais implicam em barreiras para a realização dos desejos. Para garantir a civilização humana, o homem precisa se defender de seus próprios instintos, através da coerção e punição.

Mas que instintos são esses dos quais devemos nos proteger? Freud (1927/2011) relata que nascemos com desejos instintuais relacionados ao canibalismo, incesto e ânsia de matar. Mais adiante, a criança, no período edípico, ao perceber o pai em seu caminho em relação ao amor da mãe, passa a ter um comportamento hostil para com o pai, instaurando um novo desejo, o de substituí-lo. Freud relata esse outro desejo instintual em Totem e Tabu (1913/1969), considerando o fato de nos filhos homens, por não aceitarem a condição do pai

ter a posse das mulheres, inclusive sua mãe, de despertar neles o desejo de assassinar o pai e tomar-lhe seu lugar.

Estas leis formadas para garantir o sucesso da civilização, proteger os homens contra essa natureza instintual e ajustar esses relacionamentos mútuos, ao mesmo tempo que são necessárias, serão causa de sofrimento, pois são barreiras que impedem a satisfação de desejos e a obtenção do prazer. O desejo então se constituirá de forma inconsciente e buscará a satisfação exigida pelos instintos.

Neste sentido, vale ressaltar que na concepção freudiana, o desejo nasce da distância entre a necessidade, que visa a um objeto específico e dele se satisfaz, e a exigência, que é formada e dirige-se a outrem, da qual exige ser reconhecido, é a exigência do amor. O desejo para Freud é inconsciente e busca reestabelecer, segundo as leis do processo primário, os sinais ligados às primeiras vivências de satisfação (Laplanche e Pontalis, 1982).

Em relação à pesquisa atual, compreender a noção do desejo se faz importante para que possamos situar e diferenciar o que as mulheres apresentam como desejo manifesto e o que se apresenta como desejo latente. Debray (1988) reitera que a mulher muitas vezes expressa o que deseja de forma verdadeira, porém não consegue alcançar o desejo manifesto. Esse fato se dá porque há uma diferença significativa entre aquilo que se deseja e o que de fato se demanda.

O desejo se manifesta no campo do inconsciente, enquanto a vontade possui expressão no campo do consciente, com isso, o que muitas vezes se coloca como desejo consciente, nada mais é do que a expressão de sua vontade, sendo que o inconsciente se encarregará de cumprir o seu papel de proteção do ego. Ainda neste sentido, Dolto (1984/2004) complementa que a mulher segue um apelo de seu inconsciente na concepção e escolhas de maternidade, pois estes desejos estão inscritos nela, sem que a mesma se dê conta disto. Nesse sentido,

muitas vezes o que a mulher apresenta como expressão de suas escolhas, pode não representar esse apelo inconsciente.

5.3 TORNAR-SE MÃE

No período da gravidez, há uma reestruturação e reajustamento da identidade e dos papéis vivenciados pela mulher, até então. A mulher passa de filha à mãe e no caso de múltiparas, há uma mudança de identidade com a vinda de cada um dos filhos, que ocuparão papéis diferentes e, além disso, toda rede familiar se reestrutura. Esse momento é repleto de sentimentos ambivalentes em relação à nova condição e às mudanças advindas deste contexto (Maldonado, 1982).

Além das mudanças psíquicas e biológicas, a autora chama a atenção para o fato de haver mudanças socioeconômicas na vida desta nova família, bem como a emergência de novos sentimentos advindos dessa nova situação. Todas essas transformações, a vastidão de sentimentos sucedidos por esse período, afetarão a vida familiar e a condição psíquica dessa mulher. A autora ainda caracteriza cada etapa da vivência da gravidez e suas respectivas mudanças psicológicas, resultantes deste período de maior vulnerabilidade e intensas transformações nas quais a mulher se encontra.

Donelli e Lopes (2013) ressaltam que há estudos relacionados à gravidez e pós parto, porém, quando se trata de estudos relacionados ao parto, há uma tendência a isolá-lo a um evento singular, alheio ao ciclo gravídico puerperal, porém, para a mãe se desenvolver como suficientemente boa, necessita de um ambiente que a acolha, inclusive, no momento do parto (Winnicott 1956/2000; Winnicott, 1964/1999).

Tendo em vista o interesse em conhecer o panorama das pesquisas publicadas a respeito da vivência do parto sob um referencial psicanalítico, foi realizada uma busca, em fevereiro de 2020, na base de dados do Scientific Electronic Library Online (SciELO) e dos

Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsic), utilizando-se os descritores: “parto” e “psicanálise”. Utilizou-se como critério de inclusão que fossem artigos científicos relativos ao tema parto, fundamentados na psicanálise, sem restrição quanto à data de publicação.

Na base de dados Scielo, foram encontrados apenas quatro artigos, sendo que dois deles buscavam refletir, teoricamente, sobre questões relacionadas ao parto. Zveiter (2005) reflete acerca do que poderia ser traumático no nascimento, alinhando questionamentos acerca do cuidado exercido no parto e as primeiras experiências do bebê. Enquanto Aguiar, Silveira e Dourado (2011) abordam questões relativas à mãe em sofrimento psíquico, considerando que seria este um objeto de estudo da ciência ou da prática clínica, contrapondo ao modelo da práxis de exclusão do sujeito da ciência moderna, com a perspectiva psicanalítica que compreende o indivíduo a partir de um ser dotado de subjetividade.

Por outro lado, foram encontrados mais dois artigos que analisam, a partir da perspectiva da mulher, questões relacionadas ao parto. Rodrigues e Siqueira (2008) desenvolvem reflexões acerca de uma escuta responsiva à verbalização de dores, medos e seus correlatos na cena do parto. Analisam também as relações interpessoais entre as equipes de saúde com a parturiente como campo de interlocução e acolhimento percebidos pelas mulheres e produtor de efeitos favoráveis sobre as vivências do estresse materno. Enquanto Granato e Aiello-Vaisberg (2009) investigam, a partir de consultas realizadas com gestantes e mães, sob o referencial psicanalítico, a hipótese de que estados psíquicos primitivos são engendrados pela maternidade.

Na plataforma Pepsic, foram encontrados apenas quatro artigos sobre pesquisas relacionadas ao parto sob um ponto de vista psicanalítico. Desses, três artigos são teóricos: Silva e Donelli (2016), realizaram uma revisão sistemática da literatura acerca da depressão e maternidade à luz do referencial psicanalítico; Lopes e Pinheiro (2013), discutiram questões relacionadas à maternidade interrompida por ocasião da morte do bebê no parto ou pós-parto

imediatamente, considerando a partir disso, o efeito traumático dessa situação no psiquismo da mulher; Gonçalves e Macedo (2011), refletem acerca da negação não psicótica da gravidez até o momento do parto.

Por outro lado, Miyazaki, Cordeiro, Almeida e Vercese (2019), descrevem as vivências de mulheres em situação de gestação de alto risco, numa maternidade pública no norte do Paraná. As autoras analisaram as vivências da gestação, do parto e do puerpério imediato. O estudo enfatiza que as mulheres utilizam o corpo como via de expressão do sofrimento psíquico, além disso discorre sobre os sentimentos, expectativas e preocupações concernentes às situações que estavam vivenciando. Percebe-se que ainda existem poucos estudos fundamentados na psicanálise sobre a vivência do parto pelas mulheres em nosso país, entretanto as pesquisas acima relatam a importância e o lugar que a psicanálise pode ocupar nesse momento e o alívio psíquico que pode oferecer como suporte às mulheres.

Voltando às ideias de Maldonado (1982), a autora considera que o parto é um momento crítico do ciclo gravídico visto que é sentido pela mulher, como um rito de passagem de uma situação para a outra, situação que de qualquer forma precisará ser enfrentada e cujo resultado será uma transformação irreversível em sua vida. Outro ponto característico desse momento é a impossibilidade de controlá-lo, ou seja, é um momento no qual há uma tendência do aumento da ansiedade e insegurança, ampliados pela sensação de imprevisibilidade e desconhecimento dos quais não se tem controle.

Todas essas mudanças vão comprometer de alguma forma, portanto, a condição psíquica e a subjetividade dessa mulher que passa então a vivenciar um novo papel - o de mãe. Vale destacar que a vivência em relação à gravidez e ao parto constituem fatores importantes da constituição da mulher enquanto mãe. Porém, também cabe analisar as consequências dessa vivência, da mulher enquanto ser feminino, destituído da posição de mãe, visto que a maternidade é um dos possíveis papéis a ser vivenciado pela mulher, não o

único. Por mais que a gravidez e o parto sejam partes constituintes da mulher enquanto mãe, sua vivência também é importante no que tange a mulher sentir-se como um ser integrado e como um ser total.

Mas quem é a mulher para psicanálise e qual a sua relação com a maternidade? As vivências emocionais da mulher durante o parto e suas implicações, também a construção da vinculação mãe e bebê desde a gestação até os primeiros anos de vida e como esta influencia os aspectos emocionais ao longo da vida do indivíduo têm sido consideradas por diferentes prismas, sob o ponto de vista da psicanálise. Faremos um breve passeio pelos conceitos de alguns autores acerca da construção da feminilidade e implicações sobre a constituição da maternidade. Não há o intuito de fazer um estudo aprofundado do que diz cada autor, mas apenas assinalar alguns pontos importantes de suas obras que podem auxiliar na compreensão do problema da pesquisa em questão.

5.3.1 SIGMUND FREUD

Freud, ao refletir sobre sexualidade feminina, esteve sob influência do contexto de sua época, marcada por intensas repressões ideológicas às mulheres e, todavia, apresentou a histeria como dor psíquica e consequência de uma intensa batalha entre a pressão social e o desejo insatisfeito (Lobo, 2008).

Desde os primórdios da psicanálise, Freud destaca a construção da história psíquica feminina e masculina, bem como a importância das fases pré-edípicas e edípicas, sendo as identificações e a castração consideradas como fundamentais no percurso da diferenciação dos sexos. Como base essencial da concepção feminina, Freud (1905/1976) enfatiza o monismo sexual entre os sexos, sendo que para a criança, o único órgão sexual reconhecido seria o masculino, com o correspondente feminino sendo o clitóris. Em seguida, aponta para o fato da existência de um complexo de castração e da inveja do pênis na menina.

Freud (1924/2011, Freud, 1933/1974) pontua que o percurso da construção psíquica da menina é permeado por impasses, sendo que a mesma, ao longo de sua construção subjetiva, muda sua zona erógena e seu objeto de amor. Por se sentir castrada, ingressa no complexo de Édipo, troca seu objeto de amor, inicialmente pela mãe, e se volta para o pai. Diferente do menino, em que a castração é percebida como ameaça que gera temor, a menina constata a castração, sente-se injustiçada, inicia a “inveja do pênis” (p. 154) e sua entrada no complexo de Édipo. Para Freud, é na maternidade que está a possibilidade de solução do Édipo feminino. Ainda segundo o autor, a sexualidade feminina possui três caminhos a ser seguidos, no primeiro, a menina pode atingir a feminilidade, tomando o pai como objeto amoroso; no segundo, frustrada pela ausência do falo, ela cresce insatisfeita com seu clitóris e renuncia à atividade fálica e à masculinidade; já no terceiro caminho, ela assume a masculinidade, na qual há a fantasia de ser um homem; é neste caminho que o autor explica a homossexualidade.

Para Freud (1931/1976), a inveja do pênis terá desdobramentos marcantes na vida da mulher. Dentre eles, o autor cita o sentimento de inferioridade que terá em relação ao homem, pelo fato de não ser dotada de um falo, bem como a substituição de uma quantidade significativa de atividade sexual e sua substituição pela passividade. Sendo possível, a partir desses desdobramentos, tomar o pai como objeto de investimento amoroso, com a finalidade de conseguir um bebê em troca do pênis.

Outro ponto importante resultante dessa diferença em relação ao período edípico entre meninos e meninas, é que na menina haverá uma fragilidade em sua estrutura egóica, visto que o superego, sendo o herdeiro final do Complexo de Édipo, não se constituirá da mesma forma que no menino, que seguirá temendo a castração. A menina, por não temê-la, não terá, segundo Freud (1924/2011), “um motivo poderoso para o estabelecimento de um superego” (p. 223).

O superego (Freud, 1923/2011) se forma pela introjeção dos objetos edípicos amados e funcionará como uma instância autocrítica, em constante vigilância e censura, decorrentes da internalização das figuras parentais, e representam uma série de padrões sociais. Nesse sentido, Albuquerque (2002), atenta para o fato de que esse superego fragilizado assim se organiza pelo fato de o superego, enquanto decorrente do Complexo de Édipo, não se constituir enquanto a menina encontra-se ligada edipicamente ao pai. Ainda segundo a autora, é importante ressaltar que a ligação da menina com sua mãe não é superada totalmente, fazendo com que a menina não ultrapasse ou supere as fases pré-genitais da libido e os objetos incestuosos. Como consequência disso, o medo de perder o amor mantém a mulher dependente das instâncias parentais, de seu amor e com uma autonomia moral reduzida.

O período edípico adquire então um marco importante no desenvolvimento feminino, sendo que uma série de acontecimentos da vida sexual feminina podem ter referências nessa fase. Como dito anteriormente, a maternidade surge para a menina, como uma das saídas do Édipo, sendo vista por Freud como uma forma que de abrandar o sentimento de inferioridade em relação ao falo, substituindo-o por um bebê, na forma da instituição da gravidez (Freud, 1931/1976).

Em relação ao nascimento, a obra de Freud não se deteve a uma investigação mais aprofundada. Freud (1926/1976), em um dos poucos momentos que toca no assunto, assinala que o nascimento é o protótipo da sensação de ansiedade na aceção de que é a primeira grande experiência, o primeiro estado de ansiedade que o ser humano experimenta.

5.3.2 Melanie Klein

A partir da obra de Klein, a mulher passa a ter um novo lugar na teoria psicanalítica e uma ampliação das concepções de Freud, no que diz respeito à mulher e à maternidade. A mãe freudiana que proíbe e frustra, se transforma em uma mãe que se adapta e compreende as

necessidades do bebê. A partir de Klein, a psicanálise foca nos primeiros estágios da relação de objeto com a mãe e questiona qual seria o seu espaço no mundo do bebê, tentando compreender a psique em seus estágios mais profundos. Com Klein, tem o início de uma teoria que prioriza o cuidado emocional em contraponto à teoria do desejo sexual proposta por Freud (Lobo, 2008).

Diferente da posição freudiana a respeito da feminilidade, Klein não teoriza o feminino a partir de um eixo fálico. A autora buscou explorar condições psíquicas mais arcaicas e primitivas para compreender a psique humana, o que a levou a centralizar na mãe um espaço dentro da metapsicologia psicanalítica, que não existia até então (Klipan & Abrão, 2018).

Além disso, o eixo central de Klein (1952/1978) não está diretamente relacionado às fases psicosexuais, mas ao que denominou posições depressivas e esquizo-paranóides. A autora se refere às posições para descrever os modos de funcionamento das relações com os objetos e os mecanismos de defesa a eles associados. Para a autora, na posição-esquizoparanóide, os sentimentos relacionados aos aspectos bons e maus do seio se mantêm separados, enquanto na posição depressiva são unificados e o bebê acredita que pode destruir o objeto devido a sua voracidade e agressão.

Ainda segundo os autores, na teoria kleiniana, a mãe é o agente castrador original, pois através das fantasias de destruição do corpo da mãe, a criança teme ser castigada e mutilada, que seria representado pela mãe que castra. Essa modificação na concepção da castração, modifica a forma de compreender o complexo de Édipo e a estrutura moral derivada do superego.

Para Klein (1952/1978), a formação do superego ocorre de forma diferente da preconizada por Freud (1923/2011), pois considera que o bebê, a princípio, se relaciona com objetos parciais e projetará impulsos de amor, os quais serão atribuídos ao seio bom. Por

outro lado, também projetará impulsos destrutivos e os atribuirá ao seio mau. Além disso, e de forma simultânea, introjetará o seio bom e o seio mau. Esses primeiros objetos introjetados, vão formar o núcleo do superego. Para a autora, o superego surge antes dos 3 anos, logo mais cedo do que o proposto por seu mentor, e é ainda mais duro, cruel e severo do que o descrito por Freud.

O superego inicial gera terror, as crianças temem ser dilaceradas, cortadas ou devoradas. Esses pavores resultam dos desejos destrutivos da própria criança, desejos estes que estão enraizados nas frustrações vividas nas primeiras relações objetais. Para lidar com essa situação, o ego utiliza energia da pulsão de vida contra a pulsão de morte, sendo essa luta a base do desenvolvimento do superego (Klein, 1927/1996, 1933/1996).

Para a autora, as tendências receptivas femininas levam a menina a ter uma introjeção maior de seus pais e com uma consciência moral mais dura e um superego mais severo do que no menino e a deixa mais suscetível a sentimentos de angústia. Além disso, há para a autora, um desamparo estrutural na condição da subjetiva da feminilidade, que é o medo de perder seu amor, de ficar só e abandonada. Esse medo baseia-se nos impulsos agressivos da criança contra a mãe, advindos dos conflitos edípicos iniciais e é semelhante ao medo da castração masculina.

Em relação aos conflitos edípicos, Klein (1928/1991) reflete que desde os primeiros meses de vida, existe uma triangulação edípica incipiente entre o bebê, seu objeto de amor e o objeto mau. Nesse sentido, o objeto mau representaria qualquer estímulo desagradável que se interpõe à vivência da satisfação da dupla mãe-bebê. No início da posição depressiva, o bebê passa a perceber e a relacionar o seio de forma unificada, assim percebe que o seio possui aspectos bons e maus. Os sentimentos amorosos passam a ocupar um espaço maior, tem-se início o Édipo precoce, na qual o bebê é impelido, pelas frustrações impostas pela mãe, a voltar-se a outras fontes de satisfação, tais como o pai.

A situação edípica provoca grandes quantidades de ansiedade, que advêm das fantasias de ataque ao corpo da mãe e que resultam na imagem de uma mãe má e castradora. Para os meninos, essa ansiedade de castração se relacionará à frustração de não ter um órgão especial e gerador de vida, tal como a mãe e que posteriormente se transformará em agressividade e desprezo e conseguinte, na fantasia de superioridade em relação à mulher. Porém, na menina, essa ansiedade se relacionará a um medo de ter seu interior atacado por essa mãe hostil e ter sua feminilidade devastada, concomitantemente, passa a ter medo de perder o amor dessa mãe (Marchioli e Fulgêncio, 2013).

Em função do Édipo precoce, a menina vivencia ao longo do primeiro ano de vida, uma situação de rivalidade com a mãe, na qual anseia por possuir os conteúdos internos da mãe e também poder experienciar um processo primitivo de identificação com a mesma. Klein (1928/1991) relata três aspectos relativos a esse respeito: o desejo de ter os filhos roubados do interior da mãe; o ciúme em relação aos filhos que essa mãe guardaria em seu interior e que competiriam contigo, tomando seu lugar, caso viessem a nascer; o terceiro objetivo estaria relacionado às tendências sádico-anais ao pênis do pai, que também se encontra no interior desta mãe.

Além disso, a autora assinala que as fantasias e as vivências da menina durante a fase feminina do Complexo de Édipo, vão fundamentar a experiência da maternidade na vida adulta. A menina passa a ter angústias persecutórias no sentido de ter internamente seu corpo destruído, não podendo assim ter bebês, ou caso os tenha, eles também estejam devastados. O nascimento de um filho representaria então que o interior de seu corpo, bem como seu bebê imaginário, encontram-se intactos.

Logo, os desejos, as fantasias inconscientes e sua identificação com sua mãe vão interferir diretamente na forma com que a menina vivenciará a maternidade e no amor que a mulher terá pelo seu filho. Da mesma forma, esse filho repara a frustração de não ter tido um

filho de seu pai, na infância, o que representa a realização dos anseios maternos primitivos (Klein, 1937/1975).

Klein focaliza o mundo interno da criança, todavia, cita a importância de um meio ambiente amistoso como forma de contrabalancear a grande influência de suas fantasias internas, com isso, a criança passa a perceber uma realidade diferente das ansiedades irracionais. Essa realidade torna possível que a criança perceba que não fora destruída e possa, através de processos simbólicos e atos de sublimação, reconstruir as pessoas às quais ela tenha causado dano em sua fantasia (Langer, 1981).

Ao analisar a teoria de Klein, podemos refletir acerca da questão que a autora coloca a respeito do desenvolvimento feminino. A autora atribui ao ambiente uma possibilidade de contrabalancear os fenômenos da realidade interna, porém, numa sociedade patriarcal, em que há uma desigualdade de gênero e a detenção do poder primário e predomínio de papéis, privilégios e autoridades morais atribuídas aos homens, a mulher torna-se duplamente angustiada, tanto pelo superego e a consciência moral mais severa, quanto pela influência do meio externo que poderia amenizar tal severidade interna.

Aliando a severidade maior na mulher, ao fato de ela estar num estado de sensibilidade exacerbada, que é a situação da gravidez e do parto, pode-se supor que é difícil para a mulher se posicionar e impor suas escolhas tanto para o médico, detentor do saber-poder, quanto para a sociedade no geral, que muitas vezes tenta se sobrepor às escolhas individuais.

5.3.3 Donald Winnicott

Os conceitos de Winnicott a respeito do desenvolvimento da feminilidade e da masculinidade seguem de forma diferente da postulada por Freud, que dispõe como linha mestra do desenvolvimento da mesma, a teoria da sexualidade. Winnicott (1962/1963) considera o desenvolvimento a partir de uma tendência ao amadurecimento, ou seja,

nascemos com a capacidade inata para um processo maturacional, o qual pode ter interferências do ambiente que o provê.

Dessa maneira, quando a mãe é suficientemente boa, a criança passa a ser capaz de iniciar a maturação do ego, que inicialmente se dá através de elementos sensoriais e motores que se integram ao ser e criam uma tendência, no sentido existencial. A partir do momento que passa a existir e adquirir suas experiências pessoais, há uma tendência ao estabelecimento de um self unitário (Winnicott, 1962/1983).

Cabe ressaltar que o que acontece nesse estágio precoce do desenvolvimento está diretamente relacionado com a proteção do ego proporcionado pelo elemento materno. Caso haja uma proteção suficientemente boa, essa criança terá a possibilidade de construir uma personalidade de continuidade existencial. De maneira oposta, caso haja falhas ambientais, a criança pode vivenciar um corte na continuidade existencial (Winnicott, 1962/1983).

Desta forma, Winnicott propõe uma nova forma de analisar o desenvolvimento humano. Vamos nos ater, neste momento, de forma sucinta, a um panorama geral de suas ideias relativas ao desenvolvimento da sexualidade feminina.

Segundo Loparic (2005), Winnicott propõe uma nova forma de compreensão para o desenvolvimento da feminilidade, sendo a linha mestra, a teoria do amadurecimento pessoal, na qual a teoria da sexualidade é englobada como um dos pontos de amadurecimento, não o principal.

Ao analisarmos a construção da feminilidade sob esta ótica, podemos encarar a mulher não como um oposto do homem, ou desenvolvida a partir de um norteador que enfatiza inveja do pênis e o Complexo de Édipo, tal como proposto por Freud. Para Winnicott (1990), essa fase do desenvolvimento sexual é apenas uma, das diversas fases através das quais a mulher integrará a evolução de sua feminilidade. O bebê nasce com uma tendência a processo

maturacional e neste sentido, é importante conhecermos sobre o processo de amadurecimento do indivíduo, especialmente da mulher, mas também, a provisão ambiental.

À medida que a menina cresce e se relaciona com outras pessoas, ela amadurece, vivencia e integra uma série de experiências, em diferentes etapas de seu desenvolvimento, que farão parte de sua evolução pessoal e na constituição daquilo que para ela será a feminilidade.

Não se trata de negar a importância do complexo de Édipo, mas de considerá-lo como um, dentre diversos fatores que afetarão o desenvolvimento da menina. Winnicott propõe que inicialmente, o bebê compreende seu próprio corpo através de experiências de excitação, que podem ou não tornar-se experiências integrativas, dependendo da relação estabelecida com seus pais. Posteriormente, no que Freud denominaria fase fálica, Winnicott (1964/1999) faz um paralelo com o que chamou de fase de ostentação e exibicionismo, nas quais as meninas passam a sentirem-se inferiores pelo fato de não terem um pênis, sendo este, um trauma variável de acordo como fatores externos. Todavia, a inveja do pênis existe e causaria uma marca para a menina.

Porém, o autor reitera que na fase seguinte, e esse posicionamento o difere substancialmente de Freud, na genitalidade plena, a menina se iguala ao menino, colocando-se numa posição importante e invejada pelos meninos. É ela que pode atrair o pai e ter bebês. Ainda segundo o autor, a inveja masculina é muito maior do que a feminina, pois o homem tem a inveja, da capacidade feminina plena (Winnicott, 1964/1999).

Ainda sob este prisma, podemos pensar que o papel da mulher na sociedade também exercerá importante fator de influência no desenvolvimento de sua feminilidade, visto que o amadurecimento pessoal não se restringe a questões intrapessoais, mas diz respeito também a sua relação com o meio em que nos situamos. Esse fato se torna ainda mais relevante na presente pesquisa, se analisarmos os lugares ocupados pela mulher, principalmente no que

tange ao desenvolvimento da obstetrícia moderna e à história da parturição, vistos anteriormente.

Ainda sobre ser mulher, Winnicott (1964/1999) propõe que há um fenômeno exclusivo que se chama MULHER (p. 193, grifo do autor). Para o autor, mulher seria a mãe não reconhecida dos primeiros estágios do ser humano, sejam eles homens ou mulheres, porém, especificamente para a mulher, e nesse caso o autor ressalta que em todas as mulheres existe uma tríade composta por três mulheres: a bebê, a mãe e a mãe da mãe. Desde o início, a menina já começa sendo três, enquanto o homem, tende a ser um só.

Desta forma, a feminilidade se encontra numa série de identificações e integrações que a menina faz com as muitas mulheres de sua vida, de seu passado, e com a tríade existente em si. Antes mesmo do início do complexo de Édipo, a menina identifica-se com sua mãe e essa identificação acarretará uma série de desdobramentos.

Embora o autor tenha se dedicado a estudar fortemente a vinculação mãe-bebê, para ele, a feminilidade não está diretamente ligada à maternidade. A mesma é uma das formas de se vivenciar a feminilidade, dentre muitas outras, visto que embora a menina identifique-se com sua mãe, o que lhe possibilita a condição de um dia passar de filha à mãe, ela também se identifica com outras mulheres e pode integrar essas experiências que não estão relacionadas à maternidade.

Winnicott (1990) pontua que a possibilidade de conter um segredo, de sentir-se como detentora de algo especial guardado em si está relacionado à natureza feminina. Posto isso, a mulher que sente que carrega algo especial, se relaciona com o outro de forma a considerar sua experiência, se torna a possibilidade de ser ambiente para o outro, independente de ser mãe.

No que tange a escolha da maternidade, o autor salienta que a mulher saudável apresentará condição psíquica para ser mãe e ao longo de sua história, terá se identificado com a tríade de mulheres que existe em si (Winnicott, 1990, Winnicott, 1964/1999).

Sob o ponto de vista da mulher, a gestação é um momento em que diferentes vivências emocionais colaboram para se constituir como futura mãe, inclusive para alcançar o estado de preocupação materna primária. Winnicott postula a importância de existir um equilíbrio entre o eu e a exigência do mundo externo, para que haja o desabrochar do verdadeiro *self*. Caso haja interferências do meio, como muitas vezes ocorre nesse momento da vida da mulher poderia haver consequências para a vivência psíquica das mesmas? Ao que tudo indica, poderia não só haver ruídos na relação mãe-bebê, mas também na vivência subjetiva da mulher.

Podemos pensar na importância desses argumentos, pois dão indícios de que a relação mãe e bebê só poderá ser satisfatória, após o nascimento, caso a mãe tenha tido um ambiente favorável durante a gestação e parto. Ambiente favorável no que tange, não apenas à escolha do parto, mas a um espaço que possibilite que essa mãe afirme suas escolhas de forma espontânea, não apenas como uma resposta a uma repressão ou a aceitação de uma imposição. Winnicott (1957/1988) ainda lembra que a mulher saudável, não é uma paciente, ela é uma pessoa madura que tem total capacidade de tomar decisões acerca de suas escolhas. Porém, devido à situação do parto, pode encontrar-se num estado de dependência, no qual atribuirá a outro a responsabilidade pelas suas escolhas, por isso, quanto mais ela conhecer e confiar na equipe, melhor será para ela, passar por esta experiência. Todavia, caso seja uma mãe doente, emocionalmente imatura ou desinformada, ela necessitará de uma atenção especial da Equipe que a atenderá.

Após o nascimento, segundo (Winnicott,1957/1988), a mulher encontrar-se-á num estado de imensa sensibilidade, que pode contribuir para a ocorrência de sentimentos

persecutórios. Nesse estado, a mãe possui habilidades e instintos naturais para cuidar de seu bebê, no entanto, caso esteja amedrontada ou não veja seu bebê logo após o nascimento, poderá haver consequências tanto para a mãe quanto para a sua relação com o bebê. Ou seja, caso não haja um ambiente favorável ou o estado emocional dessa mãe não seja saudável, ambos, mãe e filho, poderão ser afetados. Assim, o autor acredita ser de extrema importância que os profissionais tenham esses conhecimentos e capacidade de percepção dos estados subjetivos dessa mulher. Winnicott apontou excelentes contribuições de como a psicanálise poderia auxiliar a mulher neste momento. Entretanto, na nossa realidade, em sua maior parte do tempo, toda essa condição favorável nem sempre ocorre.

5.3.4 Raquel Soifer

Soifer (1980) considera que a gravidez é uma experiência altamente regressiva, na qual a mulher vivenciará novamente sentimentos de ansiedade, proteção, bem-estar, bem como sintomas de outrora. Essa condição regressiva atinge o clímax no momento do parto, momento em que a mulher revive seu próprio nascimento. Ademais, esse momento não diz respeito somente à mulher, mas ao seu companheiro e ao meio social em que ela vive e que também influenciarão e acompanharão seu processo psicológico de regressão.

Pensando sob esse ponto de vista regressivo, é possível refletir e buscar compreender as escolhas e decisões da mulher nesse ciclo. Inclusive, analisando questões psíquicas e as vivências que a envolveram desde bebê, pois as mesmas agora serão revividas e reatualizadas.

Essa regressão vivenciada pela mulher possibilita a identificação com o bebê e é favorecida quando ela tem a sensação de ser cuidada e protegida, assim consegue elaborar os sentimentos de ansiedade característicos do período. Todavia, quando a mesma não consegue tranquilizar esses sentimentos de ansiedade, ela pode vivenciar o momento como um ato de terror no qual se vê vítima de um processo do qual não pode deter o controle e como

consequência, tenta controlar de alguma forma o ambiente, solicitando com frequência intervenções durante o parto (Soifer, 1980).

A autora também descreve movimentos de ansiedade específicos para cada etapa da gestação, que podem durar de dias a semanas e possuem sintomatologia própria, bem como fantasias específicas (Soifer, 1980). No início da gestação, por exemplo, um dos primeiros sintomas vivenciados é a sonolência. A mulher torna-se ensimesmada e encontra-se em estado de torpor e sono, que indica o início da regressão através da percepção inconsciente das mudanças fisiológicas e hormonais, também pela sensação de incógnita em relação a essas mudanças. Concomitante a isto, e com bastante frequência podem aparecer, nos sonhos, elementos que dizem respeito a essa nova situação (Soifer, 1980).

Langer (1981) ressalta que o ambiente social reforça ou não a tendência à maternidade e toda gestação revela, em maior ou menor grau, um conflito entre essa tendência maternal e a rejeição que se baseia em sentimentos persecutórios relativos ao conflito edipiano. Soifer (1980) aponta para o fato de que o mecanismo de defesa mais útil para resolver esse conflito é a negação e a sonolência que, por sua vez, favorece esse estado de negação.

Ainda segundo Soifer (1980), após esta fase, é comum que mulheres sintam náuseas e enjoos que representam por um lado, a incerteza da existência da gravidez e, por outro lado, exprimem o sentimento de ambivalência referente à maternidade e a intensificação das vivências persecutórias frente à maternidade. Aspectos esses oriundos dos sentimentos de culpa infantis concernentes às fantasias de ataque à própria mãe, bem como o desejo de ocupar seu lugar.

A forma como a mulher vivenciou seus conflitos iniciais quando criança vão influenciar a sua própria experiência durante cada gestação. Os sintomas iniciais, indicados pela autora, podem auxiliar na investigação e compreensão dos fenômenos afetivo-emocionais inerentes a esse período gestacional. Se por exemplo, a relação da mulher com sua própria

mãe demonstrar muito conflito, ela poderá sentir uma ambivalência acentuada, traduzida por sintomas mais característicos, tais como uma maior sensação de náusea e vômitos mais frequentes (Soifer, 1980). Compreender essa relação é importante ao profissional da área da saúde, para que ela possa auxiliar a grávida a elaborar essas ansiedades e possa vivenciar de forma mais tranquila sua gestação.

Quando a mulher passa a sentir os movimentos do bebê, os sentimentos de negação, indicados pelo fato da mulher não sentir os movimentos fetais podem ocorrer, mas também é possível haver a projeção de outros aspectos caso os sinta de maneira exacerbada. Esses movimentos bruscos do bebê podem se aliar, de forma inconsciente, como movimentos agressivos e sádicos que ameaçam o físico da mãe. Além desses mecanismos, nesta fase, a gestante também pode recorrer a mecanismos maníacos, que podem se traduzir através de intensa atividade desenvolvida pelas mulheres durante a gestação ou mesmo através de transtornos somáticos, tais como hipertensão, insônia, excesso de peso, entre outros (Soifer, 1980).

Já em relação ao parto, Soifer (1980), aponta para o fato de a experiência constituir para a mulher um episódio irreversível do qual não se pode escapar, sendo necessário enfrentá-lo. Nesse momento, há uma cisão do elo narcísico mãe-filho experimentada como uma perda de parte dela própria e do corpo grávido, além das transformações ocorridas no seio da família para a acolhida de um novo membro.

Essa nova situação na qual a mulher se encontrará após o nascimento do filho, despertará ansiedades específicas que correspondem ao sentimento de perda e terror do ataque frente ao desconhecido, que podem corresponder a situações de despersonalização e imitação do trauma do nascimento. Além disso, esse novo integrante trará um novo desequilíbrio na situação familiar, que já sofrerá oscilações durante a gravidez e concretizará uma situação até então imaginada, que é conhecer a criança real (Soifer, 1980).

Essa passagem de um estado (da gravidez) para outro (do nascimento), reativa profundas ansiedades na mulher e se irrompe na angústia do trauma do nascimento, que possui um caráter invasor e desintegrador. Sentimentos como perda e vazio (de caráter depressivo), castração e castigo (caráter paranóide) se fazem presentes nas vivências do parto e com isso, mecanismos de defesa se estabelecem para a proteção do ego (Soifer, 1980).

Nesse ponto, é importante compreender as vivências de nascimento do ciclo próximo da gestante, principalmente às mulheres de sua família, com prioridade de sua própria mãe. As experiências desse meio influenciarão na maneira que a própria mulher vivenciará seu parto.

Ainda segundo a autora, durante a gravidez, mas de forma acentuada no momento do parto, os mecanismos de defesa que se estabelecem para garantir que o ego conserve sua integração conduzem a especificidades no parto. Podemos citar como exemplo de mecanismo de defesa a negação, que no geral é responsável pelo parto precipitado (Soifer, 1980).

Ademais, a autora compreende que a ansiedade vivenciada pela parturiente se transmite ao ambiente no qual se encontra. A angústia de aniquilamento vivenciada pela mulher, em maior ou menor grau, propaga-se no meio e atinge os familiares e os profissionais da área da saúde que caso não a reconheçam e a compreendam, podem adotar atitudes hostis (Soifer, 1980).

6 TIPOS DE PARTO

6.1 PARTO VAGINAL E SUAS VARIAÇÕES

Atualmente, há uma confusão nos termos relacionados ao parto, portanto, para melhor compreensão do assunto, definir-se-á, o que se entende por parto vaginal, parto normal, parto natural e parto humanizado, para que assim, utilize-se uma linguagem comum ao longo da pesquisa.

Segundo o dicionário Houaiss (2001, p. 2140) “parto é o ato ou efeito de parir. Conjunto de fenômenos mecânicos e fisiológicos que levam à expulsão do feto e seus anexos do corpo da mãe; parturição”. Ainda segundo o dicionário, “parto normal é o que ocorre pelas vias normais, ou seja, pela vagina”. Ademais, o parto vaginal e o parto normal são apresentados como sinônimos.

Entretanto, para Diniz (2001), a definição de parto normal não é algo facilmente padronizável ou universal, devendo ser levados em consideração, para uso do termo, os retrospectos históricos, bem como o seu contexto geográfico ou cultural, visto que até mesmo entre profissionais ligados à área da saúde, há certa confusão nos termos relacionados ao parto normal.

Nesse sentido, Dutra (2005) analisou os diferentes significados dos termos relacionados ao parto para os profissionais de saúde de um Hospital no Rio Grande do Sul e constatou que existem convergências, ambiguidades e conflitos atribuídos às diferentes tipologias de parto, que acabam resultando em desdobramentos relativos a cada um deles. Essa polissemia demonstra a importância não só da compreensão dos termos e seus significados, mas também de como são utilizados e ressignificados como evento cultural e político, além dos efeitos diretos na implantação de políticas relacionadas aos programas federais.

Ainda segundo a autora, dentre as diversas facetas desta reflexão, as significações atribuídas aos termos: parto natural, normal e humanizado ainda são pouco discutidas e compreendidas, muitas vezes havendo confusão nos termos e sentidos. Entretanto, essas concepções embasam os modelos de atenção à saúde, sendo necessárias tanto sua compreensão quanto sua reflexão (Dutra, 2005).

No Brasil, o Ministério da Saúde define o parto normal como o parto de início espontâneo e que possui um baixo risco, permanecendo assim durante todo o processo até o nascimento. Nele, o bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação (Brasil, 2017). Ainda segundo as diretrizes de assistência ao parto normal preconizada pelo Ministério da Saúde, nesse tipo de parto não se deve utilizar fórceps, vácuo extrator ou indução de uma cesariana, sendo que qualquer intervenção deve ser baseada em evidências e em circunstâncias que facilitem o progresso do parto e seu desfecho por via vaginal. Nessa definição, é permitido o uso de ocitocina para estimulação do trabalho de parto, ruptura artificial das membranas e alívio farmacológico (Ministério da Saúde, 2017).

Entretanto, segundo a portaria N° 11, de 7 de janeiro de 2015, que redefine as diretrizes para a implantação dos Centros de Parto normal no âmbito do SUS, o parto normal é considerado aquele com início espontâneo, sem indução, sem aceleração e sem utilização de intervenções como fórceps ou cesariana, também sem uso de anestesia geral, raquidiana ou peridural durante o trabalho de parto.

O que se percebe é que em ambas as definições, o início espontâneo para o trabalho de parto aparece como ponto em comum, porém, diferem no que diz respeito à utilização de determinados tipos de intervenções, tais como o uso de alívio farmacológico, tanto para alívio quanto para a aceleração do trabalho de parto, mostrando que as definições do que é considerado parto normal acabam divergindo dentro do próprio órgão que trata das diretrizes da saúde pública.

Nesse sentido, refletindo novamente acerca das polissemias dos termos relacionados ao parto, Diniz (2001) atenta para o fato de que muitas vezes o que é considerado como parto normal é na verdade o parto vaginal dirigido, ou o parto típico. Ou seja, aquele idealizado pelo modelo tecnocrático, no qual é realizada uma série de intervenções rotineiras não baseadas em evidências, tais como a posição de litotomia (posição deitada com a barriga para cima) e imobilização da mulher no período expulsivo, utilização de drogas para a indução ou aceleração do parto e eventual uso de instrumentos e intervenções como o uso de fórceps, episiotomia, manobra de Kristeller, etc.

Em relação ao parto natural, Silva, Barbieri e Fustinoni (2011) o definem como o parto por via vaginal, no qual são respeitados o tempo da mulher e da criança e não são realizadas intervenções desnecessárias, nem protocolos rotineiros de intervenções.

Dutra (2005) compreende o parto natural como o parto que possui um desencadeamento fisiológico e assistido e com intervenção, apenas se necessária. Por sua vez, no dicionário médico enciclopédico Taber, a definição é a seguinte:

O parto de um feto sem o uso de analgésicos, sedativos ou anestésicos [...]o parto natural veio incluir uma abordagem mais não intervencionista com menos suporte tecnológico e mais embasamento no apoio emocional durante o trabalho de parto e do próprio parto, dentro do que for considerado apropriado (Taber, 2000, p. 1910)

Devido às diversas definições do que seria o parto normal, no presente trabalho a adoção do termo será “parto vaginal”, para designar os partos nascidos por esta via, independente se foram com ou sem intervenções.

Do ponto de vista psicológico, o parto vaginal permite à mulher vivenciar intensamente as emoções desse momento, bem como participar ativamente do processo, o que

geraria uma sensação de gratificação. Entretanto, nesse tipo de parto, caso a mulher não esteja preparada para enfrentar a dor, o mesmo pode ser vivenciado de forma traumatizante, inclusive afetando a vinculação mãe-bebê (Maldonado, 1990).

Por sua vez, Soifer (1980) afirma que as maiores batalhas no momento do parto se travam no inconsciente. Nos dias que antecedem o parto, reaparecem crises de ansiedade que se expressam de forma consciente ante o temor da morte no parto, tanto seu quanto de seu filho, às dores, ao parto traumático. Já no momento do parto, a mulher tende a experimentar angústias que se irrompem no trauma de seu próprio nascimento. Somada a isso, uma série de sentimentos de ansiedade invade a mulher de diversas formas, e com isso, uma série de mecanismos de defesa tenta a proteção do ego.

Ainda segundo a autora, no período expulsivo, diversas fantasias e ansiedades inconscientes se tornam mais acentuadas, fazendo com que a mulher concentre mais em si. Porém, adiante, a fantasia de castração, presente também em outras etapas, desperta o estado de alerta e de medo relacionados à episiotomia, bem como ao temor da castração. Além disso, há fantasias de esvaziamento ou perda de si mesma, que poderão ser superadas pelo desejo de dar a luz, ou, caso sejam intensificadas, podem constituir um obstáculo ao avanço do trabalho de parto e levar a necessidade de utilização do fórceps ou a uma cesariana (Soifer, 1980).

Outro ponto de ansiedade no parto normal, diz respeito à proibição da sexualidade. Ao analisar a anatomia do parto, verifica-se que os receptores sensitivos localizados na vagina registram as sensações de compressão como prazerosas, logo, ao sentir o corpo da criança passar pelo canal vaginal, existem sensações de prazer análogas ao sexo (Soifer, 1980).

Se analisarmos a proibição histórica da sexualidade na sociedade atual, principalmente por parte da igreja católica e especialmente à figura da mulher, podemos compreender os temores característicos ao parto, principalmente por estar tão próximo e ligado às questões sexuais.

Retomando Soifer (1980), a autora relata que após todos os momentos de ansiedade extrema no momento do parto, que constituem estados de confusão mental à mulher, a forma mais saudável de recobrar a identidade perdida seria segurando o recém-nascido em seus braços, pois ele denotaria a especificidade do ato, eliminando as confusões e permitindo que a mãe volte a si. Essa situação, não deveria se restringir, a alguns instantes após o parto, mas deveria ser contínuo logo após o nascimento.

6.2 CESÁREA

A cesárea é uma cirurgia de médio porte na qual são cortadas as seguintes camadas: pele, gordura, fáscia muscular, músculo, peritônio parietal (colado embaixo do músculo), peritônio visceral (que reveste a parede do útero) e, por fim, o útero. Originalmente, era realizada apenas em mulheres mortas para salvar a vida do feto, depois, com a melhoria das técnicas, passou a ser utilizada como procedimento de intervenção, caso houvesse complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o parto. Porém, atualmente, ela vem sendo utilizada de forma rotineira por muitos médicos, inclusive a pedido de muitas mães (Lurie, 2005; Rezende, 1963)

Em contrapartida ao aumento do número de cesáreas, em 1985 a Organização Mundial da Saúde [OMS] atentou para o fato de que uma taxa acima de 15% seria medicamente injustificável. Entretanto, no Brasil, essa taxa chega a 55,6%, na Europa, 25% e nos EUA, 32,8%. Segundo a OMS, a taxa mundial de cesáreas, em 1990 era de 6% e chegou a 18,6% em 2016 (OMS, 2018).

No que tange ao aumento expressivo das taxas de cesárea nos últimos anos, deve ser ponderado, não somente o aprimoramento da cirurgia, mas também a relação com o contexto atual em que vivemos.

Ao analisar o incremento nos índices de cesárea na sociedade atual, podemos pensar, como propôs o sociólogo polonês Zigmunt Bauman (2001), que vivemos tempos de uma sociedade líquida, metáfora de uma modernidade pautada na fluidez, no dinamismo. Refletir sobre uma sociedade líquida é refletir sobre a diversidade de opções que temos atualmente, porém, com tempo escasso para usufruirmos das mesmas. A fluidez do tempo implica na necessidade de resultados rápidos, na comodidade e na praticidade, devido à velocidade do tempo e da quantidade de escolhas.

No contexto de uma sociedade fluida, de consumo, capitalista, o tempo (e a perda do mesmo) é fundamental para as escolhas. Necessita-se de tudo aquilo que seja mais rápido, prático e econômico. Fazendo um elo com esta forma de pensar e o parto, pode-se considerar que o mesmo se enquadra agora no que chamamos da indústria do parto em que se calcula a data provável, agenda-se e realiza-se o parto no horário mais cômodo possível. Numa lógica em que é possível a realização de mais procedimentos em menos tempo, marcando a cesárea em um horário compatível com as diversas atribuições de cada dia.

Foucault (1999) também auxilia na reflexão acerca da banalização da cesárea ao discutir os processos de medicalização e normalização como formas de controle e poder. Os discursos médicos se difundem pelas diversas camadas da sociedade, como formas adequadas de se viver e de se comportar, transformando em normas regulamentadoras da vida, às quais o autor denominou de poder disciplinar.

Por outro lado, a escolha da cesárea pode ter outras motivações, além da rapidez e praticidade a ela associadas. Fonseca (2014) levanta algumas possibilidades sobre os fatores da preferência que levam as mulheres à escolha de uma cesárea, sendo a primeira vinculada à realização da laqueadura tubária, concomitante à cesárea, fator normalmente associado à população de nível socioeconômico mais baixo. A segunda seria vinculada a uma melhor assistência ao parto, tanto no que tange às escolhas de data, médico e local, quanto à

assistência concreta, no que diz respeito às possibilidades de parir sem dor e com tratamentos considerados mais adequados (sem o sofrimento da violência obstétrica relacionada ao parto normal). A terceira é a cesárea de repetição, decorrente da crença popular de que uma vez cesárea, sempre cesárea.

Da mesma forma, Nakano, Bonan e Teixeira (2015) avaliaram em sua pesquisa que as mulheres que preferem a cesárea a relacionam como um procedimento seguro e compatível com o modo de vida moderno, sendo a escolha para tal, uma decisão consciente e que representa uma gestão de vida produtiva.

Porém, segundo Haddad e Cececati (2011), as cesáreas não deveriam ser realizadas em todos os casos, pois possuem definições específicas para que sejam indicadas. Em relação aos motivos de indicação, os autores citam alguns indicadores tais como o descolamento prematuro de placenta (DPP), rotura uterina, placenta prévia, pré-eclâmpsia grave, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), cardiopatia materna, malformação fetal, sofrimento fetal crônico, desproporção céfalo-pélvica, dentre outras indicações, porém, ao analisar as indicações, os autores explicam de forma mais detalhada cada uma delas.

Por outro lado, Amorim, Souza e Porto (2010) relatam que as indicações, segundo a medicina baseada em evidências, são divididas em absolutas e relativas, sendo em sua maioria relativas. Logo, os fatores listados anteriormente podem ser um indicativo para cesárea, mas devem ser analisados concomitantemente, dentro de um conjunto de fatores.

No Brasil, o Ministério da Saúde, a partir da portaria 306, de 28 de março de 2016, aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante com as diretrizes do parto cesariana, com o objetivo de diminuir o número de cesarianas desnecessárias, uma vez que o procedimento, quando não indicado corretamente, pode resultar em morte materna e infantil. Nesse documento constam as recomendações e as qualidades da evidência para que seja realizada a cesárea. Além disso, dentre outras atribuições, a portaria confere as orientações em caráter

nacional, devendo ser adotadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios e obriga a que a gestante esteja ciente, ou seu responsável legal, dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico ou uso de medicamentos para a operação cesariana (Portaria 306, 2016).

Lembrando que as altas taxas de parto cirúrgico são questionadas e criticadas e podem trazer uma série de situações para mãe e filho, como o nascimento de neonatos prematuros, peso abaixo do recomendado, transtornos respiratórios, neurológicos, pior resultado na amamentação, maior probabilidade de ter uma nova cesariana (Faúndes & Ceccati, 1991); 4,35 vezes mais riscos de infecção puerperal, três vezes mais mortalidade materna (Brasil, 2017).

Além dos riscos maiores relacionados à via cirúrgica, devem também ser consideradas consequências econômicas associadas. Segundo Faúndes e Ceccati (1991), se comparado ao parto vaginal, a via cirúrgica implica uma estadia mais prolongada e mais usos de medicamentos e outros materiais. No hospital da Unicamp, houve estimativa de um custo 50% maior para a cesárea, além do custo maior relacionado à prematuridade iatrogênica, visto que bebês prematuros requerem uma maior assistência neonatal e por um período prolongado de tempo.

Do ponto de vista psicológico, Maldonado (1982) descreve que em relação à cesárea a pedido, as solicitantes podem apresentar temores acentuados em relação a questões específicas da gravidez, tais como o medo de aceitar a espontaneidade do parto, a falta de controle, medo de alargamento da vagina e a dor do parto. Ainda sob o ponto de vista psíquico, essa solicitação pode ocultar um medo em assumir a função materna, relegando a outrem os cuidados dela e do bebê.

Da mesma forma, pode estar associada a ideia de ser poupada da dor, transferido a outra pessoa, no caso o médico a responsabilidade por tomar conta de tudo e num nível mais

profundo, pode significar o medo da transformação, sendo que não passar pelo processo ativo no parto simbolizaria o desejo de continuar intacta como antes, negando a mudança e não permitindo a vivência mais intensa dessa experiência. Essas manifestações emocionais relativas ao parto muitas vezes vêm disfarçadas pela racionalização, numa tentativa de encontrar justificativas lógicas para a sua escolha (Maldonado 1990).

Por sua vez, Soifer (1980) ao descrever os mecanismos de defesa utilizados pelo ego no momento do parto, relata a mania, que acomete mulheres que inicialmente toleram bem o início do parto, mas na iminência de uma progressão lenta de trabalho de parto, a defesa se desfaz e dá lugar à ansiedade paranóide com sintomatologia própria e que leva a mulher ou a um parto com fórceps, ou uma cesárea.

Figueiredo (2018), a partir de conceitos kleinianos, faz algumas reflexões acerca de questões da contemporaneidade, mais especificamente, do fundo depressivo contra o qual a sociedade aciona coletivamente mecanismos de defesas onipotentes, de caráter maníaco.

Inicialmente, é preciso compreender que, para Klein, as fantasias relacionadas à defesa maníaca estão implicadas num processo de negação e de onipotência, ou seja, há uma negação de fragilidades, carências, defeitos, falhas e faltas e ainda das perdas e danos causados pelo indivíduo, seja de forma real, seja de forma imaginária. Num sentido mais amplo, em termos de sociedade, a mesma parece ter adotado uma postura avessa a qualquer sentimento relacionado à fase depressiva, tais como o sofrimento, dor e frustrações evitando, a todo custo lidar com a angústia, a falta e a morte (Figueiredo, 2018).

O traço característico da defesa maníaca seria então o estado de hiperexcitação, que surge como um dispositivo para não se dar conta de tamanha angústia, e associada a essa vitalidade excessiva, surge a necessidade imediata de aliviar qualquer tipo de sofrimento (Figueiredo, 2018).

A forma atual de viver, tão bem descrita por Bauman (2001), ao abordar a sociedade líquida, pautada na fluidez de ideias, no individualismo e na ideia de consumo de certa forma remete às prerrogativas de Klein, explicadas por Figueiredo (2018) e que enfatizam a ideia de que todo sofrimento precisa ser evitado e aliviado, sendo possível questionar de que forma o conceito de defesa maníaca poderia auxiliar na compreensão dos motivos que levam a mulher a escolher o tipo de parto.

Analisando a crescente taxa de cesáreas no mundo, especialmente no Brasil, parece sugerir que o procedimento cirúrgico pode expressar a existência de uma defesa hipomaníaca coletiva, no sentido de tratar a vivência do parto, algo tão arcaico e instintivo da vida procriativa da mulher, como um objeto a ser curado de dores e sofrimentos através de procedimentos que colaborem para anestesiá-la a vivência dessas emoções. Ademais, espera-se que triunfem com a negação da dor e do sofrimento inerentes à situação de parto.

É inegável que uma série de batalhas inconscientes é travada durante todo o ciclo gravídico puerperal e elas vão interferir nas escolhas e vivências emocionais das gestantes.

6.3 PARTO HUMANIZADO

O parto humanizado, de forma geral, implica em respeito pelo tempo físico e psíquico de cada mulher, num ambiente que a acolha e no qual qualquer procedimento a ser realizado tenha seu livre consentimento (Carneiro, 2011). Desta maneira, ele pode ser realizado em qualquer ambiente e em qualquer posição, desde que a parturiente tenha solicitado e/ou concordado com este procedimento.

Importante ressaltar que muitas pessoas associam o parto humanizado ao parto na água, ou a uma posição específica, tal como a de cócoras. Porém, embora seja relacionado a terminologias de outros tipos de parto, o parto humanizado não pode ser considerado um sinônimo do parto vaginal e suas variações, pois o mesmo está intrinsecamente relacionado ao

respeito às escolhas da mulher. Considerando, por exemplo, a ocorrência de um parto vaginal no qual a mulher sofreu violência obstétrica, tema a ser tratado adiante, o mesmo não se configura como uma vivência humanizada. Da mesma forma, uma mulher que pariu com todas as intervenções médicas, desde que estivesse de acordo ou que as solicitasse, poderia ter vivenciado um parto humanizado. Nesse sentido, inclusive a cesárea pode ser humanizada.

No Brasil, o movimento de humanização do parto começa a circular em diversos Estados a partir da década de 1970, através de profissionais da área da saúde e de grupos que ofereciam assistência à gravidez e ao parto, que propuseram a mudança nas práticas relacionadas ao parto, com o intuito de garantir uma assistência menos intervencionista, baseada em evidências científicas, com participação ativa da mulher e ênfase nos aspectos socioculturais e emocionais da parturição (Diniz, 2005; Seibert et al, 2005).

Em meados de 1990, o termo “parto humanizado” começou a circular no país em repúdio ao sistema médico vigente e como nova forma de atenção ao parto. Em 1993, um grupo de profissionais da área da Saúde e outros membros da sociedade civil fundam a rede de Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), que tem como objetivo divulgar a assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. Além disso, pequenos grupos e propostas isoladas começaram a surgir em resposta aos questionamentos à forma de parturição tecnocrática vigente até então. Essas propostas foram somadas a concepções e contextos mais amplos, difundindo a ideia do que seria um parto humanizado (Diniz, 2005; Carneiro, 2011).

Ainda na década de 1990, novos avanços surgem em torno do movimento de humanização pelo parto, sendo que em 1994, é inaugurada a maternidade Leila Diniz, no Rio de Janeiro, sendo a primeira maternidade pública denominada humanizada. Outros pontos importantes dessa década foram a implantação do Prêmio Galba Araújo para Maternidades

Humanizadas, com critérios baseados nas recomendações da OMS, e a proposição das Casas de Parto (Tornquist, 2004).

Iniciativas como essas foram precursoras em um processo mais amplo de humanização dos serviços de saúde no Brasil, exigindo uma contrapartida do governo federal em termos desta nova demanda. Então, no ano 2000, o Ministério da Saúde lança o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN (Brasil, 2000) e o de Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (Brasil, 2001), com o objetivo de abranger centenas de instituições. Entretanto, no caso do PHPN, o programa focou de forma descritiva na estruturação de atendimento à gestante, com o objetivo de garantir um padrão mínimo na assistência (número de consultas, a realização dos exames básicos, etc.), mas não assimilou os questionamentos feitos pelo movimento de humanização ao modelo tecnocrático de parturição e sem base em evidências, tornando-se basicamente um instrumento de gestão (Diniz, 2005).

Mas, apesar de uma resposta incipiente por parte do Governo, o movimento continua e, em 2010, o Brasil sedia a III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, contando com profissionais da área da Saúde e ativistas do parto humanizado. Durante sua realização, o Brasil foi apontado como um dos maiores expoentes do movimento por mudanças na forma de nascer (Carneiro, 2011).

Importante ressaltar que o termo humanização, apesar do apelo internacional, ainda é mais utilizado na América Latina. Entretanto, alguns estudiosos da área, sendo sua figura mais expoente Michel Odent (2008), obstetra francês defensor do parto natural, são contra o termo “humanização” do parto, ao invés disto, o médico defende a ideia da “mamiferização” (p.1) do parto. Segundo o autor, deveria ser eliminado o que é especificamente humano no ato da parturição, tais como as interferências, as crenças e rituais, para que a liberação dos hormônios corretos e o funcionamento do cérebro da mulher trabalhem da forma mais natural possível e que tragam mais benefícios a mãe e ao bebê (Odent, 2008).

Todavia, a despeito do termo humanização ainda ser o mais utilizado em nosso país, percebe-se uma polissemia da palavra, sendo que o mesmo pode ter diversos sentidos e significados para diferentes grupos. O termo pode ser entendido como: exigência de uma assistência baseada em evidências científicas, legitimidade política da reivindicação do direito da mulher, participação da mulher nas escolhas conscientes e informadas sobre sua saúde, respeito aos seus desejos ou também como direito ao alívio da dor, como dimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto (Diniz, 2005).

Em nosso ponto de vista, o processo humanizado corresponde ao que foi descrito por Carneiro (2011), no sentido de se respeitar as escolhas da mulher.

O respeito às escolhas da mulher e um ambiente que a acolha, em termos psíquicos, possui extrema relevância pra subjetividade feminina.

Winnicott (1957/1988) escreveu sobre as contribuições da psicanálise para a obstetrícia atentando para ao fato de que o profissional que acompanha o parto deveria ter uma visão da paciente como uma pessoa, dotada de uma história pregressa e de sentimentos que envolvem essa história, para que pudesse melhor atender a parturiente.

Ainda segundo o autor, mais importante ainda seria considerar pelo menos quatro pessoas na cena do parto, que deveriam ter suas necessidades emocionais consideradas. No caso, a mãe, o pai, o bebê que nascerá e a parteira, que não entra apenas como um profissional técnica, mas como uma pessoa dotada de sentimentos, expectativas e fantasias tais como os demais ali presentes.

Além disso, a psicanálise tem mostrado que o processo de parto não passa despercebido pelo bebê, sendo possível que os pormenores dessa experiência permaneçam como registros mnêmicos para ele. Portanto, quanto mais tranquila a experiência do parto, tanto para a mulher quanto para o bebê, mais saudáveis serão as lembranças a ele associadas. Para isto, Winnicott (1957/1988) propõe que o ideal seria a família conhecer antecipadamente

a equipe que a atenderá no parto, para que adquira a confiança necessária para o momento. Caso essa confiança não seja estabelecida, haverá dificuldades em delegar responsabilidades, em confiar no outro e em si mesma, na hora da tomada de decisão, e terá medo no momento do nascimento.

Winnicott pontua que a mulher saudável ao final da gestação e no início da vida de seu bebê, desenvolve um estado psicológico especial a qual denominou “preocupação materna primária” (p. 401) que se caracteriza por uma sensibilidade exacerbada para que ela compreenda as necessidades do bebê e seja capaz de exercer a função materna suficientemente boa, que possibilitará ao bebê alcançar, em cada etapa as satisfações necessárias e as resoluções de conflitos pertinentes a cada fase. Nesse momento, há um estado comparável a uma dissociação, um retraimento da mulher ao qual o autor compara com uma doença (Winnicott, 1956/2000).

O ambiente favorável durante sua gestação, com as informações necessárias e o provimento de uma sustentação de suas escolhas, podem corroborar para um ambiente que lhe seja continente, interferindo para o desenvolvimento de seu estado de preocupação primária e conseqüentemente a construção de uma mãe suficientemente boa (Winnicott, 1956/2000).

De maneira contrária, podemos pensar que um ambiente que a mulher sinta como hostil, pode, principalmente nesse momento específico da vida, em que há um retraimento e uma regressão psíquicos da mulher, afetar de forma negativa esse estado que ela precisa desenvolver para se dedicar ao seu bebê. Poder-se-ia pensar, que esse ambiente hostil pode ser um facilitador para que distúrbios psíquicos se desenvolvam na mulher e que isso poderá afetar, de forma proeminente a vinculação mãe-bebê.

Refletindo acerca do que postula Winnicott, um ponto importante a ser considerado é a possibilidade de maior empoderamento da mulher, caso a sua escolha quanto ao tipo de parto seja respeitado. Fato esse que pode intervir em aspectos relacionados à subjetividade

feminina, à construção simbólica e efetiva da função materna, bem como na sua relação com o bebê.

7 VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN (VBAC)

O VBAC é a sigla de Vaginal Birth After Cesarean, que corresponde à via vaginal de nascimento após uma cesárea prévia. Possui correspondentes, no Brasil, tais como “Parto Vaginal Após Cesárea” (PVAC), “Parto Normal Após Cesárea” (PNAC) ou Nascimento Normal Após Cesárea (NNAC). Como não há um termo único no Brasil que corresponda a essa modalidade de nascimento e o termo VBAC é a denominação mais comum, inclusive no Brasil, optei por utilizá-la no presente estudo.

Em 1916 o médico Edwin Cragin escreveu a frase “uma vez cesárea, para sempre cesárea” (Cragin, 1906, p.3). A frase foi (e ainda é) repetida de forma que ficou enraizada na crença social e médica, considerando que a mulher que tinha um filho por cesárea, estava praticamente fadada a ter os subsequentes por via cirúrgica, devido ao entendimento de que realizar um parto vaginal seria algo perigoso, tanto para sua saúde, quanto para o bebê.

Atualmente, através de evidências científicas, sabe-se que não só é possível, como indicado que a mulher que tenha uma cesárea prévia seja submetida ao trabalho de parto (Polido, 2018). No portal de Boas Práticas do Instituto Fiocruz, a médica obstetra e professora Carla Polido, adjunta na Universidade Federal de São Carlos (Ufscar), relata que a maior complicação que pode ser associada ao trabalho de parto após cesariana é a rotura uterina, entretanto, probabilidade de uma rotura uterina em uma gestante com cesariana anterior é em torno de 0,5% a 1% (Polido, 2018).

Na realidade brasileira, que conta com altos índices de cesariana, o parto vaginal após cesárea é um tema de extrema relevância, visto que a cesárea de repetição aumenta o rol de partos por via cirúrgica.

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS [Conitec] - recomenda e evidencia uma alta taxa de sucesso para a realização de parto vaginal após cesáreas, inclusive após duas cesáreas

anteriores, mesmo que o espaçamento intrapartos seja de menos de seis meses, desde que as condições obstétricas estejam favoráveis. Todavia, o documento recomenda que para três ou mais cesáreas anteriores, seja realizada uma cesariana (Brasil, 2016).

Contudo, as diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal não são específicas em relação às mulheres com cesariana prévia, mas colocam como fator de alto risco, complicações prévias no histórico da gestante, entre elas, uma cesariana (Conitec, 2016).

Verificam-se, mais uma vez, informações não concisas em relação a definições e procedimentos, o que dá margem a interpretações diversas, principalmente pelos profissionais da área de saúde ao nascimento por via cirúrgica.

Fonseca (2014), através de uma análise crítica do discurso de relatos de VBAC, aponta para o movimento em prol da humanização do nascimento em reação à ideologia dominante. O movimento tem alertado quanto à cultura cesarista e a violência obstétrica; também quanto à importância do protagonismo da mulher ao longo de sua gestação e parto, para que seu desejo prevaleça frente ao modelo médico de procedimento existente hoje. Além disso, busca resgatar a feminilidade, bem como o caráter natural e fisiológico relacionados ao parto normal.

Ainda segundo a autora, a mulher que relata um parto vaginal após cesárea retorna ao papel de protagonista que lhe cabe, pois rompe com a estrutura hegemônica dominante e as tradicionais determinações estruturais. No relato de um VBAC, o caso ganha um contorno ainda mais especial, pois além de se desfazer destas amarras, ela o faz, depois de muitas vezes ter sido vítima do sistema obstétrico (Fonseca, 2014).

O discurso de que após uma cesárea não é possível ter um parto vaginal, apesar de evidências científicas contrárias, ainda é muito comum e contribui para convencer grande parte das parturientes a desistir de ter um parto normal. Portanto, segundo a autora, o rompimento dessa estrutura adquire um poder transformador ainda maior “os relatos de parto

normal após cesárea, são, essencialmente, elementos de transformação social, bem como de solidariedade e ajuda mútua” (Fonseca, p. 74).

Tendo em vista o cenário apresentado, no qual, apesar das evidências científicas demonstrando grande probabilidade de sucesso de um parto vaginal após cesárea, há uma série de estigmas ainda vinculados a essa modalidade de parto, foi realizada uma busca de artigos que abordassem a visão da psicanálise sobre o tema.

A pesquisa foi operacionalizada mediante a busca eletrônica de artigos indexados em três bases de dados: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), Pubmed (U.S. National Library of Medicine), em fevereiro de 2020. Foram utilizados os seguintes descritores: “VBAC and psicanálise”, “PVAC and psicanálise”, “PNAC and psicanálise”, “Parto Vaginal and cesárea and psicanálise” e “Parto normal and cesárea and psicanálise” e não foi encontrado nenhum artigo com estas combinações.

No desenvolvimento inicial da presente pesquisa, tal busca também havia sido realizada, sem sucesso de resultados, então a procura foi ampliada, utilizando descritores mais amplos, não focados apenas na psicanálise, visando compreender quais foram as influências na tomada de decisão por um VBAC. Assim foi possível localizar alguns estudos.

A busca foi realizada no período de setembro e outubro de 2018, com a utilização dos seguintes descritores “VBAC and Psicologia (psychology)”, “VBAC and Experiência (experience)”, “VBAC and Decisão (Decision)”, “VBAC and Influências (influences), “Vaginal Birth after Cesarean and Psicologia (Psychology)”, “Vaginal Birth after Cesarean and Experiência (experience)”, “Vaginal Birth after Cesarean and Decisão (Decision)”, “Vaginal Birth after Cesarean and Influências (influences)”, “Parto vaginal após cesárea and Psicologia”, “Parto vaginal após cesárea and experiência”, “Parto vaginal após cesárea and

Decisão”, “Parto vaginal após cesárea and influências”. Optou-se por selecionar o campo “assunto” para a pesquisa.

Os seguintes critérios de inclusão foram adotados: artigos completos, em português, inglês ou espanhol, sem delimitação de data, fundamentados em pesquisas sobre as influências e as experiências da decisão por um VBAC (Vaginal Birth After Cesarean), sob a perspectiva das mães. Definiram-se como critérios de exclusão: editoriais ou cartas ao editor, artigos de opinião e estudos de revisão.

Através da leitura acurada dos títulos e resumos dos trabalhos, a partir dos critérios propostos, foram selecionados 23 artigos, os quais foram analisados criticamente, considerando as características dos estudos realizados e os tipos de influência na decisão pelo tipo de parto após cesárea. Dentre os artigos, oito possuíam uma abordagem quantitativa e 15 uma abordagem qualitativa.

Apesar de o Brasil possuir a segunda maior taxa de cesáreas do mundo (OMS, 2018), de haver um esforço do governo brasileiro no sentido de diminuir as taxas de cesáreas no país (Ministério da Saúde, 2017) e incentivar o parto como um processo natural e fisiológico da mulher, não foi encontrado nenhum artigo brasileiro a respeito do tema. Por outro lado, dentre os países em que o modelo de atenção ao parto é altamente medicalizado (OMS, 2018), os EUA se destaca com o maior volume de estudos sobre a incidência da cesárea. Em 1996 houve programas governamentais de incentivo ao VBAC, para diminuição da incidência de cesárea (Patah e Malik, 2011).

Além disso, destaque também que apenas dois artigos (Konheim-Kalkstein et al, 2015; McGrath et al, 2010) abordaram estudos que envolviam pesquisadores da área de psicologia, o que pode denotar o predomínio de uma visão do processo gravídico como biológico, dissociado da vivência emocional e sociocultural.

Em relação aos artigos quantitativos, verifiquei que seis deles destacam influências dos meios de informação como fontes importantes para a tomada de decisão (Robson et al., 2015; Bonzon, Gross, Karch, & Grylka-Baeschlinl, 2017; Konheim-Kalkstein, Kirk, Berish, & Galotti, 2017; Chinkam, Ewan, Koeniger-Donohue, Hawkins, & Shorten Chinkam, 2016; Biraboneye et al, 2017 e Montgomery et al, 2007), tanto na inclinação para a escolha de um VBAC, como para a cesárea de repetição.

Um dos estudos (Montgomery et al, 2017), demonstrou que mulheres que participaram de programas de informação e grupos de análise de decisão tiveram redução de conflito no que tange à opção pelo tipo de parto, bem como mais chances de escolha de um VBAC. Fato que corrobora a visão de que as informações são importantes aliadas na tomada de decisão e inclinação por um VBAC, tais como verificados por outros estudos (Chinkam et al, 2016, Robson et al, 2015 e Konheim-Kalkstein et al, 2017). Por outro lado, alguns autores ressaltam que a falta de informações influencia na rejeição do VBAC (Bonzon et al, 2017). Além disso, um dos estudos (Biraboneye et al, 2017) alerta para o fato de que apenas 30,6 % das mulheres de sua pesquisa tomavam decisões com base em conhecimentos e informações baseadas em evidências .

Em seis artigos, (Woong, Thomas & Andrews, 2014; Bonzon et al, 2017; Konheim-Kalkstein et al, 2017; Chinkam et al, 2016; Biraboneye et al, 2017 e Attanasio, Kozhimannil, & Kjerulff, 2018), verifiquei uma relação direta entre a preferência da via de parto pelo médico e as tendências de aumento ou diminuição das escolhas pelas mulheres. Em três artigos, (Chinkam et al, 2016; Biraboneye et al, 2017 e Konheim-Kalkstein et al, 2017), havia indicativos de que os provedores de saúde estavam associados à tomada de decisão, relacionados à cesárea de repetição, o que conseqüentemente diminuía a tendência pela escolha de um VBAC. Por outro lado, três artigos: (Woong et al, 2014; Bonzon et al, 2017; Attanasio et al, 2018), verificaram a influência do provedor de saúde no sentido de aumentar

das chances de um VBAC, sendo que parteiras e doulas estavam incluídas neste cenário. Verificou-se também que o desejo da mulher de vivenciar o parto normal também foi mencionado como fator que colaborava com a escolha de um VBAC (Chinkam et al, 2016; Bonzon et al, 2017 e Attanasio et al, 2018).

As pesquisas qualitativas permitiram visualizar de que forma as influências impactavam na vida das participantes. Da mesma forma que nas pesquisas quantitativas, os profissionais da área da saúde influenciavam fortemente a tomada de decisão. Com exceção de dois estudos (Konheim-Kalkstein et al, 2015; McGrath et al, 2010a), todos os artigos selecionados e analisados relataram influências dos profissionais da área da saúde. Da mesma forma que as pesquisas quantitativas, a preferência da via de parto pelo profissional tinha impacto na tomada de decisão com tendência para a escolha de preferência do profissional (Moffatt et al, 2007; Meddings, Phipps, Haith-Cooper, & Haigh, 2007; Farnworth, Robson, Thomson, Watson & Murtagh 2008; Frost, Shaw, Montgomery, & Murphy, 2009; McGrath et al, 2010 b; Devries, 2012; Dahlen e Homer, 2013; Keedle, Schmied, Burns & Dahlen, 2015; Shorten, Shorten & Kennedy et al, 2014; Munro et al, 2017; Chen, McKellar & Pincombe, 2017; Nilsson et al 2017 e Chen, Hutchinson, Nagle & Bucknall et al, 2018)

Em três estudos qualitativos (Shorten et al, 2014, McGrath et al, 2010; Nilsson et al, 2017), as participantes relataram inconsistências nas informações ofertadas pelos prestadores de atenção à saúde, o que causava insegurança e questionamentos acerca das escolhas. Apenas em uma pesquisa, realizada no Reino Unido, as participantes sentiram-se envolvidas no processo de tomada de decisão e os profissionais da área de saúde predispostos ao VBAC (Meddings et al, 2007). Nas demais pesquisas, o processo de tomada de decisão era conflituoso. No geral, as participantes gostariam de ser envolvidas no processo de decisão porém, para algumas gestantes, o processo era tão angustiante que preferiam que os médicos tomassem a decisão por elas (Nilsson et al, 2017 e Frost et al, 2009). Em outra pesquisa, as

participantes relataram que não foram envolvidas no processo de decisão da cesárea, o que as fez desejar uma via de parto diferente, para terem um outro tipo de experiência (Keedle et al, 2015).

Nove artigos mencionam os médicos como favoráveis à cesárea de repetição, fato considerado pelos respectivos autores com enorme grande de influência sobre as escolhas das participantes (Moffatt et al, 2007, Farnworth et al, 2008; Chen et al, 2017; Munro et al, 2017; Dahlen e Homer, 2013; McGrath et al, 2010; Keedle et al, 2015; Chen et al, 2018; Shorten et al, 2014). O hospital também foi citado como tendencioso na escolha, com uma preferência deliberada pela cesárea de repetição (McGrath et al, 2010; Nilsson et al., 2017). Por outro lado, as parteiras foram citadas como influências favoráveis ao VBAC (Farnworth et al, 2008; Dahlen e Homer, 2013; McGrath et al, 2010; Keedle et al e Meddings et al, 2007).

As influências médicas, por vezes demasiadamente enfáticas, e contrárias aos desejos expressos pela mulher, podem afetar questões subjetivas quanto à sua própria construção da maternidade e à relação com o seu bebê, ao retirar o lugar dela como protagonista nas decisões. Em alguns artigos, houve relatos de dificuldades na interação mãe-bebê (Chen et al, 2017; Munro et al, 2017; Nilsson et al 2017; Meddings et al, 2007), bem como sentimentos de frustração e questionamentos acerca de suas capacidades corporais para parir uma criança (Munro et al, 2017; McGrath et al, 2010; Devries, 2012, Keedle et al, 2015; Chinkam et al, 2016). Tais fatos que estas escolhas ressoam em aspectos físicos, psicológicos e sociais destas mulheres.

As informações sobre as opções de parto foram variadas, tanto na quantidade quanto na qualidade das mesmas, sendo que em alguns casos, não houve informação sobre a escolha da via de parto pelo profissional de saúde (Keedle et al, 2015; Chen et al, 2018). Em outros casos, as informações sobre a tendência das escolhas não eram baseadas em evidências

científicas (Moffatt et al, 2007; Farnworth et al, 2008; Munro et al, 2017; McGrath et al, 2010; Meddings et al, 2007; Shorten et al, 2014).

Outras fontes de informação foram citadas nos trabalhos, tais como panfletos informativos, aulas expositivas, televisão e internet. A internet apareceu como fonte importante de procura por informações e também como fonte de apoio em outras mulheres que vivenciaram esta experiência (Farnworth et al, 2008, Munro et al, 2017, Keedle et al, 2015, Chen et al, 2018; Devries, 2012; Konheim-Kalkstein et al, 2015). Para muitas participantes, ler relatos de parto de outras mulheres as auxiliaram a ganhar confiança para uma escolha de um VBAC (Konheim-Kalkstein et al, 2015; Nilsson et al 2017; Munro et al, 2017; Dahlen e Homer, 2013; Devries, 2012). A busca por informações pela internet é um fenômeno característico da atualidade e tem sido considerada uma fonte de informação inesgotável para pesquisa sobre assuntos relacionados à saúde, permitindo um maior acesso ao saber, mesmo para leigos, podendo inclusive proporcionar o empoderamento dos saberes (Targino, 2009).

Também foram considerados importantes para a tomada de decisão, a forma como a mulher vivenciou a cesárea anterior e a expectativa que tinha em vivenciar um parto vaginal. Em sete artigos, a experiência anterior foi considerada traumatizante, acarretando diversos efeitos negativos, no âmbito físico, psicológico e/ou social, como por exemplo, na percepção da relação mãe-bebê, na recuperação cirúrgica e na depressão pós-parto (Farnworth et al, 2008; Chen et al, 2018; Munro et al, 2017; McGrath et al, 2010; Nilsson et al 2017; Meddings et al, 2007; Keedle et al, 2015). Numa tendência oposta, mulheres que tiveram uma experiência considerada positiva com a cesárea, estavam inclinadas à sua repetição (Munro et al, 2017; Meddings et al, 2007; Chen et al, 2017 e Chen et al, 2018).

A vontade de vivenciar o parto vaginal também foi considerado como influente nas escolhas de algumas mães por propiciar uma forma natural de nascimento e que poderia trazer

benefícios para o bebê (Moffatt et al, 2007; Devries, 2012; Meddings et al, 2007 e Shorten et al, 2014). O sentimento de frustração também foi relatado e muitas vezes sentido como incapacidade corporal para parir o bebê. Assim, o desejo pelo VBAC viria ao encontro da superação dessa frustração (Munro et al, 2017; McGrath et al, 2010 e Shorten et al, 2014).

Outras fontes de influência foram citadas em alguns estudos (Farnworth et al, 2008; Konheim-Kalkstein et al, 2015; Keedle et al, 2015; Chen et al, 2018), apontando a importância do apoio e suporte emocional de outras mulheres, companheiros, familiares e/ou amigos próximos para a escolha pelo parto vaginal. A recuperação mais rápida associada ao parto vaginal, com conseqüente retorno às atividades cotidianas, também motivou a escolha por um VBAC, principalmente para mulheres que não contavam com ajuda de pessoas próximas nos cuidados com os filhos (Chen et al, 2017; Munro et al, 2017; McGrath et al, 2010 e Shorten et al, 2014).

Convém ressaltar ainda que o distanciamento entre os partos também influenciava a decisão. Quanto maior o espaçamento entre os partos, maior a chance da escolha por um VBAC (Moffatt et al, (2007), sendo constatado que mulheres que desejavam vivenciar um parto vaginal buscavam espaçar a gravidez deliberadamente (Chen et al,2017).

Todavia, o fato de não haver artigos que analisem a vivência de um VBAC por parte da mulher, fica o questionamento acerca dos motivos que levam a mesma, apesar da falta de indicação da mudança, refletida no imaginário coletivo, a mudar a sua via de parto, contrariando a cultura cesarista.

Cada mulher, a partir de sua história, tecerá os caminhos possíveis para suas escolhas sobre os tipos de parto, entretanto é possível conjecturar a respeito dos motivos que podem levar à tomada de decisão.

Assim, partindo de uma reflexão mencionada anteriormente, porém agora com novos contornos, considerando que o feto representaria, de forma inconsciente e relacionada às

fantasias precoces da menina, algo valioso que teria sido roubado da mãe tal qual o filho pertencente à mãe ou o pênis do pai que a mãe carregava em seu ventre (Klein, 1928/1991). não poderia a gestante, em seu primeiro filho, temer tanto o castigo relativo a este roubo, a ponto de atribuir a outro, a retirada desse bebê, que neste momento simbolizaria este objeto roubado de sua mãe? Todavia, ao perceber que não foi castigada quanto temia, e perceber que seus conteúdos internos não foram destruídos, poderia permitir a si mesma a possibilidade de receber/acolher o seu bebê, a partir da experiência do parto vaginal? Além disso, ao perceber a não punição, poderia passar a elaborar os sentimentos de separação e perda de seu bebê, tanto em nível real quanto simbólico, e a partir disto, através dos mecanismos de reparação e gratidão, ressignificar suas expectativas, transformar os seus atos e suas vivências quanto ao nascimento do próximo bebê?

Complementando algumas das ideias de Klein, Winnicott (1958/1990) descreve a origem do sentimento de culpa e relata que gradativamente o bebê descobre que a mãe sobrevive a seus ataques, aceita seu gesto restitutivo e assim, torna-se capaz de aceitar suas fantasias de impulsos instintivos e desenvolve a capacidade de preocupar-se. O indivíduo passa então a tolerar os elementos agressivos de seus impulsos primitivos amorosos, compreendendo a diferença entre fato e fantasia, da capacidade da mãe em sobreviver e receber o gesto reparador verdadeiro, tornando essa experiência um círculo benigno. Vivencia uma experiência instintiva, aceita a responsabilidade do sentimento de culpa, tem a oportunidade de elaborar essa vivência e assim construir um gesto reparador verdadeiro. Em paralelo a esta situação, podemos refletir se uma via de parto diferente, poderia constituir-se, num gesto reparador verdadeiro, visto que a mulher que vivenciou uma cesárea pode ter tido a oportunidade de diferenciar fantasia e ato, assim elaborar suas fantasias inconscientes e permitir-se viver outra experiência.

Winnicott (1967/1975), ao enfatizar a experiência cultural e o viver criativo, descreve a necessidade de o bebê experienciar no início de sua existência os cuidados adequados do ambiente para que possa viver de forma inventiva e criativa. De forma análoga, podemos questionar se, caso a equipe de saúde e o meio em que a mulher esteja inserida atendam às suas necessidades de dependência inicial e proporcionem um estado de relativa autonomia, ela poderá tomar decisões de forma mais independente e inventiva. Ou, ao contrário, caso a fusão com a equipe de saúde e com o meio não seja desfeita, ela sentir-se-á totalmente dependente e tenderá a apenas a submeter-se ao cuidado total de outrem.

Por outro lado, Bion (1994) nos auxilia na reflexão do problema através da sua teoria sobre o pensar. Para o autor, a experiência de frustração vivida pelo aparelho psíquico nos leva a origem de um protopensamento, fazendo com o que o aparelho psíquico inaugure uma nova forma de pensar. Nesse sentido, a frustração pode contribuir para o incremento da capacidade de pensar sobre as emoções vivenciadas. No caso da mulher que almeja o parto vaginal e não consegue, pode ser que a frustração vivenciada fomente o pensar sobre a situação vivida e favoreça a busca por outra forma de parir.

8 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: AS MARCAS NO CORPO E NA ALMA

A OMS equipara a violência obstétrica com uma violação dos direitos humanos e define a expressão como :

Conjunto de atos desrespeitosos, atos como abusos verbais e psicológicos, negação de direitos da parturiente, maus-tratos e negligência contra a mulher e o bebê, antes, durante e depois do parto (OMS, 2014).

A despeito destes atos, Leal et al (2014) revelam que mais de 70% das mulheres receberam punção venosa, 30% analgesia, 40% receberam ocitocina para aceleração do parto, 92% pariram em posição de litotomia, 37% receberam a manobra de Kristeller e 56% tiveram uma episiotomia realizada. Esses dados mostram um excesso em intervenções que não possuem respaldo científico, sendo que muitas dessas intervenções são consideradas desnecessárias e estão associadas a um aumento do risco para a mãe e o bebê, além do aumento de dor e desconforto. Os dados desta pesquisa revelam que é comum que as mulheres passem por inúmeros procedimentos desnecessários, intervenções dolorosas e sem embasamento científico.

Por outro lado, a Fundação Perseu Abramo, em parceria com o Serviço Social do Comércio [SESC], realizou em 2010 o estudo “Mulheres brasileiras e gêneros no espaço público e privado”, e constatou que 1 em cada 4 mulheres brasileiras relataram sofrer algum tipo de violência no atendimento ao parto (Fundação Perseu Abramo, 2010).

Os números parecem baixos, frente ao número de procedimentos rotineiros desnecessários. Entretanto, podem ser ainda maiores, se levarmos em consideração que muitas mulheres não possuem informações suficientes sobre o que é violência obstétrica.

Alguns procedimentos, atualmente considerados como violência, são tão rotineiros e estão tão arraigados no imaginário coletivo, que a mulher não se dá conta que passou por um ato de violência.

Nesse sentido, convém refletir a respeito do termo cunhado por Marilena Chauí (1985), que abarca a ideia aqui posta. A autora utiliza o termo “violência perfeita” (p. 35) como aquela violência que já está tão interiorizada e banalizada que o sujeito não percebe que está sofrendo violência. A perda da autonomia, neste caso, não é sequer reconhecida:

Chauí (1985) ainda discursa sobre as dimensões socioculturais do fenômeno da violência, especialmente na sociedade brasileira, que tende a cultivar o mito da não violência, sendo a mesma representada de uma forma maniqueísta através de dois grupos: um grupo portador de violência e um grupo não portador de violência. Desta forma, isola-se o ato violento em si, não o percebendo em sua origem, no sentido de uma redução de um outro a coisa, mas como pertencente ou não a determinado grupo. Verifica-se uma tendência em dissimular o discurso violento através de falas mascaradas, como por exemplo, a fala machista de proteção à fragilidade da mulher, inclusive com uma proteção de si mesma, com isso é o homem que deve protegê-la, cuidar dela e de seus interesses. Com esse mascaramento, cria-se uma naturalização da fala machista e uma interiorização desta ideia no imaginário coletivo, cria-se, segundo a autora, a referida violência perfeita.

Do ponto de vista psicanalítico, Melgaço (2005) propõe a reflexão sobre violência a partir de um termo que denominou “violência sutil”. Segundo a autora, toda vez que o bebê tenta expressar um gesto espontâneo e o seu cuidador impede de alguma forma a expressão daquele gesto, a interrupção interfere na formação de sua personalidade, tornando suscetível ao bebê que se crie um falso *self*. De forma análoga, quando pensamos neste conceito referente ao tema deste trabalho, podemos refletir acerca dos momentos de interação entre a equipe de saúde e a paciente, na qual muitas vezes, a mesma ao tentar falar sobre angústias,

medos, dúvidas, pode ser interrompida pelo agente de saúde fazendo com que a paciente interrompa o fluxo das ideias e emoções, não conseguindo mais expressá-las. Com isso, a expressão de seus verdadeiros sentimentos é silenciada e a paciente não conseguirá elaborá-los de forma saudável.

Compreender como se dá a violência, inclusive, nestes detalhes sutis, permite a compreensão de um fenômeno mais complexo e dos valores impressos em determinadas sociedades. Neste caso, conseguimos compreender que a violência obstétrica é como algo que parte de um pressuposto de submissão do feminino; por isso a importância de a caracterizar como uma violência de gênero, concernente à violência contra a mulher.

O problema da violência obstétrica ganha contornos ainda maiores se analisado também o viés racial. Dados do Conselho Nacional de Saúde [CNS] revelam que 60% das vítimas de mortalidade materna no país são negras e em relação ao acompanhamento durante o parto, somente 27% das mulheres negras tiveram acompanhamento, enquanto as mulheres brancas tiveram em 46,2% dos casos (CNS, 2014).

Alguns marcos importantes foram realizados no sentido de contribuir com a saúde da mulher e diminuir os índices de violência obstétrica. Neste sentido, foi criada a Lei 11.108 (Lei 11.108, 2005). Também chamada Lei do Acompanhante, considerada significativa para melhoria do bem-estar da parturiente, nas perspectivas da Medicina Baseada em Evidências e da Humanização do parto. A lei prevê que toda parturiente tem direito a acompanhante de sua preferência no parto e pós-parto. Entretanto, o corpo da lei não institui meios de estabelecer punição a quem impedir ou não fizer cumprir a mesma, por falta de fundamentos no corpo do Código Penal. O que, de certa forma, retira a eficácia da lei como instrumento legal, visto que, caso o estabelecimento não cumpra com a jurisdição, não terá maiores consequências.

Em relação à tipificação da violência obstétrica, é importante ressaltar que não existe um projeto de lei aprovado em âmbito federal. Por outro lado, alguns estados aprovaram leis

estaduais, sendo que no Paraná houve a aprovação do projeto de lei nº 19701 (Lei 19701, 2018), que dispõe sobre a violência obstétrica, direitos da gestante e da parturiente, revogando a anterior, que apenas exigia a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Paraná.

De acordo com a nova lei, configura-se como violência obstétrica:

qualquer ação ou omissão que possa causar à mulher morte, lesão, sofrimento físico, sexual e psicológico; a negligência na assistência em todo o período de gravidez e pós-parto; a realização de tratamentos excessivos ou inapropriados sem comprovação científica de sua eficácia; e a coação com a finalidade de inibir denúncias por descumprimento do que dispõe a lei (Lei 19701, 2018, p.1).

O texto também prevê que a “violência obstétrica pode ser praticada por quaisquer profissionais de saúde, de estabelecimentos públicos ou privados, incluindo redes de saúde suplementar e filantrópica e serviços prestados de forma autônoma” (Lei19701, 2018, p.1), e estabelece uma série de direitos da gestante e da parturiente, dentre eles, o direito ao parto natural, evitando práticas invasivas sem justificativas clínicas.

Todavia, em maio de 2019, o Ministério da Saúde emitiu um despacho, se posicionando contra o uso do termo violência obstétrica. Segundo o despacho, o posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério” (Despacho 9087621, 2019, p.1).

Ainda segundo o documento, o Ministério afirma que vê o termo como inadequado, pois a definição isolada da palavra violência demonstra intenção no ato e, pelo comunicado, entende-se que o profissional da saúde não teria intenção de prejudicar ou causar dano. O

texto afirma que a expressão não agrega valor em relação ao parto e ainda por cima prejudica a busca do cuidado humanizado (Despacho 9087621, 2019).

Esse documento está em consonância com o posicionamento do parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM) publicado em outubro de 2018, no qual se colocam contrários à utilização da expressão violência obstétrica, considerado no parecer como “uma agressão à medicina”(p.1), pois a mesma prejudica a classe e se volta contra os médicos obstetras e ginecologistas, e é uma expressão “impregnada de uma agressividade que beira a histeria” (Parecer CFM 32, 2018, p.2).

Posteriormente, uma série de órgãos em defesa ao direito da Mulher se posicionaram contra o conteúdo do despacho, alegando que tal postura, além de ferir os direitos fundamentais da mulher, dificultará a identificação da violência de gênero ocorrida durante o ciclo gravídico-puerperal. Fatos que vão impactar de forma negativa a saúde pública. Em resposta, o Ministério da Saúde reconheceu a legitimidade da expressão, porém decidiu não utilizar o termo em suas políticas públicas e normas (Cancian, 2019).

E qual a relação da violência obstétrica com o cenário atual referente a alta taxa de cesáreas? Pesquisas demonstram que muitas vezes a violência obstétrica se relaciona com a escolha pela cesárea e a série de intervenções atreladas às rotinas do parto vaginal, contribuem com medo maior pelo parto vaginal aumentando assim as chances da escolha pela cesárea (Pasche, Vilela & Martins, 2010; Leal et al, 2014; Diniz, 2005; Aguiar, 2010). Além disso, como bem pontua Fonseca (2014), o não atendimento ao que a mulher expressa como desejo, com base em ameaças, enganos e mentiras, também se caracteriza como uma forma de violência, nesse caso, uma violência moral da qual a mulher sucumbe pela impossibilidade de resistir contra a autoridade da equipe de saúde.

Do ponto de vista emocional, é impossível não atentar para o fato de que as situações de violência contra a mulher poderão deixar marcas subjetivas em sua constituição e possivelmente na construção da maternidade à qual estará vivendo.

Winnicott (1957/1988) pontua que a mulher precisa de sustentação do meio para proteger-se das interferências externas e exercer a maternidade de forma suficientemente boa. Ela cria em seu corpo e cuidados, um ambiente total para o bebê habitar e neste momento, se encontrará em um estado vulnerável, necessitando de proteção. Além do ambiente protetor em seu lar, a mulher durante a gestação e o parto, necessitará de prestadores de serviço de saúde e um ambiente hospitalar bom, para lhe dar acolhimento e segurança. Caso isto não ocorra, ela pode se sentir desprotegida, bem como comprometer a situação de nascimento do bebê e isto afetar suas condições iniciais de maternagem, gerando, ao invés da experiência do nascimento, um trauma do nascimento (Winnicott, 1956/2000; 1949/1978).

O autor ainda salienta que os distúrbios mentais puerperais, em sua maioria, são resultantes de um possível colapso dessa cobertura protetora à mãe, pois ela não consegue voltar-se para si mesma e atingir a preocupação materna primária (Winnicott, 1956/2000).

Frateschi (2017) ressalta que, para a psicanálise, o corpo é condição *sine qua non* para o psiquismo e possui muitos sentidos, pois é o local no qual o sujeito percebe o mundo e fundamenta seu desejo. Segundo a autora, a experiência obstétrica se dá no corpo e é necessariamente intensa, repleta de excitações, visto que ativa questões relativas à constituição narcísica e a conflitos inconscientes. Nessas situações, naturalmente a mulher há de apresentar inúmeras defesas e, caso o ambiente externo seja inadequado e hostil, a mesma tende a acirrar ainda mais as suas defesas.

Ao lado dos profissionais de saúde, a paciente obstétrica também vivencia conflitos psíquicos e que, justamente por sua vulnerabilidade, mobilizam na figura do atendente poder, submissão e desejos sádicos (Frateschi, 2017). Neste sentido, pensando nas práticas violentas

por parte dos profissionais da área, podemos refletir acerca do que Freud postula sobre o narcisismo. O autor ressalta que o ego utiliza de uma série de mecanismos para a manutenção do narcisismo, portanto, o ato violento praticado teria como finalidade principal, a preservação narcísica do ego, sendo a destruição do outro a consequência deste ato (Freud, 1915/1976).

Como formas de prevenir esses atos violentos por parte da equipe, Frateschi (2017) sugere duas ações: a primeira seria um espaço de diálogos e reflexões para as equipes de saúde, para que possam discutir acerca das experiências obstétricas e perceber as mobilizações de conflitos internos, bem como permitir um espaço para a criação de sentido para eles. A outra ação seria a de regulação do sadismo com a instituição da Lei, primeiramente a lei no sentido real, para que a mesma tenha seu significado simbólico e assim instituir a castração, assimilar as ambivalências, aguentar a frustração e seguir adiante. A lei simbólica aparece como a regra que organiza e interdita a barbárie. As regras e procedimentos precisam ser claros, difundidos e efetivos, para que a transgressão seja coibida. Ainda segundo a autora, essas ações não são garantia de que a mulher não passará mais por atos de violência, mas são um passo importante para a luta. Concomitante a isso, uma série de ações faz-se urgente, tais como a formação mais humana de agentes de saúde, informações pautadas em conhecimentos científicos, aprimoramento da legislação. “A importância dessa mudança, é de marcar socialmente a diferença entre a fantasia e o ato” (Frateschi, 2017, p.1).

9 MÉTODO

No presente estudo, foi realizada uma pesquisa clínico-qualitativa (Turato, 2005), cujo significado e apresentação das coisas são o cerne do interesse do pesquisador e possuem um papel fundamental na vida dos seres humanos. Tomar em consideração o papel das significações desses sujeitos é de suma importância para a compreensão dos sentidos dos sujeitos pesquisados.

Outra característica da pesquisa qualitativa, de suma importância a se ressaltar é que ela tem uma preocupação fundamental: o estudo e a análise do mundo em sua totalidade, valorizando o contato direto do pesquisador com o contexto social e a situação que está sendo estudada.

Para o desenvolvimento da pesquisa, as seguintes etapas foram realizadas:

9.1 AMBIENTAÇÃO E ACULTURAÇÃO

Segundo Ribeiro, Azevedo e Turato (2013), considerando que a pesquisa qualitativa pressupõe um aprofundamento da compreensão dos sentidos e significados de um grupo, se faz importante conhecer o campo de trabalho antes da efetiva coleta de dados. Nesse sentido, convém ao pesquisador realizar a ambientação e aculturação do *setting* a ser pesquisado. Ambientação é compreendida como a adaptação à rotina do *setting*, bem como a captação do cotidiano das pessoas envolvidas naquele cenário. Já a aculturação pressupõe uma incorporação da mentalidade, costumes e valores daquele grupo a ser pesquisado.

Dessa forma, tendo em vista minha atuação como psicóloga na clínica com mulheres, especialmente gestantes, os ambientes nos quais ocorreriam as entrevistas e as possíveis situações em que as mães se encontravam, após o nascimento dos seus respectivos bebês não me eram desconhecidos, pois as vivenciava, tanto no âmbito profissional, quanto na vida

particular, enquanto mulher e mãe. Da mesma forma, os costumes e valores da população estudada também não me eram distantes.

Assim, o processo de ambientação e aculturação implicou verificar se o roteiro de entrevista com questões disparadoras, previamente elaborado, estava adequado. Logo, houve uma entrevista de aculturação, realizada com um sujeito selecionado, para testar o roteiro e adaptá-lo de acordo com os objetivos elencados para o estudo. Após a primeira entrevista de aculturação, foram mantidas as mesmas questões, porém, enfatizando cada um dos partos de forma separada, caso a entrevistada não respondesse de forma livre. A seguir, foi realizada uma nova entrevista de aculturação e o instrumento foi mantido sem alterações.

9.2 CONSTRUÇÃO DA AMOSTRA

As participantes foram convidadas para o estudo, de acordo com os princípios norteadores da amostra proposital ou deliberada, que segundo Pope e Mays (1995, p. 43) é aquela “escolha deliberada de respondente, sujeitos ou ambientes [...] preocupada com uma representatividade de uma amostra em relação total”. Nesse tipo de amostragem, a partir dos pressupostos do trabalho e de acordo com características biopsicossociais, o autor escolhe de forma deliberada quem serão os sujeitos que comporão a sua pesquisa, desde que, segundo sua visão, possam trazer informações importantes para o assunto em questão (Turato, 2003).

A busca por participantes foi realizada através de divulgação em mídias sociais, como o Facebook e o Whatsapp, bem como, através de cartazes, em grupos de gestantes e puérperas do Paraná. Foi disponibilizado o contato da pesquisadora para que as mulheres dispostas a participar da pesquisa entrassem em contato. Participaram 9 mulheres que vivenciaram um parto vaginal após terem uma cesárea prévia.

Em relação ao tamanho da amostra, foi utilizado o critério de saturação teórica, que segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), é uma ferramenta conceitual de utilização

constante em investigações qualitativas no âmbito da pesquisa em saúde e é utilizada para fechar o tamanho final de uma amostra. Nesse sentido, o fechamento amostral é operacionalmente definido como a interrupção da captação de novos participantes quando os dados obtidos que respondam ao objetivo da pesquisa passam a ter uma redundância ou repetição na coleta de dados.

9.3 CUIDADOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética ao qual foi aprovada segundo o parecer : 2.968.551 e CAAE 99421418.0.0000.5231. O sigilo foi assegurado em todas as etapas da pesquisa, inclusive na captação de participantes.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo que após a transcrição, o áudio foi apagado. Com o intuito de garantir e preservar o sigilo das informações, cada entrevistada foi identificada por um código. Todos os nomes citados nas entrevistas foram trocados para manter o sigilo das participantes, além de assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

9.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semidirigidas, com roteiro previamente elaborado (Anexo B), que permite dar relevância à fala do entrevistado e possibilita a extração de dados significativos para nossas indagações. De acordo com Duarte (2004, p. 215), as entrevistas permitem um aprofundamento na problemática que se pretende estudar, sendo que levantará a forma como os participantes percebem e significam a sua realidade, delineando a forma como funcionam as relações estabelecidas naquele grupo

As entrevistas, realizadas no local e horário de preferência de cada uma das entrevistadas, foram gravadas e posteriormente transcritas. Também foram realizadas anotações em diários de campo para que as informações não manifestas pudessem ser incluídas e analisadas posteriormente.

9.5 ANÁLISE DOS DADOS

A partir da escuta das gravações e da leitura das transcrições, foi realizada uma análise de conteúdo, que segundo Campos e Turato (2009) tem por objetivo buscar os sentidos e significados contidos no material colhido. Os resultados foram organizados em categorias elaboradas de forma não apriorística, a partir das respostas das entrevistadas.

Segundo Bardin (2011), é importante seguir procedimentos específicos para se analisar os resultados, com o intuito de apreender o significado de seus conteúdos. Assim, a análise dos dados foi realizada através de três etapas, como sugerido pela autora: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

9.5.1 Pré-Análise

Inicialmente foi realizada uma exploração do material, constituído pelas transcrições das entrevistas e os diários de campo, sem a pretensão de sistematização. Posteriormente, foram realizadas várias leituras do material coletado, com o intuito de apreender de forma sistêmica as ideias e significados dos conteúdos.

A partir da leitura flutuante e exaustiva, foi possível a verificação dos componentes constitutivos do material e assim se construiu o corpus a ser analisado que, segundo Bardin (2011), é uma etapa fundamental para que nenhum elemento da pesquisa seja excluído, por qualquer motivo.

9.5.2 Exploração do Material

Foram selecionados recortes do texto, os quais foram minuciosamente analisados em categorias temáticas. Bardin (2011) define esse momento de codificação como uma transformação que possui regras precisas sobre as informações textuais que representam as características do conteúdo analisado. Para isso, faz-se o recorte, a agregação e enumeração dos recortes.

Para a escolha dos recortes foi utilizada a análise temática, que segundo Bardin (2011), utiliza sentenças, frases e parágrafos como unidade de análise, com temas que compreendam a escolha do pesquisado e vislumbrem os objetivos de pesquisa.

A partir da leitura das transcrições, foram agrupados os assuntos que possuíam semelhança, constituindo as primeiras unidades de análise. A seguir foram elaboradas pré-categorias, agrupadas de forma temática, sendo que algumas foram divididas em subcategorias. Em seguida, as mesmas foram validadas conforme explicitado no item 9.7. A partir de então, foram definidas as categorias finais, apresentadas nesse trabalho.

9.6 TRATAMENTO DOS RESULTADOS

Esta fase compreende o tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos mesmos. Nela é importante captar os conteúdos manifestos e latentes contidos no material coletado e nas categorias de análise propostas (Turato, 2003)

Nesta etapa, categorias formadas foram analisadas a partir de um referencial psicanalítico, que segundo Mandelbaum (2018) tem como pressuposto a compreensão dos sentidos através de dimensões conscientes e inconscientes, verbais e não verbais e que são comunicadas através de experiências emocionais compartilhadas, ou seja, por meio de comunicações inconscientes que utilizam mecanismos de introjeção e projeção. Além disso, o

pesquisador utiliza como forma de instrumento para a compreensão dos sentidos e significados das vivências, sua própria subjetividade que auxiliará na elaboração do significado das experiências.

9.7 VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS

Como forma de validação dos resultados, foi optado pela validação pelos pares, pela comunidade acadêmica, que segundo Alves-Mazzotti (2006), trata-se de um diálogo do pesquisador com a comunidade acadêmica, que resultará num processo de produção coletiva do conhecimento e auxiliará na confiabilidade dos resultados.

A validação das categorias foi realizada no Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise (LEPPSI) da Universidade Estadual de Londrina. A princípio, o material completo até então (o projeto de pesquisa, as transcrições, bem como os resultados) foram enviados a quatro integrantes do Laboratório, para que lessem e opinassem sobre possíveis categorias a serem formadas ou reformuladas. Aos demais integrantes foram enviadas apenas as transcrições de entrevista. O projeto de pesquisa foi apresentado e discutido em reunião científica do LEPPSI (Laboratório de Estudos e Pesquisas em Psicanálise), na qual foi solicitado que os participantes que receberam apenas as transcrições pudessem expor as possíveis categorias que formaram a partir da leitura dos dados. Posteriormente, os participantes que receberam o material completo deram seu parecer sobre as categorias previamente elaboradas. Assim, após esta validação, as categorias foram redefinidas.

Em um segundo momento, a análise dos resultados foi apresentada no LEPPSI, contando com a participação de uma psicóloga convidada, que atua da maternidade do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, como debatedora externa, para discussão dos resultados. O material foi encaminhado para os participantes do grupo, bem

como para a debatedora externa. Em seguida, o mesmo foi apresentado e discutido em reunião científica do laboratório para que fosse validado.

10 RESULTADOS E DISCUSSÃO

10.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Participante	Grau de Escolaridade	Idade da participante	Idade dos filhos		
			1º Filho – Cesárea	2º Filho - Cesárea	Filho parto Vaginal
E1	Superior Completo	35 anos	3 anos		3 meses
E2	Superior Completo	25 anos	2 anos		9 meses
E3	Ensino Médio Completo	36 anos	3 anos		10 meses
E4	Superior Completo	32 anos	4 anos		1 ano
E5	Superior Completo	29 anos	5 anos		1 ano
E6	Superior Completo	36 anos	5 anos		2 anos (gêmeos)
E7	Superior Completo	30 anos	4 anos		2 anos
E8	Superior Completo	33 anos	10 anos	2 anos	3 meses
E9	Superior Completo	33 anos	10 anos	7 anos	2 meses

Tabela 1 – Caracterização das participantes

10.2 CATEGORIAS

A partir da leitura dos dados coletados, foram construídas quatro categorias, que serão analisadas a seguir: A escolha pela cesárea, Cesárea: vivências emocionais; A busca pelo parto vaginal após cesárea e Parto Vaginal: vivências emocionais.

Ao longo do texto, foram colocadas vinhetas, contendo trechos das falas das participantes durante as entrevistas, visando ilustrar e exemplificar as questões que suscitaram a elaboração das categorias de análise.

Para facilitar a compreensão do que se passava durante as entrevistas, foram utilizados os seguintes recursos gráficos: palavras ou frases em negrito, representando o momento que a entrevistada deu ênfase nas palavras ou frases; reticências, quando a participante fazia uma pausa, de pelo menos três segundos na fala; parentêses, para colocar algumas impressões relatadas no diário de campo, acerca da fala das participantes. Os nomes citados nas vinhetas

foram alterados, para que não houvesse identificação de qualquer participante ou das pessoas do seu convívio.

10.2.1 A Escolha Pela Cesárea

A partir das falas das entrevistadas, foi verificado que inicialmente contavam como havia sido a escolha pela via cirúrgica e assim, foram agrupadas todas as falas que diziam respeito a esse tema. Percebeu-se então, que as unidades de significado relacionadas ressaltavam aspectos diferentes. Assim, foram criadas três subcategorias que englobaram as influências para a escolha do parto pela via cirúrgica: a escolha final realizada pela mãe, influências familiares e influências da equipe de saúde.

10.2.1.1 A escolha final pela mãe

Foram incluídas nessa categoria, as falas de participantes que declararam terem sido elas a tomar a decisão pela escolha. Inicialmente, analiso os motivos para essa decisão, mas não obstante, para além do conteúdo manifesto, refletirei acerca das demais influências possíveis que auxiliaram na tomada desta decisão. Não se trata de questionar suas escolha, mas de problematizá-las. Relembrando que existem conteúdos latentes por trás dos conteúdos manifestos. Dessa forma, além da análise da escolha em si, vamos refletir sobre o contexto em que as mesmas foram realizadas.

Então, ela assim me perguntou: ‘Você quer me deixar continuar em trabalho de parto ou vamos continuar na cesárea?’... mas assim.. o bebê **não ia** virar, ia ser uma cesárea, então trabalho de parto ia ser o trabalho de parto **por si só**, não ia ter a finalidade de parir, então falei assim: ‘não, podemos ir para cesárea’ (E1)

Na primeira gestação, o bebê da participante E1 não estava em uma posição propícia para o nascimento e havia pouca probabilidade de ele se posicionar de forma a facilitar o processo. Diante disso, a escolha da mãe foi não passar pelo trabalho de parto vaginal, que segundo a mesma, “não teria a finalidade de parir”. Assim, a escolha pela forma de nascimento ocorreu pela cesárea, que apresentaria menos riscos à mãe e ao bebê. Nesse caso, a participante tinha conhecimentos prévios a respeito dos riscos de nascimento na posição pélvica e optou pela cesárea, por considerar a forma de nascimento mais segura. Nesse contexto, o princípio de realidade (Freud, 1920) se fez presente como regulador, no sentido de modificar o caminho percorrido pela pulsão para atingir a satisfação.

Todavia, como foi citado acima, é importante reiterar o quanto as questões inconscientes podem trabalhar como forma de proteção do ego e refletir sobre as manifestações corporais e orgânicas que podem estar a serviço de uma manutenção psicodinâmica das pulsões. Logo não se trata, em nenhum momento, de culpabilizar a mulher pelo desfecho contrário à vontade expressa, mas de posicionar a psicanálise como um aliado a uma escuta responsiva, capaz de auxiliar nas elaborações das angústias vinculadas às escolhas inclusive e, especialmente, relacionadas às questões inconscientes.

O primeiro foi cesárea. Por opção minha...e do médico. Foi assim, eu imaginei que fosse ser mais complicado, mas foi bem tranquilo [...] Eu tinha muito medo, **da forma como ia sair da criança**, então optei pela cesárea (E3).

Eu entrei em trabalho de parto e eu pedi pra ir pra cesárea, e o médico em todo processo perguntou se eu tinha certeza, falava “vamos tentar o normal, tem tudo para dar o normal certinho, olha só, tá tudo bem não tem nenhuma intercorrência, não tem nenhum problema e tal”, mas eu tinha **medo, muito medo** (E4)

Embora elas não tenham verbalizado, de forma explícita as razões para os seus medos, pode-se perceber uma angústia frente ao parto. Na primeira fala, a participante E3 relata que tinha “medo da forma como ia sair a criança”. Essa frase parece revelar não apenas o medo pelo ato do nascimento em si, mas as fantasias que envolvem o nascimento de uma criança, inclusive no que tange à integridade física da criança, à desconstrução do bebê até então idealizado e o encontro com o bebê real (Soifer, 1980; Maldonado, 1982).

Importante salientar, como reflete Soifer (1980), que diversas angústias e ansiedades circundam o processo gravídico e se intensificam no momento do parto. Esse momento do nascimento reativará ansiedades profundas na mulher que podem ser sentidas como de caráter desintegrador e invasivo, logo, como forma de se proteger, a mulher pode utilizar alguns mecanismos de defesa. Um desses processos é a negação, na qual a mulher se recusa a vivenciar esse momento de dor e transformação e pode, dessa forma, projetar a outro, a responsabilidade pelo nascimento de seu filho.

Da mesma forma, diversas fantasias são acionadas pela mulher nesse momento, e no processo de negação das dores e angústias advindas, levanta ainda mais defesas que podem contribuir para evitar a vivência emocional sentida até então como aniquiladora. Além da negação dessas angústias, pode haver o desejo de onipotência em relação a triunfar sobre a dor do parto, de não senti-la e não ser aniquilada por ela (Klein 1932/1982). Nesse sentido, a cesárea pode aparecer como subterfúgio à vivência da situação sentida como angustiante. Não significa, todavia, que a mulher não sentirá nada na cesárea, mas num processo inconsciente, espera que a via cirúrgica a livre dessas sensações, e delega a outrem a responsabilidade por essa transformação.

Ainda em relação à solicitação pela cesárea, Maldonado (1982) reitera que as solicitantes apresentam outros temores relacionados ao parto, tal qual a falta de controle que se tem durante o trabalho de parto. Para mulheres que gostam de ter o controle sobre os

acontecimentos, e medo da perda do controle egóico, este temor fica ainda mais acentuado, visto que no parto vaginal não é possível controlar os acontecimentos. Além disso, ao solicitar a cesárea, a mulher pode transferir a responsabilidade do ato a outra pessoa, novamente negando a vivência das transformações advindas do parto.

Além das defesas já citadas acima, a mulher que solicita a cesárea, muitas vezes utiliza a racionalização para justificação dos atos, encontrando uma explicação que seja tolerável para sua escolha, o que implica, muitas vezes, em não questionar as decisões médicas quando indicada uma cesárea, ou não mudar de médico, mesmo sabendo que ele tende a levá-la a esse tipo de parto. Ademais, há temores ligados a questões físicas, como o medo da dilatação e do alargamento vaginal (Maldonado, 1990). Esse medo, além dos aspectos psíquicos envolvidos, possui também um engendramento histórico, no qual, por muito tempo, foi disseminado esse tipo de informação e, por vezes, além do processo natural do parto vaginal, o qual pode acontecer uma laceração natural na vagina, há o processo de episiotomia que se tornou prática corriqueira nos procedimentos obstétricos no Brasil. Tanto o alargamento vaginal, quanto a eficácia da episiotomia, já foram esclarecidas pela Medicina Baseada em Evidências (Diniz & Duarte, 2004), que comprovou que não teriam fundamentação científica. Porém, esses medos já estão arraigados no imaginário coletivo, o que favorece que persistam, mesmo com evidência científica contrária.

Nas questões relacionadas ao parto, vemos o quanto de energia psíquica é despendida para manutenção desse imaginário coletivo. Ao analisar toda a construção histórica no campo obstétrico, repleta da utilização do saber-poder (Foucault, 1976/1999) ligado à instância médica, bem como a práticas negativas associadas ao parto vaginal, que violentaram física e psicologicamente uma série de mulheres, pode-se refletir no quanto precisamos caminhar para desmistificar esses medos relacionados ao parto. A antropologia demonstra que tribos nas quais o parto vaginal é considerado algo natural no qual não há sofrimento físico associado, as

mulheres dão a luz, sem demonstrar dores (Langer, 1981). Esse fato ressalta a ideia proposta por Aiello-Vaisberg & Ambrósio (2006), considerando que o imaginário coletivo acerca de determinado assunto influenciará diretamente nos valores, crenças e modo de agir daquele grupo social. Assim, desconstruir a ideia de sofrimento aliada ao parto pode contribuir para uma vivência menos sofrida para a mulher, nesse momento de sua vida.

A participante (E4) também revela um medo, não direcionado e não nomeado, só revela o fato de ter “medo, muito medo”. Novamente, podemos supor que este medo se relaciona as angústias frente às fantasias do nascimento. Fantasias essas que estão relacionadas à separação mãe-bebê, ao seu conteúdo interno preservado ou destruído (Klein), e revivescência de seu próprio nascimento (Soifer, 1980).

Além das angústias reveladas, ao verbalizar o medo vivenciado, podemos, novamente, refletir acerca da construção social referente ao parto, como já citado anteriormente. Apesar do parto ser um episódio comum na vida reprodutiva da mulher, em nossa sociedade, o parto é tido como algo doloroso e acompanhado de diversos riscos (Maia, 2010). Mesmo a medicina tendo avançado em diversos pontos, reduzido a mortalidade materno-infantil e amenizado consideravelmente a dor do parto, ainda assim, o medo do parto e as suas dores estão presentes no imaginário coletivo da maioria das gestantes.

Na bíblia (Genêsis, 3:16), as dores do parto são consideradas como castigo pela mulher infringir as leis divinas e não obstante, essa associação se faz presente na crença e nas falas da sociedade. Num país majoritariamente cristão como o nosso, essa crença pode adquirir poderes ainda mais potentes nas fantasias inconscientes das mulheres e influenciar a forma como se age em relação ao fenômeno.

Como já citado anteriormente, a antropóloga Margaret Mead (1961) revela que em povos que consideram o parto como algo fácil, as mulheres tendem a dar a luz com facilidade. Da mesma forma, o médico Grantly Read (1944), por sua vez, afirma que o parto dói, porque

a mulher, de antemão, já espera a dor, porque desde a infância é inculcada a ideia de que o parto deve doer, criando uma espécie de reflexo condicionado à dor (citado por Langer, 1981).

Ambos os estudos revelam que o meio em que estamos inseridos influencia a vivência relacionada ao parto. Da mesma forma, a psicanálise revela que, por trás de um medo manifesto, há diversos conteúdos latentes envolvidos. Sendo assim, a forma como nossa sociedade atual enxerga o parto pode influenciar diretamente a forma como a mulher o vivencia. Toda essa construção associada à dor, à punição e ao medo trazem marcas inconscientes que podem interferir nas escolhas pelo tipo de parto e nas respectivas vivências emocionais.

Vemos a seguir uma outra fala que revela um aspecto referente a escolha pela cesárea.

Eu tinha na minha cabeça e era o que eu via onde eu trabalhava, o pessoal mais bem de vida, o pessoal do administrativo tinha cesárea e o pessoal da produção (mudou entonação, como se fosse um tom de conclusão de raciocínio), era parto normal. (E5)

A decisão tomada pela (E5) revela outro ponto relacionado à história da obstetrícia moderna, principalmente no Brasil em que a cesárea esteve associada ao poder aquisitivo e status social.

De certa forma, a fala da participante corrobora os achados de alguns estudos relacionados ao alto índice de cesárea, considerando que mulheres com nível socioeconômico mais alto e com maior nível de escolaridade são as que mais realizam cesarianas (Faundes e Cecatti, 1991; Haddad et al, 2011). A cultura que envolve a cesárea, possui além da dimensão social e histórica na qual foi construída, um engendramento com as questões capitalistas de consumo, na qual possibilita um planejamento maior por parte das famílias e uma maior

comodidade médica. Importante ressaltar que Freud (1915/1976) salienta a influência do ambiente cultural para que o status de civilização possa ser alcançado, para isso, faz-se necessária a renúncia da satisfação instintual individual, em prol do processo civilizatório.

Nesse sentido, as histórias que permeiam a construção da cultura cesarista, influenciam de forma considerável a escolha pela via de parto cirúrgica.

10.2.1.2 Influências familiares

Nas vinhetas abaixo, as falas mencionam aspectos referentes às influências familiares e a imagem do parto normal como sinônimo de dor e sofrimento.

[...] mas a minha irmã mais velha falava assim: “você é louca. Você tem que ter a cesárea. Você faz só faz isso, isso e isso e não fica sofrendo (E2)

Minha mãe tinha medo que acontecesse alguma coisa, quando eu fui nascer ela queria parto normal, ela queria parto normal, ficou lá várias horas em trabalho de parto e colocaram fórceps para me tirar pelo parto normal, não era pra eu ter nascido se não fosse a cesárea, então ela não queria que eu passasse por isso...então.. ela não queria de jeito nenhum. [...] uma amiga da minha mãe tinha um filho e a mulher dele fez um parto normal pelo SUS e assim...ela teve um tratamento assim de violência absurda e o filho nasceu com problema, então ...faltou oxigenação e o menino tem um retardo mental muito forte (E4)

A minha mãe teve corte nas três gestações, para ela era normal fazer episiotomia, mas não é normal. A episiotomia era super normal, então não tem, sabe...? "ah, eu tive um parto normal", mas com todas essas violências sabe? (E7)

O meu marido, a minha mãe, eles não queriam que eu fizesse parto normal por todos os riscos que giram em torno disso, por todo histórico de violência que a gente conhece...mais isso do que o processo humanizado...que ele deveria ter [...] Ele tinha medo de como ia ficar lá depois, sabe? (E4)

Vemos nessa categoria, o quanto as figuras familiares, principalmente as parentais, se fazem presentes e influenciam na escolha das entrevistadas, tendo em vista tanto os conselhos, quanto as opiniões sobre o melhor tipo de parto, através de comentários e histórias de violência que permeiam o imaginário coletivo.

Estudo realizado por Nakano et al (2015) também verificou que o campo imaginário das mulheres sobre o parto vaginal é carregado de imagens de cunho negativo, associadas também a programas televisivos e outras mídias, bem como histórias de violências veiculadas ao parto normal, sendo então, a cesárea uma alternativa para evitar a vivência dessas situações de riscos, dores e violências. Do ponto de vista psíquico, o imaginário coletivo (Aiello-Vaisberg & Ambrósio, 2006) a respeito do parto vaginal, ao se relacionar com a ideia de sofrimento e dor, contribui significativamente com a forma que a mulher vivenciará o parto ou, até mesmo, evitará a vivência dele.

Por outro lado, do ponto de vista psicodinâmico, o medo do parto pode ter relação com as ideias de aniquilamento, fragilidade e outros perigos de dano ao corpo, bem como o medo da morte e o encontro com o bebê real, não necessariamente semelhante ao bebê idealizado durante a gestação (Soifer, 1980; Maldonado 1990).

Além disso, podemos refletir acerca do momento de fragilidade que a mulher está vivendo, o que colabora pra que ela fique mais suscetível aos diversos tipos de influências, em especial as familiares, visto que referem-se a figuras de afeto e identificação com a mulher.

Langer (1981) ressalta que a vivência do período gravídico, bem como do parto e da maternidade recaem na identificação da mulher com sua mãe em suas funções maternas. Assim, é possível que a mulher, influenciada pela história de parto de sua mãe acabe reproduzindo os mesmos tipos de parto, considerados bem sucedidos ou buscando escolhas alternativas como forma de evitar os sofrimentos vivenciados pelas suas genitoras. Da mesma forma, Winnicott (1964/1999) pontua que a mulher carrega consigo três mulheres de suas gerações, através de identificações com as mesmas e nessa tripla identificação, os medos, as crenças e as vivências das gerações anteriores, influenciarão de forma direta a escolha e a vivência do momento do parto.

10.2.1.3 Influências da equipe de saúde

A influência das equipes de saúde foi mencionada pelas participantes em diferentes circunstâncias, tais como as seguintes:

E quando eu precisava, quando eu tentava me informar, eu questionava, eu ouvia ‘ah, o Dr Google né...ah, o dr Google’ [...] e ela fez assim: “Ah, o bebê está aqui, tá tudo bem, mas ó, você está com pouco líquido” [...] e eu sempre com informação rebatendo o que ela estava me colocando. Bom, é a carta do bebê morto no tarot, né? Quem vai discutir com isso? “Eu vou ligar pra sua médica agora, e você vai pra uma cesariana” (pausa, cinco segundos, ficou emotiva), pronto, determinaram ali e ali eu já sai em estado de choque, porque não era o que eu queria né[...] Então praticamente assim foi isso né eu não tive opção, optaram por mim. Foi optado por mim. (E6)

Ela falou que minha filha era um bebê muito grande e que eu não poderia esperar mais "olha, a tua bebê é muito grande, tem uma circunferência abdominal grande, você parece ser uma mãe diabética, eu aconselho a fazer a cesárea agora." Eu tava com 37 semanas e 5 dias. Daí eu falei: "não, mas eu queria tentar um parto normal, não poderia repetir esse exame" [...] eu sei que ela fez uma pressão e ela falou assim 'olha, o seu bebê pode vir a óbito na sua barriga, então eu aconselho fazer uma cesárea agora'. Falei: "bom vamos operar né" [...] porque ela fez um pânico em mim, "não, eu quero salvar a vida da minha filha" (E7)

Não falava sobre o parto, ele não me perguntava: "você quer um parto normal, você quer um parto cesárea", **nada, nada** (E8)

[...] eu lembro que meu médico falou assim: "Eva já sofreu pela gente, não vamos fazer parto normal, não vai passar por dor não, não, vamos fazer cesárea" (E5)

[...] com quase 38 semanas, 'agora já está numa fase que a gente precisa tirar esse bebê, se ela não vier de parto natural a gente vai precisar tirar, porque ...Porque já está sendo subnutrida dentro do útero, sua placenta não funciona mais, então ela não está recebendo nutrição correta, então a gente vai precisar tirar'. Claro que quando uma mãe escuta **isso** né (risos), por mais que o meu desejo fosse ter o parto normal, é meio difícil... ". Não, tudo bem, beleza, vamo embora né" (E9)

Percebemos nas falas das participantes, uma forte influência da figura do médico para a escolha da via de parto. Importante reiterar o que Foucault (1976/1999) destaca como o movimento de controle dos corpos, como nova forma de conquista do poder, dessa vez pela

figura do médico, que passa a exercer o controle do poder, através da construção do discurso do saber em torno dos corpos, saber este, que passa ao controle da medicina. Porém, sobre essa nova condição da medicina como detentora do saber poder médico, se estabelece uma negação da subjetividade, do outro que não possui, nesse complexo jogo de poder, a detenção do saber.

Todavia, não se trata aqui de culpabilizar a figura do médico, mas de propor uma reflexão acerca do contexto da utilização deste saber-poder médico, da sua reprodução e de como eles afetam as escolhas conscientes das mulheres.

Nesse sentido, ao reproduzir um discurso médico como o detentor do saber e da verdade (Foucault, 1976/1999), as participantes verbalizaram que não tiveram espaço para um diálogo a respeito das possibilidades de escolha, dos riscos e das consequências, como pode ser percebido nas vinhetas acima.

Sabemos que com o avanço da tecnologia, as intervenções médicas auxiliaram numa redução da mortalidade e morbidade infantil e materna, portanto, não são danosas em si, todavia, o que nos interessa aqui, como bem cita Iaconelli (2013), é que a mulher, nesta lógica médica, é desautorizada a escolher. Muitas vezes, não há uma escuta atenta, por parte da Equipe de Saúde, que escute e reconheça a vontade dela própria.

As falas das participantes denunciaram tanto um discurso autoritário do saber, por parte do médico, quanto a falta de espaço para um diálogo no qual a participante também pudesse ser ouvida em suas dúvidas, angústias e medos. O saber médico, nesse contexto instituído como forma de poder, funciona como aquele que possui a soberania da decisão.

Porém, é possível conjecturar sobre o que faz essas mulheres alienarem-se à vontade do outro, visto que muitas possuíam informações oriundas de fontes científicas e poderiam questionar as decisões médicas.

Nesse sentido, podemos refletir sobre a relação médico-paciente que se encontra carregada de elementos transferenciais, nas quais o médico passa a ser o substituto simbólico das figuras parentais. Conforme afirmam Schimit e Mata (2008), o paciente, ao duvidar de sua própria autonomia quanto às escolhas de promoção à sua saúde, transfere a onipotência materna sentida nas relações primitivas com a mãe, a outra pessoa, elegendo-a como figura primeva. Nesse caso, o médico passa a ser considerado como essa figura onipotente para qual o paciente deslocará sentimentos, expectativas e frustrações alheios às condições objetivas do vínculo.

Também vale ressaltar que, neste momento, a mulher encontra-se numa posição regredida e pode repetir, especialmente, sua relação primitiva com sua própria mãe (Langer, 1981; Winnicott, 1964/1999). Dessa maneira, assim como o bebê necessitava de proteção e cuidados de sua mãe, a mulher nesse estado pode sofrer dos mesmos sentimentos de angústia e desamparo, necessitando ser cuidada, nesse momento, pelos substitutos simbólicos de sua mãe.

Por outro lado, é importante enfatizar que a transferência existe também por parte do médico. Segundo Schimidt e Mata (2008), o médico também lida de forma inconsciente com a figura de uma paciente idealizada, a qual adere incondicionalmente ao tratamento, permitindo que o médico reafirme, de forma inconsciente, sua capacidade reparadora e de pretensos poderes em relação à doença e à morte.

Nesse sentido, o espaço que seria destinado à compreensão da vontade expressa do paciente, passa a ser o espaço de uma pretensa imposição, por parte do médico, que é corroborada pelo paciente, que acaba se alienando aos anseios do médico, que é a representação simbólica de seus pais.

Na fala da participante E6 e E7, por exemplo, verifica-se a figura do médico não permitindo espaço para diálogo com a paciente, que, nesse caso, foi preenchido pelo saber do médico, que se considerava o detentor do saber e cabia à paciente aceitar com resignação.

Mas o que faz com que a mulher se resigne em relação à figura médica? Levanto algumas possibilidades em relação à questão. Primeiramente, em relação à própria constituição feminina. Klein (1932/1982) afirmava que o superego feminino é mais severo devido a sua constituição, o que nos faz pensar, que para a mulher, que além de tudo encontra-se em uma situação de fragilidade, é ainda mais difícil contrariar e questionar aquele que, além de ser a figura de autoridade no campo real, configura-se como figura de autoridade também no campo simbólico.

Ainda para Klein (1932/1982), o feto pode representar que em sua fantasia, algo foi roubado de sua mãe, tal como o pênis do pai ou um filho de sua mãe. O que faz com que a mulher tema a ira de uma mãe vingativa. Nesse sentido, transferencialmente, o médico poderia ser percebido como o pai que a protege contra a mãe má. Mas essa submissão também poderia representar uma demonstração de fragilidade com intuito de receber a benevolência da mãe (Langer, 1981). Por outro lado, o médico também poderia ser percebido como representante simbólico do pai (Freud, 1912/2012). Fato que poderia dificultar ou impedir que a mulher queira contrariá-lo, pois ainda para ela, seria difícil dizer não ao pai.

O médico, enquanto detentor do saber-poder, muitas vezes pode desautorizar o saber do sujeito, no caso, os pais, alienando-os a um saber instituído, disfarçado no discurso de fazer o melhor para aquela família (Iaconelli, 2013). Da mesma forma, pode influenciar e induzir as parturientes a abdicar das suas vontades, conhecimentos, vivências prévias e se submeter às prerrogativas da equipe médica. Assim, submetendo-se aos ditames da cultura cesarista ao invés de atender às necessidades biopsíquicas da mulher naquele momento especial de vida.

Ampliando a reflexão e inserindo o domínio médico no exercício da obstetrícia frente a uma sociedade capitalista, percebe-se as vantagens em eleger a cesárea como principal forma de nascimento, por ser uma atividade muito mais lucrativa, já que possibilita ao médico realizar mais nascimentos em menos tempo e ainda conciliar com a agenda de seu consultório.

Além disso, é importante refletir que a parturiente, justamente pela vulnerabilidade da situação, mobiliza na figura do médico e da equipe de saúde, sentimentos relacionados a poder, submissão e desejos sádicos (Frateschi, 2017). Mais ainda, existe, por parte do homem, uma inveja da capacidade feminina plena de gerar uma vida (Klein, 1928/1991; Winnicott, 1964/1999). Tal inveja pode ser reativada e potencializada pelo momento em que a mulher está prestes a dar a luz, mobilizando na figura médica, o desejo pelo controle da situação, como defesa pelo sentimento de inveja a qual está vivenciando. Mesmo no caso de ser uma médica que lidera o atendimento, o papel representaria de forma simbólica, o papel da figura de poder, que teria um viés fálico, visto o status que a figura médica adquiriu em nossa sociedade.

10.2.2 Cesárea: Vivências Emocionais

Essa categoria surgiu a partir de elementos que agrupavam as sensações e sentimentos das mulheres em relação à cesárea. As participantes destacaram vivências emocionais distintas, antes, durante e após o procedimento cirúrgico. Assim, foram criadas as seguintes subcategorias: vivências emocionais antes da cirurgia, vivências emocionais durante a cirurgia e vivências emocionais após a cirurgia.

10.2.2.1 Antes da cirurgia

[...] foi **muito** bom, porque eu já cheguei no hospital sabendo que ia ser uma cesárea, mas eu estava super em paz, porque eu esperei entrar em trabalho de parto, eu esperei, eu estava com a consciência tranquila [...] eu fiz **tudo** que eu podia fazer eu fiz, mas não deu... então assim, deixa minha filha nascer em paz, eu vou curtir o nascimento dela sem traumas, sabe?” (E1)

Sabia que ia ser tranquilo, que eu não ia sentir dor, que eu estava no lugar bem atendida (E5)

Em relação às vivências emocionais antes da cirurgia, foi interessante notar que, nos casos em que a escolha final pela cesárea partiu das próprias gestantes, houve a verbalização de sentimentos positivos em relação à cesárea. Fato que parece demonstrar a sensação de serem escutadas, acolhidas e respeitadas. Ao terem espaço para elaborar a sua escolha, sentem-se reafirmadas em sua condição de sujeito, dotado de sentimentos e vontades. Assim puderam vivenciar de forma positiva os momentos que precederam a cirurgia.

No primeiro caso, a participante (E1) relata que a escolha ocorreu devido à indicação que considerava adequada para cesárea. Por mais que quisesse ter vivenciado um parto vaginal, foi para a cesárea de forma tranquila, pois sabia que era necessário. Em todo o momento, nessa situação, a participante relatou que dividia as decisões e as responsabilidades com sua médica, o que facilitou a elaboração das emoções vivenciadas e a escolha pela via cirúrgica. Winnicott (1957/1988) propõe que a mulher saudável e madura, que tem plena confiança no seu médico e recebe dele todas as informações necessárias e corretas, tem capacidade para tomar decisões, sem que transfira todo o controle para aqueles que lhe prestam assistência.

No segundo caso, também vemos a plena confiança da participante (E5) na equipe que a assistiu e, da mesma forma, relatou que a decisão final partiu dela, embora o médico, em nenhum momento, tenha lhe falado a respeito do parto normal. Porém, chama a atenção na fala, o medo de sentir dor. Ao escolher a cesárea, ela pode acreditar que passará pelo processo sem senti-la, porém, neste caso específico, a participante posteriormente relata que sentiu muita dor pós-cesárea, e ninguém havia lhe explicado que ela a sentiria, fato que a incomodou bastante.

Podemos refletir que ao afastar a da possibilidade do parto vaginal por temer a dor, ela pode apresentar dois mecanismos de defesa, referentes à posição esquizo-paranóide, que são a negação e a onipotência. Nesse sentido, ela não teria o parto vaginal para fugir das dores das quais, de forma onipotente, acredita poder se safar. Trocando, dessa maneira, uma dor por outra, pois apesar de no sentido físico ela minimizar as dores devido à analgesia, no sentido simbólico, as dores psíquicas se mantêm.

Podemos pensar neste caso, do ponto de vista simbólico, no que representa o medo da dor. Esse medo da dor física representa outros medos e outras dores, citadas anteriormente, como o medo da separação, o medo das fantasias a respeito de seus conteúdos internos, o medo de sua própria feminilidade (Soifer, 1980). Ademais, segundo Langer (1981), esse medo do parto representa, de forma inconsciente, o medo que a mulher tem de sua mãe má e vingativa, devido às fantasias de destruição a sua própria mãe, e entregar-se às decisões do médico, representa um pedido ao pai que protege contra a ira da mãe.

Do ponto de vista do médico, a autora ainda reflete que em nossa sociedade há uma tendência a evitar a todo custo as dores do parto, as quais teriam relação com a intenção de proteger a mulher, para que ela evitasse as dores e seus perigos. Porém, de forma inconsciente, esse ato parece ir ao sentido de destituir a participação da mulher do processo, retirando seu protagonismo e direcionando-o ao médico. Esse processo, parece ter relação

com os desejos infantis reprimidos do homem, que seria o desejo de dar a luz, de criar a vida, tal como a mulher (Langer, 1981), ou no caso de um profissional do sexo feminino, a representação simbólica do saber-poder médico (Foucault 1976/1999), que parece relacionada com o poder fálico masculino.

Em contrapartida, quando a paciente não consegue elaborar esta vivência, a mesma é sentida como assustadora e associada a sentimentos como medo e angústia. O medo, na perspectiva de Winnicott (1945/1982), apresenta-se como um fenômeno afetivo de ordem defensiva relacionado às agonias da condição de vulnerabilidade da qual encontram-se os bebês no início da vida. De forma análoga, podemos supor que as gestantes, quando não tem tempo suficientemente para elaborar a indicação da cirurgia, encontram-se sob essa mesma sensação de vulnerabilidade de outrora. O médico, como substituto simbólico da mãe, ao não escutar e acolher os medos da paciente, pode contribuir para incrementar o sentimento de desproteção e vulnerabilidade.

É notório, nesse contexto, refletir acerca do espaço de diálogo disponibilizado para as gestantes nesse momento de extrema sensibilidade. Amparados pelo ponto de vista de Winnicott (1957/1988), de que a mulher precisa de um ambiente suficientemente bom, que cuide dela, para que ela desenvolva a capacidade de cuidar do seu bebê, podemos considerar de suma importância que a mulher se sinta protegida e acolhida em suas angústias e medos durante todo o processo de parto.

Donelli e Lopes (2013) sugerem que é necessário que se passe pela revisão das práticas profissionais da equipe de saúde para que o impasse entre a vontade expressa da paciente e a do médico seja resolvido. E para isto, é necessário que se trabalhe um respaldo emocional, para que estes profissionais desempenhem bem suas tarefas, sem criar mecanismos de defesa que afastem o profissional da paciente e seus familiares. Assim, podem

lidar com as manifestações de angústias, de sofrimentos e com os conteúdos inconscientes que emergem da situação de nascimento.

[...] medo (risos), muito medo. Medo, angústia, principalmente medo de... Ah sei lá, aquela sensação de estar no ambiente hospitalar, e de repente tomar aquela... Como é que chama? (pausa 3 segundos) anestesia, E aí não sentir mais o meu corpo, vai ver as pessoas mexendo comigo e eu não sentindo nada. "meu Deus, estou aqui entregue né, qualquer coisa que acontecer eu não vou nem saber né... Não vou poder fazer nada" (E9)

Então me falaram "Vamos fazer uma cesárea", "Vamos". Eu não tive tempo de ler o que era uma cesárea, pra mim era só um corte...eu achava que era na minha barriga [...] eu tinha medo daquela injeção, daquela anestesia nas costas (E2).

Eu saí dali e fui para maternidade, ela falou "olha, tô mandando uma paciente tal" e ela me falou "você vai adorar o médico". Foi um susto, o meu marido estava fardado. Se você ver as fotos ali aquela farda, eu estava pronta para ir trabalhar, porque eu sou professora, e ele pronto para ir para o quartel. Falei: "bom, vamos operar né". Não tinha mala, não tinha nada. Eu falei: "depois você busca". Porque ela fez um Pânico em mim. Não, eu quero salvar a vida da minha filha, depois foi todo mundo na pressa ali, era 11 horas. (E7)

Vemos nas falas acima, descrições de vivências emocionais pré parto, sendo uma delas, a relatada pela participante (E9) que mencionou o medo de disponibilizar o seu corpo a outrem, não o sentindo mais como seu.

Essa situação chama atenção, pois o medo de não sentir seu próprio corpo, não sentir a si mesma, parece ter relação com o medo da desintegração (Winnicott, 1960/1983), o medo da separação da psique e do soma, medo de não se sentir visto e compreendido por alguém, não sendo possível então, a integração do eu e do mundo.

Já na fala da participante (E2) ela relata a falta de tempo de conhecer mais sobre o procedimento, além de relatar o medo da anestesia, que tal como a participante (E9) pode caracterizar o medo de não sentir mais seu corpo como seu. As duas situações descritas pela (E2) parecem revelar também o medo da separação da psique e da soma e também o medo da perda do controle do corpo, do controle egóico, da desintegração do eu.

Além disto, podemos supor que a situação real do procedimento cirúrgico, pode fazer com que o ego reviva angústias arcaicas frente a um perigo de destruição. Nesse sentido, conforme afirma Klein (1928/1991), pode-se pensar em um medo relativo à destruição de algo dentro do seu corpo, em retaliação às fantasias inconscientes de ataques feitos à mãe, assim angústia persecutória é revivida. Desta forma, a parturiente poderia temer uma retaliação, na mesma medida e voracidade com que outrora atacou o objeto, quando exposta à cirurgia. Ainda segundo Klein (1932/1982), o sentimento de destruição quando dirigido ao próprio organismo, representa um perigo para o ego, que tende a defender-se.

10.2.2.2 Durante a cirurgia

Mas foi tudo muito bem, foi assim... a noite, nasceu meia-noite e pouco, o centro cirúrgico estava vazio, então foi super tranquilo, foi um processo muito tranquilo (E1)

Eu não senti dor, mas eu senti que alguém estava mexendo no meu corpo, eu senti um solavanco assim mais forte[...] e o Renato viu nascendo, pegou a Letícia, foi pesar, foi tomar banho, banho não porque a pediatra não quis...foi pesar e dai eu fiquei lá. Quase

sentei e não podia, de tão ansiosa que eu estava, não via a hora de pegar a Letícia no colo e de ver ela de novo né. (E2)

“Durante, você fica naquela ansiedade e tal né” (E3)

Mais uma vez vemos a expressão de uma vivência emocional positiva quando a entrevistada participa do processo decisório, sente-se escutada e acolhida em suas demandas, corroborando a hipótese de que ao sentir-se respeitada em sua vontade, relata de forma positiva a experiência da vivência em si. Além do mais, existem condições em que a cesárea possui indicativo real, como no caso da entrevistada (E1), o que parece fazer com que a mãe sintasse-se mais tranquila

Outro sentimento relatado, tanto pela participante (E1) como pela (E2), não tem relação direta com a cirurgia em si, mas sim com a expectativa do encontro com o filho imaginado. Conforme afirma Soifer (1980), o parto é um momento ansiogênico, no qual a mulher vai se deparar com o bebê real, diferente daquele bebê imaginário idealizado durante toda a gestação. Além disso, no momento do parto, a mulher revive o seu próprio nascimento e as angústias advindas dele.

Durante a cesárea? Não sei se você sente alguma coisa, você não vê nada, está amarrada, você só fica perguntando “o que está acontecendo? Está vindo?” e fica escutando os médicos falando “ah, já está saindo” [...]mas eu lembro de algumas coisas assim, mas não tinha aquele sentimento de “está nascendo, estou sentindo, está vindo meu filho”, só a hora que coloca o bebê aqui que você fala “ah, nasceu”, é ali que você sente alguma coisa diferente (E7)

Era um filme... a minha boa comparação é que era um filme... eu não estava lá (falou em tom de indignação). É quase como se eu tivesse de fora, olhando aquela mulher deitada, aquela barriga sendo aberta, tirando aquele bebê, mostrando para mãe, entregando para mãe né, não foi para o peito... porque talvez se tivesse tido contato pele-a-pele eu sentisse que era eu, mas eu não tive, não existiu nada disso, então para mim, parece que realmente foi um filme (E6)

Também observamos que algumas entrevistadas alegam não terem sentido nada diferente durante a cirurgia, porém, ao analisarmos melhor a fala, percebemos que houve uma vivência emocional de expectativa em relação ao encontro com o bebê, conforme verificado na vinheta abaixo. Além dessa expectativa, é possível que, pelo fato de estar numa posição passiva na hora do nascimento do bebê, ela demonstre dificuldade em relatar os sentimentos, como se somente quando o bebê nascesse e ocorresse o encontro entre ela e o filho acontecesse, a mãe se permitisse sentir as próprias emoções .

Em contrapartida a (E1), que vivenciou a cesárea de forma positiva e tranquila, temos a (E6) que a vivenciou de forma exatamente oposta desde o momento em que houve a indicação repentina da cesárea. (E6) não concordou com o diagnóstico desde o início, entretanto, não houve possibilidade de elaborar a indicação. A qual, pelo contrário, lhe foi subtraída pela rapidez com que a indicação teve que ser concretizada. Além disso, a equipe de saúde não acolheu a entrevistada, nem lhe permitiu vivenciar outras maneiras de conexão com a experiência. A fala aparece de forma simbólica, demonstrando o impedimento a que foi submetida, sendo relegada ao papel de expectadora.

Langer (1981) ressalta que é importante que a mulher sinta-se acolhida no momento do parto e possa vivenciá-lo de uma forma consciente, visto que nesse momento, a mulher teme o encontro com o bebê que em parte é real e em parte é produto de suas fantasias. Para

vencer seus temores, muitas vezes irracionais, e realizar a transição da separação de forma mais tranquila, é necessário que vivencie este momento de forma tranquilizadora e consciente.

No caso acima, a participante não vivenciou o momento de forma tranquila, pelo contrário, não teve suas demandas acolhidas e sentiu-se impotente frente às circunstâncias, destituída de sua subjetividade. Foi a participante que mais relatou essa sensação de alienação frente ao nascimento, de falta de potência enquanto mulher e a que descreveu um pós parto com sentimentos mais negativos, inclusive de estranheza e indiferença em relação ao bebê. Relatou um sonho no qual fritava seu bebê e o comia, talvez uma forma simbólica de incorporar novamente esse bebê dentro de si, para que pudesse reviver de outra forma esse nascimento.

10.2.2.3 Após a cirurgia

Já trouxeram ela de toquinha e de repente ali, só para eu olhar, já levaram ela. Então a angústia de não saber onde o bebê estava, o que estava acontecendo, o que estava acontecendo com bebê. E depois, ainda tem que ficar naquela sala de recuperação, depois eu fui para sala de... Depois eu fui para enfermaria, depois de passada a... Eles demoraram para trazer o bebê, então eu fiquei muito angustiada (E9)

[...] o meu maior sentimento quando ela nasceu, foi de angústia, uma angústia muito grande porque eu senti que tinha alguma coisa errada, alguma coisa não tava bem com ela. Ela nasceu com problema de respiração, quando ela nasceu. E os médicos deduzem, que eu converso, que ela tava, de 37 semanas, mas na verdade eu tava de 35 [...] E ela não respirava, dali ela nasceu, não chorou, foi para incubadora e depois direto para UTI, E ela ficou 28 dias internadas (E7)

[...] eu realmente sentia muita dor e eu só queria ficar **deitada lá** e essa recuperação, da recuperação eu achei que foi meio complicado sabe? A cesárea ela te impossibilita ...ela te impossibilita muito”. (E2).

Não foi aquela sensação de vou **explodir** de felicidade, demorou para ter sabe? Foi aquela sensação de ele é lindo, ele é perfeito, mas tava ali toda dolorida, cheia de pontos, preocupada em amamentar, se vai dar certo, se não vai, se tá apertando ou não, é assim sabe? (E4)

Eu realmente descompensei, **descompensei** demais. Ali, eu olhava para ele e eu não acreditava, eu não conseguia... eu ficava ali cutucando ele, porque aquilo não era real (E6)

Apesar das recomendações para que o bebê fique com a mãe após o nascimento, inclusive pela facilitação na vinculação entre mãe e bebê (Odent, 2008), 8 das 9 participantes relataram angústia por não ser permitido ficar com seus bebês após o nascimento, devido a protocolos hospitalares, visto que a cesárea é considerada como uma cirurgia de médio porte. Essa situação foi geradora de angústia pós-nascimento, uma angústia relacionada a não saber o que estava acontecendo com seu bebê e pode ser exemplificado na fala de (E7) e (E9). De forma inconsciente, dar a luz a um bebê saudável representa saber que o seu interior estava intacto, que não foi castigada pela mãe má e não prejudicou assim o seu filho (Langer, 1981). Ao não saber o que está acontecendo com o bebê, a mulher ficaria impedida de responder as questões relativas à sua capacidade de ter bebês saudáveis ou ficar submetida à punição da sua mãe voraz.

Por outro lado, também revivem, nesse momento do nascimento, a própria angústia de sua separação com a sua mãe (Soifer, 1980), de certa forma identificando-se com a situação de desamparo vivenciada pelo seu bebê.

A participante E7 mencionou a angústia por não saber onde estava o bebê, aliada a uma sensação de que “algo estava errado”. Nesse momento, provavelmente em decorrência de emoções vivenciadas por identificação projetiva (Klein, 1946/1982), imaginou que seu bebê não estava bem. Da mesma forma, com a identificação que a mãe trava com seu bebê, a partir da preocupação materna primária (Winnicott, 1954), ela consegue sentir que seu bebê não estava bem. Fato confirmado em seguida, pois verificaram que havia nascido com problemas respiratórios.

A sensação de impossibilidade de cuidar do filho em função da dor, relacionada ao pós-parto cirúrgico, mencionado por algumas participantes, parece também estar simbolicamente relacionada ao temor pelo encontro com o bebê real e às dificuldades inerentes a essa nova situação de vida (Winnicott 1956/2000).

No caso da cesárea, esse sentimento de angústia por não saber de seu bebê, mas também o de impossibilidade de cuidar dele é agravado, pois em função da cirurgia de grande porte que resulta no corte de sete camadas (Lurie, 2005) a mulher necessita também recuperar-se e nesse tempo de recuperação, o bebê não fica com ela. Além disso, ao cessar o efeito da anestesia, ela sentirá as consequências da intervenção.

Outra vivência relatada pode ser verificada pela fala da participante (E6), que demonstra imenso sofrimento com a situação em que se encontra, grande parte por não ter sua demanda acolhida da forma que necessitava. Importante reiterar que a mulher, neste momento de transição, sente-se só e angustiada, o que faz com que necessitem de apoio afetivo e compreensão dessa angústia. Essa situação de necessidade de apoio, inclusive é verificado em

outras sociedades e tribos de diferentes lugares, o que corrobora a tese de que a mulher necessita de cuidados neste momento (Langer, 1981).

Ainda de acordo com essa reflexão, se a mulher não se sente acolhida em sua demanda nesse momento, poderá apresentar dificuldade em desenvolver-se enquanto cuidadora. Lembrando que, segundo Winnicott (1990) que a mãe necessita ter condições favoráveis durante a gestação e que o nascimento não deve ser um evento traumático, mas sim um processo de maturação biológica, que desencadeará no nascimento. Caso este ambiente, que sustenta a mãe e o bebê durante o ciclo gravídico puerperal, não seja suficientemente bom, a relação mãe-bebê pode ser prejudicada. Ainda segundo o autor, para a mãe estabelecer um vínculo positivo, cercado de prazer ao cuidar de seu filho, não deveria haver tensões ou preocupações, tanto no ambiente quanto nas pessoas ao seu redor. O ambiente precisa proporcionar segurança para que a mãe se desenvolva como suficientemente boa (Winnicott, 1956/2000).

Neste sentido, Iaconelli (2013) ressalta que pode haver ruídos na relação da díade mãe filho, quando ela se vê diante de uma situação inesperada no nascimento, na qual o seu desejo expresso e suas demandas são ignoradas. Este fato poderia culminar em um processo que “dessubjetivação” (p.60), no qual essa mãe não tem a oportunidade de formular alternativas para aquilo que expressa como vontade, seja por premissas que não foram verdadeiras, seja por ser incapaz de ir além do discurso vigente.

Na fala de (E6), acima colocada, é possível perceber a intensidade das emoções vivenciadas ao não se perceber, não se sentir como sujeito de suas escolhas. Situação que pode ter contribuído para que, após o nascimento, ela sofresse uma dissociação com a realidade.

Tais fatos remetem à importância de atender às expectativas e vontades da mulher quanto ao tipo de parto ao invés de apenas submetê-la ao poder médico, visto que nesse

momento de fragilidade na vida da mulher, faz-se necessário o acolhimento e sustentação do meio (holding) para que a mulher se desenvolva enquanto uma mãe suficientemente boa (Winnicott, 1956/2000).

10.2.3 Busca Pelo Parto Vaginal Após Cesárea

Nesta categoria foram agrupadas as unidades de análise que se relacionavam a trajetória pelo parto vaginal após se submeterem à cesárea no parto anterior, as quais foram distribuídas em 3 subcategorias: Muito mais que um sonho: os motivos da escolha por um parto vaginal; As pedras no caminho ; Uma andorinha só, não faz verão: o apoio extra e necessário.

10.2.3.1 Muito mais que um sonho: os motivos da escolha por um parto vaginal

Nessa categoria serão abordados os motivos expressos pelas participantes quanto à escolha por uma via de parto diferente da anterior e as questões afetivo emocionais envolvidas nas decisões.

Se eu fizesse o parto cesárea, eu **não vou poder participar da primeira apresentação dele da escola [...]** Daí eu falei não. Então eu encarei muito mais por **causa dele**, do que, porque realmente eu queria. Eu queria porque eu sabia que ia ser melhor para ele, Mas eu sabia também que se eu entrasse em trabalho de parto e fosse cesárea ia ser bom também. Mas eu queria recuperação **tranquila**, eu queria recuperação mais **rápida**, eu queria esse processo assim por ele também, **por ele. Pra estar bem, por ele.** (E4)

[...] na verdade foi o que me convenceu de tudo, eu li muita pesquisa que falava assim que a cesárea pode dar pro bebê problema, problema respiratório, pode dar icterícia. Os problemas que eu passei no começo. Então eu queria ter um parto normal, porque eu acreditava que eu ia dar uma qualidade de vida uma qualidade de saúde para minha filha que seria melhor (E5)

[...] eu quero fazer diferente, eu não quero passar o que eu passei, eu quero escrever uma outra história para o meu filho (E7)

Alguns estudos demonstram uma tendência maior a escolha do VBAC por questões práticas relacionadas ao retorno das atividades cotidianas. Nesse sentido, quando associam o parto vaginal a uma recuperação mais rápida, tendem a escolher um VBAC (Chen et al, 2017; Munro et al, 2017; McGrath et al, 2010 e Shorten et al, 2014). Na vinheta abaixo, (E4) expressa o mesmo motivo das pesquisas citadas, para ter uma recuperação rápida, e voltar o mais breve possível a sua rotina, incluindo cuidar do filho mais velho. Entretanto, durante a entrevista, E4 relatou que havia se sentido extremamente frustrada por não ter tido coragem de um parto normal, mesmo tendo sido incentivada pelo médico. A mesma repete por inúmeras vezes que tentaria o parto normal “por ele”(o filho mais velho). Fato que poderíamos interpretar como uma projeção de seu próprio desejo, no qual, seria por si, para que revivesse questões importantes para si, para que revivesse sua própria feminilidade (Langer, 1981).

Além disso, ao refletir sobre a experiência que vivenciou, (E4) relatou frustração por não ter vivido a experiência do parto vaginal e culpa pelo bebê ter sido retirado por fórceps na cesárea, pois o mesmo estava encaixado na pelve, pronto para o nascimento via vaginal, e para poder retirá-lo, utilizaram-se de um fórceps.

Através desses sentimentos, a entrevistada foi refletindo acerca da próxima via de parto. Tendo em vista a teoria do pensar proposta por Bion (1994), ressaltando a importância da frustração para favorecer o pensar experiências emocionais, é possível que a frustração sentida pela mulher, por não ter realizado o parto vaginal, mesmo tendo todas as indicações para que o mesmo acontecesse, pode ter colaborado para a escolha pelo parto vaginal. Nesse sentido, de alguma forma, a vivência da cesárea, contribuiu para que a mesma pudesse posteriormente experienciar o parto vaginal.

Outro ponto que podemos refletir acerca dos motivos da escolha é o que Klein (1937/1975) menciona como a possibilidade da mãe colocar-se no lugar do seu filho, de uma forma empática. Essa atitude está intimamente ligada aos sentimentos inconscientes de culpa, que gera identificação com o bebê e leva a mulher às atitudes de reparação, as quais podem ter motivado a escolha da via de parto, mencionada nas vinhetas acima, nas quais as mulheres acreditavam que seria melhor para o segundo filho, visto que consideravam que a cesárea poderia ter contribuído para alguma doença relatada em relação aos seus primeiros filhos.

Podemos também interpretar o sentimento de culpa descrito pelas mulheres, como representante simbólico de uma culpa mais arcaica e que agora retorna como culpa pelas escolhas que realizou. Nesse sentido, pode-se hipotetizar que a mulher tem a possibilidade de que esse sentimento de culpa seja reparado através de um ato reparador, que pode ser simbolizado pela mudança no tipo de parto, que traria para o novo bebê, uma história diferente do primeiro e a culpa da mulher, seria amenizada por permitir que ele vivenciasse o nascimento de outra maneira.

[...] porque eu acho que eu sempre gostei do universo da maternidade, eu sempre li bastante a respeito, eu sempre vi que era o ideal, o melhor pro bebe e pra mãe. A recuperação, a minha mãe teve, apesar de ter complicações no segundo filho, mas ela

sempre falava bem e a minha sogra também e eu queria ter parto normal, eu achava que Deus fez daquele jeito, então eu também quero, Deus fez tudo certo, a mulher sabe né...parir, então eu também tenho que ter essa experiência, porque eu achava que era pra ser né... (E8).

[...] a gente sempre com a intenção de ter mais filhos, aí quando a gente resolveu ter a Alice, daí eu pensei assim "poxa, o terceiro filho, se eu tiver uma cesárea agora, eu não vou poder ter mais" era o que eu imaginava né, vai ficar cada vez mais difícil, mais complicado, vai ter cada vez mais riscos (E9).

Em outro sentido, a entrevistada (E8) demonstrou o interesse em vivenciar a experiência de um parto vaginal, considerando o fato de o parto vaginal estar ligado a uma condição primária da mulher. Langer (1981) afirma que as mulheres em nossa sociedade atual vêm sofrendo dificuldades relacionadas às suas questões femininas, principalmente as ligadas às funções maternas, tais como parir e amamentar e que ao resolver os conflitos advindos de transtornos femininos, ela poderá se tornar uma mulher mais feliz e uma mãe mais capaz de criar seus filhos de forma saudável. De forma similar, Winnicott (1964/1999) relaciona a ideia que todas as mulheres se relacionam com a tríade de mulheres através de sua identificação com elas, o que também poderia se relacionar a forma como vivenciam os nascimentos em suas famílias.

A participante (E8) cita as mulheres de sua família que passaram por essa experiência, o que denota uma identificação com as mulheres de sua história e o desejo de vivenciar este momento, tal como elas. Após duas cesáreas com indicações duvidosas, decidiu optar pelo parto normal, com a anuência de sua mãe a qual, diferente das outras vezes, apoiou sua escolha. Podemos interpretar a decisão, foi decorrente da reconciliação com a sua própria

mãe. A qual ao permitir que a filha tivesse o parto normal, como expressava querer, permitiu que a mesma vivenciasse uma possibilidade de reparação (Klein, 1932/1982) na medida em que, através de sua gravidez e parto tranquilos, pode devolver à ela (avó do bebê) um filho sadio, demonstrando assim a integridade de seu próprio corpo, a possibilidade de vivenciar a sexualidade, a feminilidade e a própria maternidade de forma mais plena.

Outro aspecto mencionado por (E8) está relacionado a uma questão bíblica (Gênesis, 3:16), considerando que Deus fez a mulher desta forma e que ela gostaria de passar então, por essa experiência. Freud (1927/2011) ressalta a função da religião como resposta ao desamparo inexorável que acompanha o sujeito durante toda sua vida, dessa forma, sentir-se-á protegido desse sentimento.

Já a participante (E9) relata a vontade de ter uma família numerosa e, posteriormente, explica que por motivos religiosos, decidiram ter mais filhos. Mas que espaço a religião possui no psiquismo, que as leva a expressar a vontade por uma via de parto diferente, para que a cirurgia, não fosse impeditivo de ter mais filhos?

Alguns relatos, tais como o de (E9), possuem um aporte da racionalização. Percebe-se que de maneira geral, as falas demonstram um desejo por reparação, seja pelo possível mal que fizeram ou poderiam fazer em relação ao filho mais velho, seja pela vontade de elaborar conflitos com sua feminilidade. Klein (1932/1982) ao descrever o desejo de reparação, traz uma importante contribuição no sentido de curar as dores psíquicas através da reparação e da gratidão. Talvez esta seja uma forma plausível de responder à questão acima colocada, no sentido de vivenciar o VBAC, como uma experiência de reparação, ao invés de um novo parto cirúrgico.

Percebe-se que assim, ao lidar com essas ansiedades primitivas, a mulher tem a possibilidade de vivenciar a uma nova experiência, transformando a dor, em algo produtivo pra si. Além disso, podemos refletir em como, num primeiro parto, pudesse haver na verdade,

o desejo inconsciente pela via cirúrgica de nascimento, como forma de atribuir a outro a responsabilidade do nascimento, porém, ao tornar-se mãe, a mulher pode experimentar uma transformação ligada a sua própria feminilidade e sexualidade e assim, querer vivê-la de uma forma diferenciada em seu segundo parto.

10.2.3.2 As pedras no caminho

Nessa categoria, as falas das participantes denotam mais uma vez a presença do discurso do saber médico como o aquele que deveria ter o poder final da decisão, visto que é quem detém o saber.

[...] seu filho já nasceu Grande, esse outro vai nascer também, eu não posso pôr a sua vida em risco fazendo um parto normal". Daí olhou para o meu marido e disse " eu não posso por a vida dela em risco, a gente pode perder o bebê e a gente pode perder ela". Aí nisso, pronto, nisso já selou né, meu marido falou " pronto, não vai fazer normal né, fica lendo internet que pode fazer normal, isso não existe". (E4)

Útero envelhecido, porque eu já tinha 30 anos de idade, eu já tinha tido uma cesárea então não conseguiria ter um parto normal, que era uma mãe diabética e mãe diabética não consegue ter um parto normal, ouvi que eu ia...(interrompeu a frase e começou de novo) ter uma ruptura uterina, por ter uma cesárea recente, ia dar seis meses de diferença né, então eu passei por 6 médicos diferentes pelo plan (E7).

Apenas dois (Konheim-Kalkstein et al, 2015; McGrath et al, 2010a) dos 27 artigos sobre o VBAC, encontrados e analisados no capítulo 7 do presente estudo, não reportavam a influência da equipe de saúde na tomada de decisão pelo tipo de parto. Sendo que em apenas

uma dessas pesquisas houve relatos de mulheres que se sentiram como parte integrante do processo de tomada de decisão. O que demonstra que o papel da Equipe de Saúde tem um peso significativo no que tange à escolha de um VBAC (Meddings et al, 2007).

Há um contraponto nas pesquisas em relação à composição da Equipe de Saúde e sua influência. Quando a mesma é formada por médicos, nove artigos demonstram que além de serem figuras de extrema relevância na influência da decisão, são favoráveis à cesárea de repetição, o que torna a via de parto cirúrgica a indicação mais realizada participantes (Moffatt et al, 2007, Farnworth et al, 2008; Chen et al, 2017; Munro et al, 2017; Dahlen e Homer, 2013; McGrath et al, 2010; Keedle et al, 2015; Chen et al, 2018; Shorten et al, 2014). Entretanto, quando existia parteiras e doulas na equipe, a tendência era oposta, ou seja, havia mais propensão à escolha por um VBAC (Farnworth et al, 2008; Dahlen e Homer, 2013; McGrath et al, 2010; Keedle et al e Meddings et al, 2007).

Analisando a nossa realidade, o papel do médico na sociedade brasileira foi construído a partir de uma elite cultural e econômica e com raízes históricas advindas principalmente do modelo europeu. Como consequência dessa construção, o médico ganha um status de importância e um papel decisivo como detentor do saber-poder, tal qual ressaltado por Foucault (1976/1999). Ademais, inseridos numa cultura capitalista, que permite maiores ganhos quanto mais procedimentos fizerem, a cesárea surge como alternativa de (suposta) excelência, visto que podem marcá-la de acordo com sua conveniência e realizarem diversos procedimentos no mesmo dia, além de continuarem com as agendas de sua clínica intocáveis. Não por acaso, o Brasil ostenta um dos países com maior número de cesáreas no mundo (OMS, 2018).

Seibert et al (2005) ressaltaram que no Brasil a figura do médico é outorgado o monopólio do exercício da obstetrícia e da realização de partos, não tendo a cultura de se ter obstetrizes ou enfermeiras obstétricas nesta função até o momento em que aquela pesquisa foi

realizada. Entretanto, verifica-se que ainda hoje a realidade dos serviços de obstetrícia continua similar.

O médico entra no sistema como o representante do discurso do saber, discurso este que é utilizado como instrumento e efeito de poder, e nesse sentido é conivente ao reproduzir a cultura obstétrica cesarista. Porém, ele mesmo encontra-se numa posição de destituição da subjetividade, pois o mesmo encontra-se na posição de representante e reproduzidor do discurso, a verdadeira detentora do saber, é a instituição médica (Foucault, 1976/1999).

Como reproduzidor do discurso do saber, muitas vezes o médico não se dá conta, seja de forma consciente e dolosa ou de forma inconsciente, que destitui o paciente de um lugar de subjetividade, como um sujeito de desejos, alienando o mesmo, ao seu discurso (Iaconelli, 2013). Por outro lado, convém recordar a respeito do desejo, inconsciente, do homem em destituir a mulher de seu protagonismo no parto, devido a inveja de sua capacidade criadora, com uma tentativa de substituí-la de sua função (Langer, 1981). Além disso, é possível considerar que a inveja da capacidade feminina plena e a negação de que no início todos nós, sejam homens ou mulheres, fomos totalmente dependentes de uma mulher (Winnicott, 1964/1999) poderia estar subsidiando a vontade explícita de manter a parturiente subjugada ao poder do médico quanto à decisão relativa ao tipo de parto.

Ademais, a decisão na qual o médico impõe a sua escolha frente a da mulher, parece estar relacionada a manutenção do narcisismo no qual há a necessidade de se sobrepor a vontade do outro, destruindo-o subjetivamente, com a finalidade principal da preservação narcísica do ego (Freud, 1915/1976).

[...] pelo menos em Curitiba o protocolo é, duas cesáreas, cesárea. Todo mundo falava “ então Ana, eles vão marcar a sua cesárea com 38, 39, no automático e pronto, você não vai ter essa opção de esperar o tempo dele (E8).

No caso acima, além do saber médico, entram em questão os protocolos institucionais, que serviriam como barreira para a realização da vontade da gestante. Vale ressaltar, que no protocolo do SUS (Conitec, 2016), consta que após duas cesáreas, a indicativa ainda seria de uma tentativa de prova de parto vaginal. Somente após a terceira cesárea, o indicativo seria para uma cesárea subsequente. Porém, mais de um profissional informaram para a gestante, que o protocolo dizia que após duas cesáreas já não se permitiria a tentativa de um trabalho de parto. Fato que, de certa forma, corrobora os estudos de McGrath et al (2010) e Nilsson et al (2017) os quais também verificaram que a instituição médica é uma forte influência no que tange a cesárea de repetição.

Outras pedras no caminho decorrem da influência de familiares e pessoas através da crença de que as gestantes não seriam capazes de passar pelo parto vaginal, como mencionado na vinheta abaixo.

todo mundo falou que **eu não ia conseguir**, fora todo mundo que duvidava que eu ia conseguir... não era só quem falava “você não pode ter um parto normal”, era de gente falava “você é muito mole você, vai conseguir nada, você só fala que você quer, mas quando você sentir a dor você não vai consegui (E5).

A sobreposição da escolha de outras pessoas, perante a vontade da mulher auxilia a refletir acerca da posição submissa que a mulher tem dentro de uma sociedade patriarcal, dessa forma, no imaginário coletivo (Aiello-Vaisberg & Ambrósio, 2006), as escolhas femininas tem uma menor valia devido a menor autonomia que a mulher tem perante a sociedade. Dessa forma, a escolha de alguém, que dentro de uma situação hierárquica simbólica, esteja acima da mulher, acaba tendo prevalência à sua vontade, o que faz com que

a mulher, precise se desfazer de diversas amarras para que então possa vivenciar o parto da forma como expressa querer.

Por outro lado, a psicanálise demonstra que caso seja instaurado um espaço de escuta, é possível a elaboração de conflitos inconscientes (Freud, 1923/2011) o que pode levar a escolhas e vivências mais positivas por parte da mulher.

10.2.3.3 Uma andorinha só, não faz verão: o apoio extra e necessário

Nessa categoria, percebemos que as entrevistadas precisavam de um apoio externo para a sua tomada de decisão pelo parto vaginal.

E ter a presença do doutor que eu tinha confiança né, que eu sabia que meu parto era de risco, eu tinha o medo ali claro né... Em último caso, de acontecer a ruptura, mas... Eu vi que ele tinha toda monitoração, eu estava perto do centro cirúrgico, então qualquer momento se precisasse correr lá e pronto, Então seria tudo mais tranquilo, então foi assim... (E9)

...ai eu fiquei tranquila, fiquei confiante e falei o meu parto vai acontecer porque eu estou bem assistida por quem quer que isso aconteça também (E4)

[...] eu comecei e eu fui me empoderando muito, eu ia nos grupos de gestantes fui procurando (E5)

[...] e tinha que ter dinheiro pra contratar uma equipe pra ter um parto domiciliar ou pelo menos contratar uma equipe pra me acompanhar pelo menos até o ultimo segundo antes de chegar na maternidade **parindo**. E, infelizmente, essa condição eu

não tinha né, essa condição financeira de pagar. Mas, daí as doulas, acho que acabaram comprando **meu caso** né, por amor (risos) por amor a profissão e a minha história assim (risos), elas acabaram comprando o meu caso e quando foi dando 38 semanas nada da médica marcar a cesárea, daí eu pensei “opa, tem uma esperança” (E8)

Essa necessidade de apoio, parece refletir, de certa forma a cultura em que estamos inseridas, na qual a mulher, muitas vezes, tem voz passiva quanto às escolhas inerentes ao seu próprio corpo. Para que sua decisão seja respeitada, ela precisa do apoio de outras pessoas. Além disso, convém considerar quanto a transferência ainda se faz presente, pois muitas buscaram um apoio de um médico que chancelasse a sua decisão, remetendo à permissão dos próprios pais, representados pela figura do médico.

Por outro lado, a necessidade que a mulher tem de receber uma provisão ambiental suficientemente boa (Winnicott, 1971/1975), que possibilite que se sinta amparada tanto do ponto de vista físico quanto emocional também forma mencionadas pelas participantes (E4), (E5) e (E8).

Em outras palavras, o apoio do meio, seja da família e/ou da equipe médica, pode significar o atendimento das necessidades de dependência da mulher. A qual pode vivenciar um estado de regressão e dependência (Winnicott, 1956/2000), necessitando de auxílio para percorrer o caminho rumo a autonomia quanto às suas funções de mulher e mãe.

Assim como acontece com o bebê, um manejo sem amor ou impessoal, fracassa ao auxiliar no caminho rumo a independência, não permitindo a diferenciação entre o eu e os objetos. No caso da mulher, caso ela não sinta confiança em seu círculo de apoio (família, equipe médica), ela pode não caminhar rumo a autonomia, apenas submetendo-se às escolhas de outrem. Mas caso haja um espaço de confiança e fidedignidade, haverá também um espaço potencial que poderá ser preenchido com fenômenos transicionais e do brincar, com a

possibilidade do viver criativo (Winnicott, 1967/1975).

Ademais, quando a mulher conhece e confia na equipe que a atenderá no parto, adquire a confiança necessária para vivenciar de forma mais tranquila o momento e estabelece uma confiança na equipe médica e em si mesma. Além disso, quando a mulher sente-se compreendida em suas demandas pelo meio que a cerca, ela sente-se perdoada pelas fantasias de destruição que sentira outrora (Langer, 1981).

Podemos refletir sobre a importância que uma rede de apoio representa neste momento da vida da mulher, momento este, na qual se encontra num processo de fragilidade. Montgomery et al (2017) indicaram que grupos de apoio relacionados a tomada de decisão possuem uma influência positiva quanto a influência por um VBAC, visto que possibilitam redução de conflito no que tange à escolha pela via de parto.

Nesse sentido, convém recordar Freud (1914) que ressalta a importância da escuta psicanalítica e da possibilidade da elaboração de conflitos inconscientes, a partir da instauração de um espaço de fala. Por outro lado, Winnicott (1945/1982) relata a importância do amparo, não apenas no sentido da escuta psicanalítica, mas também do holding à gestante pelos grupos que a cercam, para que ela consiga desenvolver a preocupação materna primária e estar presente para este bebê e suas necessidades.

Um espaço de fala e partilha de experiências de gestantes possibilita observar nuances do processo psíquico envolvido na construção do ser mãe e a possibilidade de elaboração de tal processo por meio da fala. No momento da gravidez, o sentimento de desamparo pode afetar o estado emocional da mãe dificultando sua relação consigo mesma e com o bebê, neste sentido, ter um espaço de acolhimento e apoio se mostra efetivo para a diminuição de efeitos nocivos, inclusive socioculturais, além de contribuir como um espaço necessário para a construção da maternidade.

10.2.4 Parto Vaginal: Vivências Emocionais

Tendo em vista os momentos distintos relativos ao parto vaginal, foram agrupadas as unidades de análise referentes as diferentes fases do parto, resultando nas seguintes subcategorias: durante o parto; “Quero fazer tudo de novo” – vivências positivas; nem tudo são flores: expectativa x realidade do parto vaginal.

Maldonado (1982) compreende que a gravidez implica em grandes mudanças o que, evidentemente, envolve perdas e ganhos, e isso, por si só, justificaria a existência de sentimentos ambivalentes e conflitantes, bem como o desenvolvimento de sentimentos como ansiedade, medo e angústias.

Porém, em relação as vivências psíquicas do parto vaginal, é importante reiterar que no momento do parto, diversas angústias são reativadas, tais como a angústia de seu próprio nascimento (Soifer, 1980), os conflitos ligados à maternidade e a sexualidade (Langer, 1981), as fantasias referentes a situação edípica e aos conteúdos internos existentes em seu corpo (Klein, 1928/1991; 1932/1982), bem como a identificação com a tríade de mulheres em sua vida (1964/1999).

Dessa maneira, a mulher pode vivenciar momentos de angústias de caráter invasivos, persecutórios e desintegradores (Soifer, 1980; Winnicott, 1964/1999) que são expressos pelo corpo através dos sentimentos ambivalentes, da dor, da ansiedade e inclusive, podem afetar o desenrolar do parto.

A mulher durante o processo de parto pode reviver o seu próprio trauma no nascimento, por exemplo, ao se deparar novamente com sentimentos relacionados às angústias vivenciadas por ela, enquanto bebê (Soifer, 1980). Há também, devido a sua condição regressiva, uma atualização do complexo de Édipo, portanto, os sentimentos ambivalentes vivenciados em outrora, são novamente sentidos neste momento.

É também, neste momento, que pode sentir a voracidade dos sentimentos de vingança a qual temia quando criança e invejava os conteúdos a mãe, bem como, o momento do nascimento, representa o momento em que finalmente saberá se o interior de seu corpo, foi ou não devastado (Klein, 1932/1982).

10.2.4.1 Durante o parto

Eu lembro que foi assim, **horrível** essa fase da transição foi tipo: “Porque que eu fui fazer isso?”, “porque eu não fui para uma cesárea, que...que coisa horrível.. que eu fui fazer da minha vida, porque eu inventei isso?”[...] é um negócio assim que dá vontade de xingar, “**Que p**** é essa? Que tá acontecendo? Que negócio louco... que que eu fui fazer da minha vida**” (E1)

Foi assim, foi muito rápido né, eu senti uma dor, eu senti uma dor, eu falo para todo mundo “**foi a maior dor do mundo**”, **mas mesmo assim eu falo: “tenham um parto normal**”. (E2)

[...] eu cheguei a sentir uma descarga de tesão. Assim, de estar tão feliz que eu ia ter meu parto, porque eu estava com muito medo de não conseguir, aí eu pensei assim “só falta ter um parto orgásmico né, aí eu vou à loucura” (risos). (E6).

[...] foi uma angústia também por meu trabalho de parto não evoluir, a gente vê vários trabalhos de parto que a mulher chega já parindo, a mulher não sei o que lá. E eu travei gente, e eu pensava, gente que tá acontecendo comigo? meu corpo não foi preparado para isso sabe, eu cheguei a me culpar várias vezes sabe, porque isso está acontecendo comigo? Por que está acontecendo comigo? (E7)

No decorrer do trabalho de parto, a mulher vivencia emoções extremas tanto do ponto de vista corporal quanto instintivo. Como cita Freud (1923/2011), o “eu é sobretudo corporal” (p. 40) e, no trabalho de parto, há encontro intenso e real da mulher com o seu próprio corpo.

Nesse sentido, retomando a ideia de que o ego é constituído pela parte que se diferenciou do id por meio de percepções inicialmente corporais (Freud, 1923/2011), pode-se refletir acerca de como o ego lidará com essa experiência na qual, por meio da vivência do parto vaginal, onde as percepções corporais estão extremamente afloradas, originando uma série de sensações extremas e no qual o instinto, por sua vez ligado ao id, está prevalecendo. O ego terá que lidar com essas diversas sensações vivenciadas pela mulher neste momento e se proteger contra sentimentos de invasão, que por sua vez, poderão levantar uma série de mecanismos de defesa.

Além dessas sensações vividas pelo ego, através do corpo, a mulher poderá sentir uma série de excitações pulsonais, a qual poderá vivenciar como desagradáveis e projetar esses sentimentos para o ambiente, ao qual sentirá como hostil.

Ademais, segundo Soifer (1980), o parto representa uma castração e o período pré-expulsivo configura o momento em que esta ameaça da castração está prestes a se concretizar. Dessa forma, quanto maior o medo da castração, mais a ansiedade se fará presente e mais as defesas tentarão agir para manutenção do ego e mais esse período de transição para o nascimento do bebê se fará de forma intensa e carregada de dores físicas e psíquica

Segundo Maldonado (1982), há também a separação real da mãe com seu bebê e do encontro com este filho, que deixa de ser o bebê idealizado e torna-se o bebê real. Essa transição do nascimento, tanto do ponto de vista simbólico, como do ponto de vista real, exige uma elaboração psíquica intensa, que pode ser extravasada através de sintomas físicos e vivenciados pela mulher como um momento assustador, do qual não esperava, como vemos

na fala da participante (E1).

Além disso, o momento da chegada do período expulsivo, tal como descrito na fala da participante (E1), tende a despertar diversas fantasias e ansiedades que intensificarão as sensações de dores vivenciados pela mulher (Soifer, 1980).

Por outro lado, assim como podemos observar na fala da participante (E2), o trabalho de parto também traz consigo emoções ambivalentes, pois representam simbolicamente o amor e ódio que sentimos em relação à própria maternidade. Amor e ódio, prazer e desprazer os quais caminham juntos na construção do que chamamos de parentalidade (Maldonado, 1982), assim como a ambivalência, que é inerente às relações humanas (Freud, 1912/2012).

Além desses sentimentos ambivalentes, também é possível constatar relatos de extrema felicidade, associada à alta carga de pulsão e da sensação de prazer. Provavelmente, associados à possibilidade de se perceber como agente responsável pela satisfação das suas próprias vontades, como verificado na fala da participante (E6). Ademais, como cita Soifer (1980), o momento do nascimento do bebê ativa na fisiologia vaginal, receptores que dão a sensação de prazer, o que leva a vivência do prazer, visto que a sensação da expulsão é sentida como uma situação sexual em si mesma.

Por outro lado, vemos também o relato de dúvidas em relação a si própria, como no caso da (E7) e sobre a sua capacidade de parir. Corroborando de certa forma alguns estudos (Munro et al, 2017; McGrath et al, 2010; Devries, 2012, Keedle et al, 2015; Chinkam et al, 2016) que mencionaram dúvidas das mulheres relacionadas à capacidade que seus corpos teriam de conseguir parir uma criança, bem como a frustração decorrente das dúvidas e do medo de não conseguir um parto vaginal.

A ruptura com essa imagem que lhe foi outrora outorgada, ainda se fazia presente nesse parto. A angústia se faz presente, pois a medicina tomou o trabalho de parto pra si, não só o trabalho de parto como o próprio corpo feminino. Langer (1981) assinala que as

desordens que ocorrem no trabalho de parto, advém de identificações que a mulher tem com outras mulheres cuja feminilidade encontra-se transtornada. Esses aspectos se relacionam com o estritamente feminino. No caso do parto, por exemplo, podemos ver na vinheta acima, o quanto a angústia relacionada ao trabalho de parto e a dúvida a respeito de si própria se fazem presentes.

Conforme analisado, em sua narrativa, outrora lhe fora apontada a inabilidade em parir um filho e a necessidade de alguém, que o pudesse fazer para ela, no caso, a figura de um médico. Fato que remete ao alerta de Foucault (1976/1999) considerando que um movimento inerente a construção do saber-poder implica em pontuar que o corpo era um corpo doente e que precisava da figura do médico, para que pudesse ser consertado.

Dessa forma, a ideia da fragilidade corporal da mulher, passa a permear o imaginário coletivo da sociedade e influenciar os atos ligados a esta crença (Aiello-Vaisberg & Ambrósio, 2006). No caso da presente pesquisa, a de que a mulher é frágil demais para parir e que precisa do auxílio de um médico, que realize essa função por ela.

10.2.4.2 “Quero fazer tudo de novo” – vivências positivas

[...] então depois que passa, você fala assim: “Nossa, que louco. **Quero fazer tudo de novo**” é um sentimento assim... é muito **doido**, eu acho que é tipo, algo que **toda mulher que puder**, é uma experiência única de vida passar por isso e eu fico muito feliz (E1)

Nossa, é **surreal**, é um sentimento que é inacreditável, que assim por vários dias e eu ficava assim. Era surreal, eu não sei era surreal, transformador, ela nasceu com 3 950 e 59 cm, e eu pensei “se eu consegui parir essa guria, eu consigo fazer qualquer coisa na Vida, **eu vou conseguir qualquer coisa na vida**” (falando com entonação). Para

mim, se eu pari, **eu consigo qualquer coisa**, é um processo, é tão intenso, é tão difícil, é tão doloroso, exaustivo (E4)

[...] é muito bom mesmo e eu queria que as pessoas pudessem compreender isso, porque elas compreendem mais ou menos... porque meu... dói, dói pra diabo, mas é tão bom essa sensação depois. É melhor do que uma montanha russa, é melhor do que um rapel, melhor do que pular de um bungee de jump, eu nunca pulei, mas é melhor (E6)

[...] então assim, aquela alegria, uma alegria que não sabe explicar, por tudo, por ter conseguido fazer diferente. Por ter visto meu filho nascer, por ver ele bem, por ele ter ficado comigo o tempo todo, apesar de eles quererem levar, eu falei "não quero, ele vai ficar aqui comigo, pode examinar ele aqui. (E7)

Algumas falas demonstram sentimentos de extrema satisfação com a experiência vivenciada. Se em outro momento vemos a frustração ligada a desubjetivação da mulher (Iaconelli, 2013) enquanto pessoa, aqui vemos a potência da mulher enquanto detentora do poder, como ser em potencial, da exaltação da sua própria vontade, da pulsão sexual com escoamentos naturais e com isso a expressão de satisfação com aquilo que pode vivenciar.

Analisando as falas das participantes, parece que a satisfação ultrapassa a questão do tipo de parto, mas se alinha à satisfação da vontade; ao posicionamento enquanto um ser que pode e consegue se realizar; a um ambiente suficientemente bom, que suporte e apoie essas expressões; à contradição de expectativas despotencializadoras do ser e finalmente, do reencontro de si mesma com sua própria feminilidade e sexualidade.

Ao entrar em movimento ativo no parto, ela pode elaborar algumas angustias causadas

pela iminente separação inevitável com seu filho que está por vir (Soifer, 1980). Ao conseguir passar pelo trabalho de parto, recupera a confiança em si própria. Assim, destitui-se da imagem de alguém vulnerável e incapaz, e passa a se converter-se na mãe ativa e potente com capacidade para proteger sua criança.

Eu saber que **eu pari**, que eu consegui, que eu... Como eu posso dizer, contrariando tudo que os médicos....A maioria dos obstetras falava que não pode ter um parto normal depois de duas cesáreas, e ver que isso aconteceu comigo e que eu me preparei para isso, Parece que foi uma vitória assim... que eu não consigo nem descrever com palavras... (E9).

Também essa coisa de eu conseguir entendeu, porque todo mundo falou que **eu não ia conseguir**, fora todo mundo que duvidava que eu ia conseguir... não era só quem falava “você não pode ter um parto normal”, era de gente falava “você é muito mole você, vai conseguir nada, você só fala que você quer, mas quando você sentir a dor você não vai conseguir”. Então tinha muita dúvida assim se **eu ia conseguir**, porque achavam que eu só tava falando, que ia chegar na hora e aí acabar indo para cesárea sabe? Então isso foi bom **para mim** (E5)

Além do que já foi citado, há um aspecto narcisista (Freud, 1914/1975) ao conseguir realizar o parto da forma como havia solicitado, a atitude emocional da mulher revela o caráter narcísico do afeto investido ao realizar algo do qual expressava desejar. Convém também recordar Langer (1981) que salienta que ao vivenciar um trabalho de parto difícil, porém dentro de suas capacidades para realizá-lo, a mulher recupera a confiança em si própria e desfaz a identificação com a criança indefesa de outrora, convertendo-se em uma mãe ativa

e potente que saberá como cuidar e proteger seu filho após o nascimento, não necessitando mais evitar o momento da separação com seu bebê.

10.2.4.3 Nem tudo são flores - expectativa x realidade do parto vaginal

[...] tipo não foi assim aquele negócio romântico do tipo “Ai meu Deus, eu quero conhecer a minha filha”, foi tipo: “pelo amor de Deus, sai de dentro de mim, pelo amor de Deus” (E1)

Ai meu Deus! Estava indo na Partolândia, dizem que a mulher se transforma, eu só vomitei. Veio uma dor muito forte, que eu vomitei e eu voltei ao normal [...] foi totalmente diferente do que eu imaginava. Então, nessa época eu via vídeo de mulheres dançando na hora do parto, eu falava toca a música lá que eu tinha treinado, eu pensava **que isso? eu não vou sair com essa dor eu não vou sair daqui dessa banheira quentinha, tá ótima (risos)**” (E4)

[...] dai as pessoas falam "a recuperação do parto normal foi muito mais tranquila" não foi meu caso, foi diferente, nem por isso eu não quero um parto normal agora. Eu não tive uma recuperação boa, foi bem mais complicada, foi mais que seis, sete dias para melhorar bem (E7)

Eu não tirei de letra, então foi realmente, foi a questão de eu gostaria de ter sentido o expulsivo, o que foi a questão da minha irmã que teve dois partos normais sem anestesia, ela sentiu os puxos, eu queria ter sentido isso, aquele sentimento que é fisiológico, que você não ...não consegue segurar” (E8).

Apesar de algumas falas relacionadas à satisfação, há também relatos de momentos de extrema angústia e diversos sentimentos ambivalentes relacionados à vivência. Não obstante, seria tolo de nossa parte acreditar que pelo simples fato de ter sua vontade atendida, a mulher gozaria da satisfação da pulsão, sem que outros elementos virem a tona e complementarem a satisfação com sentimentos contraditórios.

Importante lembrar, que as elaborações iniciais são repletos de emoções ambivalentes, amor e ódio fazem parte da constituição do sujeito e não obstante estariam presentes nas mais diversas situações, como a do parto, por exemplo.

Podemos refletir também, que nesse momento de regressão e desamparo vivido pela mulher, ela pode recorrer ao ego ideal, na qual identifica-se com as figuras parentais, que supõe onipotentes (Freud, 1914/1976) projetando o Ego ideal no que acreditaria ser o parto ideal, criando uma imagem idealizada do parto, que no confronto com a realidade, acaba se desfazendo do seu papel idealizado.

Percebe-se que o parto é o momento no qual o ápice dos sentimentos de angústia emergem e no qual as fantasias de outrora são ativados, o que gera uma série de sentimentos ambivalentes, resultantes da luta entre consciente e inconsciente. Por isso, é importante a análise destes conteúdos para a compreensão de determinados fenômenos e para uma vivência mais positiva deste momento. A análise do inconsciente e a construção dos significados subjetivos para a constituição psíquica do sujeito é campo fértil da psicanálise.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alta taxa de cesáreas no Brasil faz parte da cultura cesarista que foi construída no país e a ausência de estudos sobre o VBAC parece ser um indicativo de que a modalidade ainda não é tão buscada pelas mulheres e/ou tão explorada pelos profissionais da área da saúde. Outro aspecto a ser ressaltado é a exiguidade de estudos publicados, inclusive no exterior, por profissionais de psicologia, especialmente da psicanálise, relacionados aos fenômenos afetivo-emocionais, inerentes ao processo gravídico-puerperal, contribuindo para que a abordagem seja mais facilmente compreendida numa perspectiva biológica, dissociada dos aspectos emocionais.

Ao longo do presente estudo, foi possível ampliar conhecimentos a respeito da psicanálise, fundamentado nos diversos autores mencionados ao longo dos capítulos teóricos e da discussão dos dados coletados, e assim constatar que a mesma pode contribuir de forma significativa no campo da saúde pública e especialmente no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Como visto na presente pesquisa, há uma série de influências sobre a decisão das mulheres pela via de parto, influências estas que vão além dos conteúdos manifestos. A compreensão acerca destas escolhas parte de uma visão multifatorial que precisa ser analisada de forma crítica. A escolha pela via de parto pode ser um momento eruptivo para sentimentos de sofrimento e angústia, os quais podem interferir diretamente nas vivências emocionais, afetar a vivência subjetiva e a construção de uma maternidade mais sadia para a mulher. Além de influenciar a relação estabelecida com o seu bebê.

Um ponto importante verificado na pesquisa é que a forma como a cultura da cesárea e do parto vaginal (por vezes carregado de violências) foram sendo construídas no país, afeta a escolha e a vivência do parto devido ao imaginário coletivo associado às modalidades do

parto. Esse imaginário coletivo passa a influenciar as vivências, tanto do ponto de vista real, quanto simbólico, e pode interferir de forma substancial nas vivências psíquicas.

Há diversas questões latentes referentes a escolha pela cesárea, provavelmente decorrentes do *modus operandi da* sociedade patriarcal em que estamos inseridos, que cria uma série de exigências e interdições à figura da mulher, contribuindo para a composição de um superego mais severo e a construção do cenário obstétrico atual. A escolha da mulher muitas vezes é invalidada por um outro que tem o poder de decisão. Este outro pode ser a figura do médico, ou até mesmo membros da família, que estariam simbolicamente num grau hierárquico elevado e simbolizariam as instâncias parentais. Aliás, vale ressaltar que a construção desse cenário contribui para que haja uma distância considerável entre a satisfação instintual da mulher e a exigência social que lhe é requerida.

Do ponto de vista psicanalítico, devemos lembrar que há uma distância entre aquilo que expressamos como vontade, e o que de fato é o desejo. Muitas vezes a mulher não alcança o que de fato expressa como “desejo”, submetendo sua escolha quanto à via de parto, aos ditames dos profissionais da equipe de saúde que a atendem.

Por outro lado, podemos refletir acerca desta submissão, visto que o desejo inconsciente está a serviço da proteção do ego, a mulher que termina numa via de parto diferente da expressa como escolha, não estaria de alguma forma atuando no sentido de proteção do ego? A submissão pode ser entendida, desta forma, não apenas como a submissão a um outro, mas as forças pulsionais que atuam para equilíbrio do ego.

Portanto, precisamos levar em conta que as escolhas pela via de parto sofrem interferências de uma série de fatores, inclusive das demandas do desejo inconsciente. As quais, nesse trabalho, podemos apenas inferir, pelo fato de não haver material disponível para uma análise mais detalhada de aspectos inconscientes de cada participante. Entretanto, se faz

importante examinar o que expressam de forma consciente, com intuito de refletir acerca de como se dão estas escolhas.

Outro ponto de reflexão implica no que chamamos de empoderamento feminino na hora do parto. Será que a escolha da via de parto é uma escolha tão simples assim? Se pensarmos no que Melgaço (2005) propõe como violência sutil, podemos novamente, analisar a questão de um ponto de vista macro, em uma sociedade patriarcal em que a mulher sofre uma série de interdições ao longo da vida. Considerando que, da mesma forma que o bebê pode desenvolver um falso *self* quando é impedido de expressar seus gestos espontâneos, é possível que a mulher crie mecanismos de proteção para si mesma, diferentes da sua escolha. De certa forma, como se estivesse submetida a um falso *self* e, assim, a escolha pela via de parto pode ser decorrente de fatores outros e não de uma opção verdadeiramente sua.

Como se pode, a partir de tantas interdições, criar um empoderamento necessário para vivenciar aquilo que a mulher expressa como vontade? Nesse momento, considerando especialmente a vulnerabilidade na qual se encontra, parece que haver uma luta entre o que ela expressa de forma consciente e que o inconsciente apresenta como demanda. Nesse sentido, é fatível conjecturar a existência de um abismo quase intransponível entre ambos.

Nas falas das participantes, verificamos que a maioria não encontrou um espaço para diálogo acerca do que gostaria de vivenciar em termos de via de parto. E, quando questionavam ou buscavam discutir a respeito, eram tolhidas de suas decisões, sofrendo novamente uma violência sutil. As mesmas, no geral, acabavam sucumbindo e submetendo-se à escolha de um outro.

Nesse sentido, a escuta e a análise das falas das entrevistadas a respeito das suas vontades e demandas pela escolha do parto, amparadas pela psicanálise, parece ser de grande valia.

Outro ponto de suma importância, é que, independente da via de parto escolhida, o espaço de escuta e acolhimento favorece a elaboração de emoções, sentimentos e desejos que outrora permaneciam adormecidos. Assim, a mulher tem a possibilidade de ressignificar seus sentimentos e vivenciar uma experiência mais positiva. Do contrário, quando as vontades expressas e as emoções da mulher são subjugadas e relegadas como de menor importância, a vivência pode ocorrer de forma mais conturbada. Assim, nesse momento, a mulher pode delegar o protagonismo de suas escolhas a outrem, num processo de dessubjetivação, deixando de ser a autora de sua própria história.

A assistência ao parto deve proporcionar o atendimento não apenas às questões biológicas que envolvem o momento, mas, também, às demandas psíquicas e emocionais. Além disso, quando a mulher se encontra num modelo de intervenção pautada no respeito às suas escolhas, sentimentos, emoções e demandas, ao seu ritmo e necessidades, também ao acolhimento de suas demandas, passa a vivenciar o momento de forma mais consciente e positiva.

Ao ampliar a discussão sobre a vivência do parto e sobre as maneiras possíveis de acolher as mulheres neste momento, acredita-se na possibilidade de contribuir para que se estabeleçam formas e possibilidades de prestar uma assistência respeitosa, acolhedora e compreensiva se estabeleçam. No sentido mais amplo das palavras e no sentido mais puro da vivência, auxiliando-as no ato de parir e em seu renascimento como mulher.

Compreendê-las para além dos conteúdos manifestos, respeitá-las em sua individualidade e necessidades, permite o acolhimento das suas vivências emocionais e contribui para que possam experimentar o momento do parto como uma transição mais tranquila possível e em direção a uma nova fase de sua vida e desenvolvimento pessoal.

Ao acolher a mulher nesses momentos de angústias é possível colaborar para uma a ressignificação de um cenário no qual a mulher pode aceitar mais prazerosamente a vivência

de sua feminilidade e da experiência de conceber, criar em si e possibilitar a existência de uma nova vida.

Verifiquei também, que a psicanálise pode contribuir com seu ponto de vista e colaborar com seus conhecimentos junto às equipes e profissionais da área de saúde. Logo, descortina-se um campo importante no qual o profissional da psicologia poderá atuar, que é a área da obstetrícia, tanto no que tange ao acompanhamento das pacientes, como na assistência aos profissionais da área e na ressignificação de suas formas de atuação.

Como sugestão, destaca-se a relevância e a pertinência de novos conhecimentos técnicos e científicos, especialmente aqueles relacionados à compreensão da vivência emocional da mulher no momento do parto, para respaldar a revisão da prática profissional e novas reflexões acerca desse momento de vida.

Winnicott defendia a ideia de que o estudo acerca do nascimento dos bebês constituía um rico material para a psicanálise. Acredito que o autor dizia respeito da observação, do ponto de vista do bebê. Mas, vou além ao afirmar que a observação das vivências psíquicas da mulher no momento deste nascimento, são tão ricos e importantes para a psicanálise, quanto do ponto de vista do bebê. Principalmente, quando partimos do eixo central que diz que mãe e bebê, são apenas um no nascimento e antes que exista um bebê, existe uma mulher, que precisa ser olhada e compreendida. Compreender a vivência emocional e as questões psíquicas envolvidas nessa vivência, podem ser uma material de extrema riqueza para psicanálise.

Como limitações da pesquisa, aponto para o fato da pesquisa ter sido realizada com uma população que no geral foi atendida pela rede privada de atendimento. Apesar de duas participantes terem sido atendidas pela rede pública, em seus partos vaginais, nas cesáreas foram atendidas na rede privada. Talvez, se tivéssemos realizado a pesquisa somente com participantes em que ambos os partos tivessem sido decorrentes da rede pública, teríamos

resultados diferentes. Outra limitação observada, refere ao método de análise de conteúdo que por vezes impediu que compreendessemos a história de cada participante como um todo, em sua totalidade e singularidade referente a cada caso.

REFERÊNCIAS

- Aiello-Vaisberg, T. M. J.; Ambrosio, F. F. (2006). Imaginários coletivos como mundos transicionais. In: Aiello-Vaisberg, T. M. J.; Ambrosio, F. F. (org.). *Cadernos ser e fazer: imaginários coletivos como mundos transicionais*, p. 5-8. São Paulo: IPUSP
- Aguiar, J. M. (2010). *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero* (Tese de Doutorado). Programa de Pós graduação em medicina preventiva , Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de www.teses.usp.br. Doi: 10.11606/T.5.2010.tde-21062010-175305.
- Aguiar, D. T., Silveira, L.C. & Dourado, S. M. N. (2011). A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica?. *Escola Anna Nery*, 15(3), 622-628. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000300026>
- Albuquerque, H. M. F. M. (2002). *A constituição do superego feminino na teoria freudiana* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de <https://bdpi.usp.br/item/001262023>
- Alves-Mazzotti, A. J. (2006). Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*, v. 36, n. 129, p. 637-651, set./dez.
- ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2004). *Programas de Qualificação do setor de Saúde Suplementar*. Brasília, DF. Recuperado de <http://www.ans.gov.br/index.php/aans/nossos-servicos/137-programa-de-qualificacao-da-saude-suplementar-qualificacao-das-operadoras>
- ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar (2014). Nota técnica nº06/2014/GAFIS/DIRAD/DIFIS. Recuperado de: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Nota_Taxa_de_disponibilidade_obst%C3%A9rica_delibertada_DICOL.PDF
- Amorim, M. M. R., Souza, A. S. R., & Porto, A. M. F. (2010). *Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. Femina*, 38(8), 415-422. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/2f04/3554bf52e1d51b55c8042e5a1e7e9729c7b3.pdf>
- Attanasio, L. B., Kozhimannil, K. B., & Kjerulff, K. H. (2018). Women's preference for vaginal birth after a first delivery by cesarean. *Birth*. doi:10.1111/birt.12386
- Bauman, Z. (2001). *Modernidade Líquida*. (P. Dentzien, Trans.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bardin, L.(2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. Ferreira, M.
- Biraboneye S, P., Ogutu, O., van Roosmalen, J., Wanjala, S., Lubano, K., & Kinuthia, J. (2017). Trial of labour or elective repeat caesarean delivery:are women making an informed decision at Kenyatta national hospital?. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 260. doi:10.1186/s12884-017-1440-3

- Bion, W. R. *Estudos psicanalíticos revisados*. Tradução: Wellington M. de Melo Dantas. 3 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000). *Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos*. Brasília, DF. Recuperado de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (2001). *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: DF. Recuperado de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde (2002). O sistema público de saúde brasileiro. Brasília, DF. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2005). *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Ministério da Saúde. 163 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. Brasília, DF
- Brasil. Ministério da Saúde (2016). Caderneta da gestante. Brasília, DF. Recuperado de [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet\(1\).pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1).pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (2017). *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal*. Brasília, DF. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
- Bonzon, M., Gross, M., Karch, A., & Grylka-Baeschlin, S. (2017). Deciding on the mode of birth after a previous caesarean section - An online survey investigating women's preferences in Western Switzerland. *Midwifery*, 50. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.005>
- Brenes, A. C. (1991). História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(2), 135-149. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>
- Brüggemann, O. M., Parpinelli, M. A., & Osis, M. J. D. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1316-1327. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500003>
- Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2009). Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 259-264. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200019>
- Carneiro, R. G. (2011). *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*. (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

- Chauí, M. (1985). Participando do debate sobre mulher e violência. *Perspectivas antropológicas da mulher*, 4, 23-62. Rio de Janeiro: Zahar Editores
- Chen, M.-M., McKellar, L., & Pincombe, J. (2017). Influences on vaginal birth after caesarean section: A qualitative study of Taiwanese women. *Women and Birth*, 30(2), e132–e139. doi:10.1016/j.wombi.2016.10.009
- Chen, S.-W., Hutchinson, A. M., Nagle, C., & Bucknall, T. K. (2018). Women’s decision-making processes and the influences on their mode of birth following a previous caesarean section in Taiwan: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1). doi:10.1186/s12884-018-1661-0
- Chauvet, E. (Diretor). (2013). *O renascimento do Parto* [Filme Cinematográfico].
- Chinkam, S., Ewan, J., Koeniger-Donohue, R., Hawkins, J. W., & Shorten, A. (2016). The Effect of Evidence-Based Scripted Midwifery Counseling on Women’s Choices About Mode of Birth After a Previous Cesarean. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 61(5), 613–620. doi:10.1111/jmwh.12466
- Conselho Nacional de Saúde. (2014). *Desigualdade e racismo fazem mal à saúde*. Recuperado de http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2014/12dez01_racismo.html
- Conitec - Comissão Nacional de incorporação de Tecnologia no SUS (2016). *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal*. Brasília, DF. Recuperado de: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
- Constituição da Republica federativa do Brasil de 1988. (1988, 5 de dezembro). Brasília. Recuperado a partir de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Cragin, E.B (1916). Conservatism in obstetrics. In. *New York Medical Journal* 104, 1-3. Recuperado de <https://archive.org/details/newyorkmedicaljo1041unse>
- Dahlen, H. G., & Homer, C. S. E. (2013). “Motherbirth or childbirth”? A prospective analysis of vaginal birth after caesarean blogs. *Midwifery*, 29(2), 167–173. doi:10.1016/j.midw.2011.11.007
- Debray, R. (1988). Do projeto de filho ao filho real: um percurso semeado de emboscadas. *Bebês/mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Despacho nº 9087621, de 03 maio de 2019*. DAPES/SAS/MS. Recuperado de <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/797-posicionamento-oficial-do-ministerio-da-saude-sobre-o-termo-violencia-obstetrica>
- Devries J. (2012). The Birth of Miles Henry DeVries. *The Journal of perinatal education*, 21(1), 6-8.

- Diniz, C. S. G.(2001). *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites das propostas de humanização do parto*. (Tese de doutorado). Faculdade de Medicina/USP, São Paulo, SP, Brasil.
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 627-637. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>
- Diniz, C. S. G. ; Duarte & A.C. (2004) *Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. São Paulo: Ed. UNESP
- Dolto, F. (1984/2004). *A imagem inconsciente do corpo (Kon, N.M. Trad.)* São Paulo: Perspectiva
- Donelli, T.M.S; Lopes, R.C.S. (2013). *Descortinando a vivência emocional do parto através do Método Bick*. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 18, n. 2, p. 289-298. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v18n2/v18n2a12.pdf>
- Dutra, I. L. (2005). *Parto natural, normal e humanizado: a polissemia dos termos e seus efeitos sobre a atenção ao parto*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRS. Porto Alegre, RS, Brasil. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6067/000524538.pdf?sequence=1>
- Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em Revista*, (24), 213-225. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.357>
- Farnworth, A., Robson, S. C., Thomson, R. G., Watson, D. B., & Murtagh, M. J. (2008). Decision support for women choosing mode of delivery after a previous caesarean section: A developmental study. *Patient Education and Counseling*, 71(1), 116–124. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.11.020>
- Faúndes, A., & Cecatti, J. G. (1991). A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(2), 150-173. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200003>
- Figueiredo, L.C (2018). A presença de Melanie Klein na psicanálise contemporânea. In. *Melanie Klein na psicanálise contemporânea: teoria, clínica e cultura*. 1ed. São Paulo: Zagadoni Editora. (p. 49-63)
- Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz (2014). *Pesquisa Nascer no Brasil: Inquerito Nacional sobre parto nascimento*. Recuperado de <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>
- Fontanella, B.J.B., Ricas, J., & Turato, E.R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- Foucault, M. (1999). *Vigiar e punir: Nascimento da prisão* (R. Ramallete, trad.). Petrópolis, Vozes.

- Foucault, M. (1975/2005). Em defesa da sociedade. Curso no College de France (Galvão, M.E., trad, 4ª Tiragem). São Paulo: Vozes.
- Freud, S. (1892/1969). *Um caso de cura pelo hipnotismo*. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol I). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1905/1976). *Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol VII). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912/2012). *Totem e Tabu*. (Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. 11). São Paulo: Cia das Letras
- Freud, S. (1914/1974). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. 1. ed. Trad. Jayme Salomão. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago
- Freud, S. (1915/1969). *Os instintos e suas vicissitudes*. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago
- Freud, S. (1915/1976). *Considerações atuais sobre a guerra e a morte*. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XII). Rio de Janeiro: Imago
- Freud, S (1920/1969). Além do princípio do prazer. In: Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 18, vol. XVIII). Rio de Janeiro: Imago
- Freud, S. (1923b/2011). *O ego e o id*. (Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. 16, 5ª Reimpressão). São Paulo: Cia das Letras
- Freud, S. (1924/2011). *A dissolução do complexo de Édipo*. (Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. 16, 5ª Reimpressão). São Paulo: Cia das Letras
- Freud, S. (1926/1976). *Inibição, sintoma e ansiedade*. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XX). Rio de Janeiro: Imago
- Freud, S. (1927/2011). *O Mal estar na civilização*. (Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. 18, 5ª Reimpressão). São Paulo: Cia das Letras
- Freud, S. (1931/1976). *Sexualidade feminina*. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago
- Freud, S. (1933/1974). *Conferência XXXIII: Feminilidade*. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol XXII). Rio de Janeiro: Imago.
- Frost, J., Shaw, A., Montgomery, A., & Murphy, D. (2009). Women's views on the use of decision aids for decision making about the method of delivery following a previous caesarean section: qualitative interview study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(7), 896–905. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02120.x

- Silva, L. M., Barbieri, M., & Fustinoni, S. M. (2011). Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 60-65. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019462009>
- Fonseca, L. C. (2014). *'Eu quero cesárea!' ou 'Just cut it out!': análise crítica do discurso de relatos de parto normal após cesárea de mulheres brasileiras e estadunidenses à luz da linguística de corpus*. (Tese de doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.8.2014.tde-21052015-112432.
- Fratesch, L (2017). Violência Obstétrica. *Revista Psique*. 141. São Paulo: Escala
- Fundação Perseu Abramo (2010). *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. Recuperado de https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf
- Gonçalves, T.G., & Macedo, M.M. K. (2011). A desautorização do processo perceptivo na negação não psicótica da gravidez. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(4), 1521-1546. Recuperado em 07 de abril de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000400009&lng=pt&tlng=pt.
- Granato, T.M.M., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2009). Maternidade e colapso: consultas terapêuticas na gestação e pós-parto. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19(44), 395-401. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2009000300014>
- Haddad, S.E.M.T., & Cececatti, J.G. (2011). Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(5), 252-262. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011000500008>
- Houaiss, A. (2001). **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva.
- Iaconelli, V. (2013). *Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.47.2013.tde-07052013-102844. Recuperado em 2019-08-29, de www.teses.usp.br
- IDEC - Instituto Brasileiro de defesa do consumidor (2012). *Cobranças extras relacionadas ao parto podem ser consideradas práticas abusivas*. Recuperado de <https://idec.org.br/consultas/dicas-e-direitos/cobranças-extras-relacionadas-ao-parto-podem-ser-consideradas-praticas-abusivas>
- Keedle, H., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. G. (2015). Women's reasons for, and experiences of, choosing a homebirth following a caesarean section. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1). doi:10.1186/s12884-015-0639-4
- Klein, M. & Rivière, J. (1937/1975). *Amor, ódio e reparação*. Rio de Janeiro, RJ/São Paulo, SP: Imago/Edusp.

- Klein, M. (1927/1996). *Simpósio sobre análise de crianças*. (Volume I das obras completas de Melanie Klein. pp.44-63). Rio de Janeiro: Imago
- Klein, M. (1928/1991). *Estágios Iniciais do conflito edipiano*. (Volume III das obras completas de Melanie Klein. pp. 214 – 227). Rio de Janeiro: Imago
- Klein, M. (1932/1982). *Os efeitos das primeiras situações de ansiedade sobre o desenvolvimento da menina*. (Melanie Klein: Psicologia. pp. 137-183). São Paulo: Ática.
- Klein, M. (1933/1996). *O desenvolvimento inicial da consciência na criança*. (Volume I das Obras Completas de Melanie Klein). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Klein, M. (1952/1978). *Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê*. (In: Os progressos das Psicanálise). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Klipan, Marcos Leandro, & Abrão, Jorge Luis Ferreira. (2018). Feminilidade e Melanie Klein: o tema da feminilidade em suas primeiras publicações. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 21(3), 386-396. <https://dx.doi.org/10.1590/s1516-14982018003010>
- Klein, M. & Rivière, J. (1937). *Amor, ódio e reparação*. Rio de Janeiro, RJ/São Paulo, SP: Imago/Edusp, 1975.
- Klipan, M. L. & Abrão, J. L. F. (2018). Feminilidade e Melanie Klein: o tema da feminilidade em suas primeiras publicações. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 21(3), 386-396. <https://dx.doi.org/10.1590/s1516-14982018003010>
- Klimpel J, Whitson R.(2016). Birthing modernity: spatial discourses of caesarean birth in São Paulo, Brazil. *Gender Place Cult.* 23(8):1-14 .doi 10.1080/0966369X.2015.1136817
- Konheim-Kalkstein, Y. L., Kirk, C. P., Berish, K., & Galotti, K. M. (2017). Owning the birth experience: what factors influence women’s vaginal birth after caesarean decision? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(4), 410–422. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1320365>
- Konheim-Kalkstein, Y. L., Whyte, R., Miron-Shatz, T., & Stellmack, M. A. (2015). What are VBAC Women Seeking and Sharing? A Content Analysis of Online Discussion Boards. *Birth*, 42(3), 277–282. doi:10.1111/birt.12167
- Lamarca, G. e Vettore, M. (2012). Cesarianas no Brasil: uma preferência das gestantes ou dos médicos?. Rio de Janeiro. *Portal DSS Brasil; 2012 Dez 13*. Recuperado de: <http://dssbr.org/site/?p=11526&preview=true>
- Langer, M.(1981). *Maternidade e Sexo*. (C. M. N. Folberg. Trans.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas
- Laplanche, J. & Pontalis (1982) *Vocabulário de Psicanálise*. (Trad. Pedro Tamen). São Paulo: Martins Fontes

Lei nº 11.108, de 7 de Abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm

Lei nº 19701 de 21 de Novembro de 2018. Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a lei nº 19.207, DE 1º DE NOVEMBRO DE 2017. Diário Oficial da união. Paraná. Recuperado de http://portal.alep.pr.gov.br/modules/mod_legislativo_arquivo/mod_legislativo_arquivo.php?leiCod=77018&tipo=I

Leal, M. C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. Ma. S. M., Filha, M. M. T., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., Bastos, M. H., & Gama, S. G. N. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Suppl. 1), S17-S32. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>

Lobo, S. (2008). As condições de surgimento da “Mãe Suficientemente Boa”. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(4), 67-74. Recuperado em 23 de agosto de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2008000400009&lng=pt&tlng=pt.

Loparic, Z. (2005). Elementos da teoria winnicottiana da sexualidade. *Natureza humana*, 7(2), 311-358. Recuperado em 07 de dezembro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302005000300001&lng=pt&tlng=pt.

Lopes, C. M.B., & Pinheiro, N.N.B. (2013). Notas sobre algumas implicações psíquicas da desconstrução da maternidade no processo de luto: um caso de nascimento-morte. *Estilos da Clínica*, 18(2), 358-371. Recuperado em 07 de abril de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000200010&lng=pt&tlng=pt.

Lurie, S. (2005). The changing motives of cesarean section: From the ancient world to the twentyfirst century. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, v. 271, n. 4, p. 281–285

Maia, M.B. (2010). *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional* (online). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 189 p. ISBN 978-85-7541-328-9. Recuperado de <http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf>.

Maldonado, M. T.(1990). *Maternidade e paternidade: A assistência no consultório e no hospital*. Petrópolis, RJ; Vozes.

Maldonado, M. T.(1982). *Psicologia da gravidez*. (5 ed). Petrópolis, RJ: Vozes

- Mandelbaum, B. Contribuições de Melanie Klein no campo da Psicologia Social. In. *Melanie Klein na psicanálise contemporânea: teoria, clínica e cultura*. 1ed. São Paulo: Zagadoni Editora. (p. 93-103)
- Marchioli, Priscila Toscano de Oliveira, & Fulgencio, Leopoldo. (2013). O complexo de Édipo nas obras de Klein e Winnicott: comparações. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 16(1), 105-118. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982013000100007>
- Martins, A. P. V. (2004). *Visões do Feminino. A medicina da mulher no séc. XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- McGrath, P., Phillips, E., & Vaughan, G. (2010). Speaking Out! Qualitative Insights on the Experience of Mothers Who Wanted a Vaginal Birth after a Birth by Cesarean Section. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 3(1), 25–32. doi:10.2165/11318810-000000000-00000
- Meddings, F., Phipps, F. M., Haith-Cooper, M., & Haigh, J. (2007). Vaginal birth after caesarean section (VBAC): exploring women's perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 160–167. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01496.x
- Melgaço, A. (2005). Violencia sutil: su importancia en la constitución del self y en el setting analítico. Disponível em : <http://www.fepal.org/wp-content/uploads/0038.pdf>
- Menicucci, T.M.G. (2007). *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Recuperado de <http://books.scielo.org/id/tr7y8/pdf/menicucci-9788575413562.pdf>
- Miyazaki, C.M.A., Cordeiro, S.N., Almeida, R. P., & Verceze, F.A. (2019). Vivência da gestação e parto de alto risco: uma reflexão a partir do referencial psicanalítico. *Revista da SBPH*, 22(2), 04-24. Recuperado em 07 de abril de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000300002&lng=pt&tlng=pt.
- Moffat, M. , Bell, J. , Porter, M. , Lawton, S. , Hundley, V. , Danielian, P. and Bhattacharya, S. (2007), Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114: 86-93. doi:10.1111/j.1471-0528.2006.01154.x
- Montgomery, A. A., Emmett, C. L., Fahey, T., Jones, C., Ricketts, I., Patel, R. R., Peters, T. J., Murphy, D. J., DiAMOND Study Group (2007). Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 334(7607), 1305.
- Munro, S., Janssen, P., Corbett, K., Wilcox, E., Bansback, N., & Kornelsen, J. (2017). Seeking control in the midst of uncertainty: Women's experiences of choosing mode of birth after caesarean. *Women and Birth*, 30(2), 129–136. doi:10.1016/j.wombi.2016.10.005

- Nagahama, E. E. I., & Santiago, S. M. (2005). A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 651-657. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021>
- Nakano, A. Rodrigues; Bonan, C., & Teixeira, L. A. (2015). A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(3), 885-904. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300011>
- Nilsson, C., Lalor, J., Begley, C., Carroll, M., Gross, M. M., Grylka-Baeschlin, S., ... Healy, P. (2017). Vaginal birth after caesarean: Views of women from countries with low VBAC rates. *Women and Birth*, 30(6), 481–490. doi:10.1016/j.wombi.2017.04.009
- Nogueira, A. T. (2013). *A alma do parto*. São Paulo. Ed Biblioteca24horas.
- Odent, M. (2008). Parto Humanizado X Parto “animalizado”. Recuperado de <http://www.sentidosdonascer.org/blog/2016/01/a-prioridade-hoje-e-mamiferizar-o-parto-por-michel-odent/>
- OMS – Organização Mundial da Saúde. (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=78576E129F34B911373F818BB18EFD46?sequence=3
- OMS – Organização Mundial da Saúde. (2018). Individualized, supportive care key to positive childbirth experience, says WHO. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/en/>
- Osava, R. H.(1997). *Assistência ao parto no Brasil; o lugar do não médico*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Paciornik, M. (1983). *Parto de Cócoras: aprenda a nascer com os índios*. São Paulo. Ed. Brasiliense
- Patah, L.E.M., & Malik, A. M. (2011). Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 185-194. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910201100010002>
- Pereira Filho, L.T. (1999). Iniciativa privada e saúde. *Estudos Avançados*, 13(35), 109-116. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141999000100011>
- Parecer CFM nº39/2012, de 08 de novembro de 2012*. Dispõe sobre Cobrança de honorários, por médicos obstetras, pelo acompanhamento presencial do trabalho de parto http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2012/39_2012.pdf
- Parecer CFM 32/2018, de 23 de Outubro de 2018*. Trata-se de consulta oriunda do CRM-DF com solicitação ao CFM sobre a proliferação de leis sobre “violência obstétrica”. Recuperado de <http://old.cremerej.org.br/downloads/835.PDF>

- Paris, G. F.; Monteschio, L. V. C.; Oliveira, R. R.; Latorre, M. R. D. O.; Pelloso, S. M.; Mathias, T. A. F. (2014). Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. *Rev. bras. ginecol. obstet.* 36(12):548-554. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n12/0100-7203-rbgo-36-12-0548.pdf>
- Pasche, D. F., Vilela, M. E. A., & Martins, C. P. (2010). Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva.* 4(4), 105-117. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v4i4.838>
- Polido, C. A. (2018, junho 28). *Parto Vaginal Após cesariana*. Recuperado de <https://youtu.be/7J1eMuWEYSQ>
- Pope, C. Mays, N. (2009). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. (3 ed). Porto Alegre: Artmed
- Portaria nº 11 de 07 de janeiro de 2015*. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Recuperado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html
- Portaria nº 306 de 28 de março de 2016*. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Recuperado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>
- Portaria nº 353 de 14 de fevereiro de 2017*. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Recuperado de <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/02/portaria353.pdf>
- Ramona T. Mercer PhD, FAAN & Colleen Stainton M.S. (2018). Perceptions of the birth experience: A cross-cultural comparison, *Health Care for Women. International*, 5:1-3, 29-47. doi 10.1080/07399338409515637
- Rezende, J. (1963). *Obstetrícia*. (1ª Ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ribeiro, D. V.A., Azevedo, R. C.S. & Turato, E.R. (2013). Por que é relevante a ambientação e a aculturação visando pesquisas qualitativas em serviços para dependência química?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1827-1834. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600033>
- Robson, S.J., Campbell, B., Pell, G., Wilson, A., Tyson, K., Costa, C.D., Permezel, M.J., & Woods, C.E. (2015). Concordance of maternal and paternal decision-making and its effect on choice for vaginal birth after caesarean section. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 55 3, 257-61.

- Rodrigues, A.V. & Siqueira, A.A. F. (2008). Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(2), 179-186. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292008000200005>
- Rousselle, A. (1984). *Porneia: Sexualidade e amor no mundo antigo*. São Paulo: Brasiliense.
- Secretaria do Estado de Saúde do Paraná (2012). Linha Guia: rede mãe paranaense. Paraná. Recuperado de http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf
- Schmidt, E. & Mata, E. (2008). Transferência e iatrogenia na relação médico-paciente. Transference and iatrogeny in the doctor-patient relationship. *Revista da Associação Médica de Minas Gerais*.
- Seibert, S.L., Barbosa, J.L.S., Santos, J.M., Vargens, O.M.C. (2005). Medicalização X Humanização: o cuidado ao parto na história. *Rev Enferm*. 13(2): 245-51. Rio de Janeiro: UERJ.
- Silva, Larissa Mandarano da, Barbieri, Márcia, & Fustinoni, Suzete Maria. (2011). Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 60-65. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100009>
- Silva, Heloisa Cardoso da, & Donelli, Tagma Marina Schneider. (2016). Depressão e maternidade à luz da psicanálise: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia Clínica*, 28(1), 83-103. Recuperado em 07 de abril de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652016000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Soifer, R.(1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*.(6 ed). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Shorten, A., Shorten, B., & Kennedy, H. P. (2014). Complexities of Choice after Prior Cesarean: A Narrative Analysis. *Birth*, 41(2), 178–184. doi:10.1111/birt.12082
- Thomas, Clayton Lay (2000). *Dicionário médico enciclopédico taber*. (17 edição, p.1910). São Paulo: Manole.
- Tornquist, C.S. (2004). Parto e Poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese de Doutorado. Florianópolis: UFSC.
- Turato E.R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. (2ed). Petrópolis: Vozes
- Turato, E.R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>

- Tyrrell, M.A. & Carvalho, V (1995). *Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político social e inserção de enfermagem*. UFRJ, Rio de Janeiro.
- UNICEF. <https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil/>. 2017.
- Vieira, E. M. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- Winnicott, D. W. (1945/1982). Por que choram os bebês. In. *A criança e seu mundo* (6ª Ed). Rio de Janeiro: LTC Editora
- Winnicott, D. W. (1949/1978). *Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade*. (Textos escolhidos: da pediatria à psicanálise). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Winnicott, D. W. (1956/2000). *A preocupação materna primária*. (Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas). Rio de Janeiro: Imago
- Winnicott, D. W. (1957/1988). *A contribuição da psicanálise à obstetrícia* (Os bebês e suas mães). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1958/1990). A psicanálise do sentimento de culpa. In *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1962/1983). *O Ambiente e os processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1964/1999). *Este feminismo. Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes
- Winnicott, D. W. (1967/1975). A localização da experiência cultural. In: *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1971/1975). *A criatividade e suas origens*. (O brincar e a realidade pp. 95-120). Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Wong, K. W., Thomas, J. M., & Andrews, V. (2014). Are Women's and Obstetricians, Views on Mode of Delivery Following a Previous Cesarean Section Really OCEANS Apart? *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 64(6), 400–402. doi:10.1007/s13224-014-0553-0
- Zihlmann, K. F., & Alvarenga, A. T. (2015). Que desejo é esse? Decisões reprodutivas entre mulheres vivendo com HIV/Aids sob o olhar da psicanálise. *Saúde e Sociedade*, 24(2),633-645. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200019>
- Zveiter, M. (2005). O que pode ser traumático no nascimento?. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8(4), 706-720. <https://doi.org/10.1590/1415-47142005004009>

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa **PARTO VAGINAL APÓS CESÁREA: EMOÇÕES E SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELA MULHER**, relativa a minha dissertação no programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, cujo objetivo é investigar os sentimentos relacionados ao parir em mulheres que vivenciaram o Parto Vaginal Após Cesariana.

Sua participação é muito importante e contará com o seguinte procedimento: entrevista realizada de forma presencial, no local de sua preferência, a qual será gravada e transcrita para posterior análise. Os áudios de gravação serão deletados após a devida transcrição. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa.

As informações coletadas serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa sejam ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados consistem em compreender quais foram as vivências emocionais de mulheres que passaram por um parto vaginal após cesárea, bem como as suas implicações. Os dados coletados poderão contribuir para aprimorar o conhecimento científico sobre o tema e contribuir para o aprimorar atendimento à Saúde da Mulher, especialmente ao longo da gravidez, parto e puerpério.

Caso haja qualquer desconforto, em qualquer momento, será possível interromper ou abandonar a entrevista, sem qualquer prejuízo. O pesquisador estará disponível para suporte emocional, caso a senhora sintase invadida física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritualmente.

Caso tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar através do (43) 999547697, WhatsApp: (43)999547697, pelo e-mail: kmnakaya@gmail.com ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone (43) 3371-5455 e e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao senhor (a).

Londrina, de 2018

Karen Mayumi Nakaya
RG: 30.509818-4
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Eu, _____, R.G. nº _____ tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura: _____
Data: _____

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista

PARTE I - Dados de identificação

Nome:

Data de nascimento:

Naturalidade:

Escolaridade:

Estado Civil:

Número de filhos:

Tipos de parto: Cesárea: Data _____ Vaginal. Data _____

PARTE II - Questões disparadoras

1. Gostaria de saber como foi a sua experiência de ter filhos.

2. Pensando em sua **primeira gestação**.

Como você se sentia durante o atendimento recebido durante o pré-natal?

Você pode me contar como aconteceu o seu primeiro parto?

Como você se sentiu antes do parto?

E durante?

E depois?

Você teve ajuda de alguém quando o bebê nasceu?

3. Agora, em relação a **segunda gestação**.

Como você se sentia durante o atendimento recebido durante o pré-natal?

Você pode me contar como aconteceu o seu segundo parto?

Como você se sentiu antes do parto?

E durante?

E depois?

Você teve ajuda de alguém quando o bebê nasceu?

4. Você precisou de ajuda de alguém nos primeiros dias após o parto? Como você se sentia em relação a isso?

5. Como foi a escolha do tipo de parto em cada gestação? Porque?

6. Pensando nas emoções que percebeu em si mesma durante os dois partos, houve diferenças? Como foi?

7. Se você tivesse uma nova gestação, que tipo de parto você gostaria de ter? Por que?

8. Como tem sido os partos vivenciados pelas mulheres da sua família.

Você gostaria de falar mais alguma coisa a respeito do que conversamos?

(Como foi o primeiro? E o 2?)

Obs. Será perguntado em relação a todos os partos, caso a mesma tenha vivenciado mais de duas gestações.

PARTE III - Dados da observação e auto-observação do entrevistador:

8. Apresentação do entrevistado, Comportamento geral, gesticulações, expressões faciais, olhar, alterações da fala, risos, choros, interrupções, falas fora da entrevista.

9. Reações/manifestações contratransferenciais.