

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS**  
**FACULDADE DE DIREITO**

**A NOVA MATERNIDADE E A NECESSIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE  
ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA DURANTE OS PERÍODOS DE  
GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO**

**LÍGIA MARCEL RODRIGUES DA SILVA**

**Rio de Janeiro**  
**2019/2º semestre**

**LÍGIA MARCEL RODRIGUES DA SILVA**

**A NOVA MATERNIDADE E A NECESSIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE  
ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA DURANTE OS PERÍODOS DE  
GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da **Professora Ms. Juliana Neuenschwander Magalhães.**

**Rio de Janeiro  
2019/2º semestre**

### CIP - Catalogação na Publicação

D581n DA SILVA, LÍGIA MARCEL RODRIGUES  
A NOVA MATERNIDADE E A NECESSIDADE DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA DURANTE OS  
PERÍODOS DE GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO / LÍGIA  
MARCEL RODRIGUES DA SILVA. -- Rio de Janeiro, 2019.  
80 f.

Orientador: Juliana Neuenschwander Magalhães.  
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -  
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade  
Naciona de Direito, Bacharel em Direito, 2019.

1. Saúde da mulher. 2. Maternidade. 3. Pós-parto.  
4. Dignidade humana. 5. Políticas públicas. I.  
Magalhães, Juliana Neuenschwander , orient. II.  
Título.

**LÍGIA MARCEL RODRIGUES DA SILVA**

**A NOVA MATERNIDADE E A NECESSIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE  
ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA DURANTE OS PERÍODOS DE  
GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da **Professora Ms. Juliana Neuenschwander Magalhães.**

**Data da Aprovação:** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_.

**Banca Examinadora:**

\_\_\_\_\_ **Orientador**

\_\_\_\_\_ **Co-orientador (Opcional)**

\_\_\_\_\_ **Membro da Banca**

\_\_\_\_\_ **Membro da Banca**

**Rio de Janeiro  
2019/2º semestre**

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por me dar forças para continuar a minha caminhada acadêmica e fechar este ciclo importante.

À minha família, meu pai, minha mãe e meus irmãos por estarem sempre ao meu lado nos momentos difíceis, revezando nos cuidados com meu filho, madrugada após madrugada. Sempre serei grata.

Ao meu filho Aquiles, pelas descobertas da vida através dos teus olhos.

Aos amigos que me deram força.

À todas as pessoas que fizeram parte desse estudo.

À Prof<sup>a</sup>. Ms. Juliana Neuenschwander Magalhães, que aceitou ser minha orientadora quando eu já tinha perdido as esperanças de concluir o curso.

## RESUMO

O presente estudo monográfico objetiva analisar a nova percepção materna, as demandas de reestruturação do pré-natal, visando uma abordagem institucional dos órgãos incumbidos da saúde no país, não apenas com o cuidado centrado no bebê, mas também na saúde e dignidade das mulheres. Essa pesquisa está situada no contexto histórico e cultural da sociedade patriarcal, no qual concebem-se práticas sociais, de educação e violência contra a pessoa por seu gênero e pela imposição de papéis de gênero. Investiga-se e que modo as mães de primeira viagem – alvo das políticas públicas de implementação do direito social à saúde, disposto no art. 6º da CF/88 – tem a sua dignidade e acesso à saúde efetivado, considerando da gestante à puérperea. Realiza-se uma pesquisa qualitativa para averiguar o tratamento institucional recebido pelas mulheres durante o pré-natal, detectar as falhas de atendimento, as práticas de violência moral e física contra a mulher e as possibilidades de melhorar o suporte estatal ofertado a pessoa durante o pré-natal.

**Palavras-chave:** Pré-natal; Parto; Direito à Saúde. Dignidade. Direitos das Mulheres.

## **ABSTRACT**

The present monographic study aims to analyze the new maternal perception, the demands of prenatal restructuring, aiming at an institutional approach of the health organs in the country, not only with care centered on the baby, but also on the health and dignity of women. This research is situated in the historical and cultural context of patriarchal society, in which social practices, education and violence against people are conceived by their gender and the imposition of gender roles. It investigates and how the first-time mothers - target of public policies of implementation of the social right to health, provided for in art. 6 of CF / 88 - has its dignity and access to health effected, considering the pregnant woman to the mother. A qualitative research is conducted to verify the institutional treatment received by women during prenatal care, to detect the failures of care, the practices of moral and physical violence against women and the possibilities to improve the state support offered to the person during the prenatal period.

**Keywords:** Prenatal; Childbirth; Right to Health. Dignity. Women's rights.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1 CORPO DE MULHER PARA O PRAZER, VENTRE DE MÃE PARA PROcriação: MATÉRIA PRIMA DA CONSTRUÇÃO DO PODER PATRIARCAL.....	11
1.1 Mulher não sente prazer com os primeiros atos sexuais.....	11
2 SOCIEDADE E REPRODUÇÃO: ETAPAS DE CONSTRUÇÃO DA MULHER-MÃE.....	16
2.1 O reflexo social no processo de construção da mulher como mãe.....	16
3 GESTAÇÃO, MATERNIDADE E OS MARCOS DE CONFLITOS ENTRE IDEOLOGIA ROMÂNTICA VERSUS REALIDADE.....	22
3.1 A mulher-mãe e o trato gestacional durante as consultas.....	24
3.2 Preparar-se emocionalmente para o parto.....	25
3.3 A realidade do momento do parto no Brasil e o histórico brasileiro em violência obstétrica.....	29
3.4 Maternidade da infância versus maternidade real.....	36
3.4.1 Puerpério.....	36
3.4.2 Rotina e vida social.....	40
3.5 Licença a paternidade.....	45
3.6 Doenças relacionadas ao emocional materno.....	49
3.6.1 Depressão pós-parto.....	49
4 FORMAS E LINHAS DE GESTÃO E CUIDADOS DA GESTANTE....	55
4.1 Assistência à saúde primária da mulher no pré-natal e ao pós-parto.....	55
4.2 A importância da visita guiada aos centros obstétricos das maternidades.....	57
4.3 Plano de parto e a importância da sua elaboração .....	59
4.4 Organização Do Processo Assistencial (Idealizado).....	60
4.5 O significado do pré-natal para as usuárias do SUS: apontamentos da pesquisa qualitativa.....	65
CONCLUSÃO.....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79



## INTRODUÇÃO

Os objetos de estudo da monografia terá por objetivo principal conhecer o significado e analisar a nova percepção materna, suas demandas sentidas na organização atual da sociedade e a necessidade de mudanças em caráter urgente no significado do pré-natal no Brasil, modelo de ato prescritivo e de importância voltada única e exclusivamente à saúde do bebê. O ponto de partida é a análise com base na observância de novos modelos e fatores socioeconômicos e culturais, percebendo os seus impactos, que eclodem em dados estatísticos, ligados diretamente à saúde física e psicológica da mulher – elemento principal do núcleo familiar.

Quanto ao valor histórico do chamado: “modelo de mãe” e a nova percepção materna, serão explicitadas juntamente com os efeitos propriamente ditos do controle abstrato e concentrado na fabricação de um ideal materno, com efeitos que afligem e, muitas vezes, bloqueiam o exercício da maternidade saudável. Principalmente para as mães de “primeira viagem”.

Serão abordados pontos acerca das políticas públicas presentes e dos projetos que podem ser implementados na organização dos processos assistenciais nas redes regionais de atenção à saúde da mulher. Da gestante à puérpera. Com acompanhamento das situações especiais, aspectos psico-emocionais, trabalhistas e éticos legais, bem como o fundamento da necessidade de extensão da licença paternidade, com foco no cuidado e apoio a mulher.

Assim, procurar-se-á fomentar as discussões acerca do tema, ao qual será realizada uma análise das implicações que decorrem desde um pré-natal carente de informações e cuidados com a futura mãe, assim como da abordagem que se dá à licença paternidade. Igualmente direcionada e fundada sob a mesma ótica simplista e restritiva do pré-natal; o cuidado exclusivamente para com o bebê.

O presente trabalho apresenta, ainda, um estudo qualitativo, descritivo e exploratório acerca do tema, realizado mediante entrevista e estabelecimento de um grupo de conexão via aplicativo whatsapp onde mulheres de três centros de saúde da Secretaria do Estado da Saúde do Rio de Janeiro, compreendendo o centros de saúde localizado na Ilha do Governador, Bangu e Duque de Caxias que ofertaram atendimento pré-natal as participantes do estudo. Os centros

de estudo foram escolhidos de forma aleatória por conferirem melhor mobilidade de acesso para a protagonista desse estudo que também fez uso dessas unidades durante meu pré-natal.

## **1 CORPO DE MULHER PARA O PRAZER, VENTRE DE MÃE PARA PROCRIAÇÃO: MATÉRIA PRIMA DA CONSTRUÇÃO DO PODER PATRIARCAL**

O ponto central é a instrumentalização do corpo da mulher e conseqüentemente, de sua essência, caracterizando todo o seu fim, que é a maternidade, como definidora da identidade feminina. Todo o desenrolar que norteia o universo feminino, desde os primeiros anos de vida dessas “futuras pequenas mulheres mães”, deve haver como escopo a maternidade, ou pelo menos esperasse que haja a expectativa dela.

O modo de operação que objetivam a mulher-mãe, criam estratégias, de forma que a engrenagem social se organize em tornar a maternidade uma ideologia forte o bastante para que direcione as mulheres a ela.

Esse controle aparentemente abstrato se desenrola em pontos e detalhes, não só de como as mulheres-mães são construídas, mas principalmente, de como são mantidas. Engessadas muito comumente às ideologias sedimentadas sobre falsos argumentos, muitas vezes revestidos por discursos sofisticados com o brilho do falso científico. O que eleva a temática a solos inimagináveis de controle psíquico social.

A matéria prima que mantém a humanidade é o corpo da mulher. E sobre ele a sociedade aprendeu bem a controlar esse meio de produção. Lançando desde a infância os temores a respeito do próprio corpo da mulher. Essa dinâmica se dá desde a infância através do medo, sentimento utilizado como gatilho para bloquear as mulheres no processo de reconhecimento não só do seu próprio corpo, como de suas capacidades como ser humano.

Dessa forma as informações que muitas vezes circulam de maneira errônea, geram muitas vezes transtornos de culpa e medo. Principalmente na fase de descobrimento da sexualidade. As mulheres são tolhidas de informações e aprendem que manipular a genitália é algo inadmissível e até perigoso.

Verifica-se que o principal medo, aquele do toque à genitália, é o medo da perda da virgindade. O valor embutido dá a mulher, a sensação mesmo que superficial, da perda de algo.

Ao passo que para o homem a perda da virgindade é algo comemorado, incentivado e os dá status de HOMEM e ganhos a saúde psicológica e social do indivíduo do gênero masculino.

No entanto para a mulher, mesmo as que não cresceram em núcleos familiares e sociais menos rígidos ainda apresentam uma certa melancolia com a “perda” da tal virgindade. Variando a intensidade dessa nostalgia, dessa sensação de acordo com o grau de amadurecimento, pertencimento a determinados grupos sociais e acesso a informação de qualidade. Principalmente na puberdade.

Não raro essas jovens apresentam ansiedade e sentem-se deslocadas em seus grupos sociais mais conservadores. O medo da revelação da perda da virgindade, gera um desconforto que varia de acordo com o grau de imersão à cultura patriarcal.

Não por estas serem discretas, mas por saberem que a sociedade mesmo que não admita, vê como uma perda de algum valor, que estava naquela mulher e que de repente, simplesmente não está mais.

Assim a incerteza de como serão tratadas após essa “mudança” deixa a mulher num dilema de lidar com o que fica marcado como sendo seu “primeiro ato definitivo de pecado”.

Trata-se de uma escolha de deixar de ser pura, boa, inocente para torna-se algo que definitivamente não é admirável. Como se forçosamente a muda-se instantaneamente para algo indizível com pouco ou nenhum valor.

### **1.1 Mulher não sente prazer com os primeiros atos sexuais**

Não é admitido socialmente que a mulher tenha obtido prazer com seu primeiro ato sexual. É algo tácito. Como se a mulher não fosse nascida para fazer sexo, como se lutasse contra sua natureza de se manter intocada. As primeiras relações sexuais da mulher, são vistas como atos de violência contra si própria, já que não admitisse que esta possa estar sendo beneficiada com algum prazer pela relação. O que resta é a ideia de que o sexo para a mulher é ruim algumas tantas vezes e que precisa ser amaciado, como um bife duro.

Uma vez que a tonicidade que a sociedade dá ao sexo e principalmente do sexo da mulher, como algo sem um fim “lucrativo”, senão aquele para satisfazer a maternidade ou seu cônjuge, não há motivo e a explicação é o juízo de valor que tem as vertentes mais ruins. Chegando até a nomenclaturas de caráter abominável. Qualquer desejo dela em “usá-lo”, não pode passar muito do prazer de satisfazer o seu marido ou de ter um filho.

Esse conjunto de premissas acerca do trato da mulher com o seu próprio corpo, configura uma ideologia social que coloca as mulheres numa fábrica de mulheres-mães. Sendo o seu corpo um meio para que o fim, que é a maternidade, seja alcançado.

A fase adulta reflete à sexualidade e seus adjetivos negativos adquiridos nas primeiras fases da vida, dando às mulheres adultas uma conotação corporal essencialmente voltada para a procriação.

Casos que fogem a essa regra são escassos e geram clima de discordância entre as mulheres, que buscam incluir as “hereges” à dominação essencialmente patriarcal da ideologia social vigente. Nessa “briga” o grupo que mais se vê em conflito são as jovens mulheres, que pelos atrapalhos das próprias mães em entender e não saber como lidar com os novos arranjos sociais acerca do descobrimento da sexualidade das filhas, fazem com que estas entrem num cabo de guerra e não se estabeleçam uma relação de troca entre as gerações.

Por outro lado, quando há um membro homem na família, de igual idade ou até mais novo, esse conflito de trato comportamental fica ainda mais evidente para a jovem, que adquire essas fissuras de trato entre homens e mulheres, levando para a vida adulta transtornos que muitas vezes ficam adormecidos e eclodem nos momentos mais tênues da vida.

Desta forma fica norteado toda a visão corpórea que essa mulher tem de si mesma e dos limites que a sociedade impõe sobre seu próprio corpo. Qualquer desejo dela em “usá-lo, não pode passar muito do prazer de satisfazer o seu marido ou de ter um filho. A relação é totalmente voltada para a procriação. Admitir algo diferente disso é visto com certa indignação.

Até mesmo o sexo realizado por casais fora da faixa etária de fertilidade é mau visto pela sociedade. Mesmo por aqueles que se dizem “modernos”. Comentários que ridicularizam o

sexo entre casais idosos, esconde no falso “bom humor”, o reflexo das premissas que definem o sexo como algo feio, um monstro nojento e horrível, mas que nós só o toleramos porque precisamos dele.

A partir de que não se verifica uma necessidade social para o ato sexual e essa relação simbiótica já não mais existe com um fruto de benefício para a sociedade, ele é descartado e muitas vezes caí na ridicularização.

Não é raro perceber mulheres na terceira idade desconfortáveis sobre o assunto, mesmo que tenham tido muitos filhos e muitos anos para perder a vergonha sobre a sua sexualidade e seu próprio corpo. O mesmo não acontece para o homem na terceira idade. Verificasse que muitos sentem a necessidade de expor sua virilidade como uma forma de se sentirem inseridos ainda no universo masculino, provando-o de que de fato a sociedade é falocêntrica.

Esses aspectos da sexualidade provindos de uma sociedade falocêntrica, mostram-se importantes na construção da mulher-mãe, já que verifica-se que a maternidade muitas vezes, para muitas mulheres se traduz como a compensação pela escassez de felicidade na vida conjugal.

Em decorrência de toda a ideologia por trás que associa o ato sexual um meio e o fim para a gravidez, muitas mulheres tendem a nem pensar em planejamento familiar por terem sido convencidas que o mesmo não se aplica na vigência da união do matrimônio e sim nas condições de algumas mulheres solteiras e sem parceiros fixos.

Verifica-se que esse posicionamento, coloca a saúde da mulher, tanto física quanto psicológica em condições precárias. A condição de ter mais filhos do que poderia cuidar é outra questão, que nos dias atuais impossibilita as mulheres do desenvolvimento pessoal pleno e de inserção no mercado de trabalho. Pela ideia social de que a maternidade é um fim a ser alcançado e que portanto quanto mais filhos, mais felicidade, a mulher terá.

A procriação, portanto, é uma obrigação. E o seu não cumprimento, é interpretado como não realizar-se como mulher, como se não tivesse contribuído para a vida e portanto viveu pela metade, contribuiu pela metade, foi mulher pela metade.

Essa ideologia é tão vil, que faz com que até mesmo as mulheres que biologicamente não puderam ser mães, se sintam culpadas, como se suas vidas não tivessem sentido. Uma existência vazia, toda felicidade pela metade...

Assim, a felicidade chega para a mulher sempre através dos outros.

De duas formas: pelo casamento ou obtida no trato dos afazeres para com um filho ou através das realizações do mesmo.

Não é raro ver considerações do tipo: “Esse filho ainda vai te dar muito orgulho”. Mesmo que a mulher se encontre num estágio de tremenda insatisfação sobre seus próprios desejos e ditames pessoais, se for mãe, a maternidade é vista como fonte de cura de todas as angústias. pois acredita-se que é da natureza das mulheres sacrificar a sua própria felicidade.

Partindo da perspectiva de reflexão sobre a autoria da felicidade feminina, assim também o é com os acontecimentos que provém do corpo da mulher, que se tornam decisão do homem; sobre quando ter filhos, ou não, esterilizar-se para ajustar o corpo ao cumprimento do dever legitimado, controlando o número de filhos estipulado, se este for o desejo do homem, mesmo que seja contrário à sua vontade. Verifica-se que a responsabilidade total pelo ato sexual fica a cargo unicamente da mulher, assim como da criação dos filhos.

Para compreendermos como as mulheres se deixam instrumentalizar de corpo e alma, é necessário analisar como se desenvolve esse processo de reprodução social da produção biológica humana.

## **2 SOCIEDADE E REPRODUÇÃO: ETAPAS DE CONSTRUÇÃO DA MULHER-MÃE**

### **2.1 O reflexo social no processo de construção da mulher como mãe**

A visão da maternidade é algo tão enraizado como divino, que pensar numa produção social que faça parte desse processo é quase uma heresia. E é justamente essa aparência de santidade que a sociedade usa como peso para legitimar a forma como constrói o papel da mulher na maternidade.

O papel dado à mulher-mãe nasce de uma visão deturpada. Muitos são os meios que apresentam essa ideologia romanceada que não se sustenta na realidade e não respeita as condições socialmente determinadas num contexto de classes sociais assimétricas.

Muitos agentes legitimadores da mulher-mãe como mito social usam-se de cargos e de suas posições para difundir a ideologia patriarcal. São eles, especialistas, educadores, entre homens e até mulheres, utilizando essas, nestes casos, com o peso de seus “testemunhos pessoais”. Corroborando assim com a ideia de uma maternidade natural, absoluta, necessária e tão perfeita que chega a beirar o sobrenatural.

Os meios de comunicação promovem para a massa alicerçada na ideia de poder patriarcal, que geram na sociedade uma naturalização destas ideias a ponto de se tornarem auto normativas (THOMPSON, 1995).

O preparo da mulher, mesmo que nunca chegue de fato a ser tornar mãe, é definido como um verdadeiro treinamento que se inicia desde a infância, mas não se finaliza na fase adulta.

O que se observa é que durante a fase da infância, as mulheres são condicionadas a seguirem as bases solidificadas que primeiramente perpassam pela diferenciação das figuras: feminina e masculina. E com essa taxaço quanto a diferenciação de gênero, se intensifica na fase adulta com a execução desse papel.



Os papéis são definidos e ensinados durante a infância. As brincadeiras aparentemente “fantasiosas”, incentivadas pelos pais, são na verdade, ensaios para a vida adulta. Bonecas, utensílios do lar, cuidados com os irmãos menores...

Todos os papéis que remetem aos compromissos que se esperam ser firmados no futuro.

Na vida adulta toda a bagagem extraída nas brincadeiras da infância, tornam-se um esquema que fica no subconsciente e que até muitas vezes tornam-se como fantasmas nas mentes daquelas que não conseguem colocar o esquema em prática.

E a ideia de que o fim mesmo que indesejado, é natural, é aceitado que ser mãe é condição natural e que, portanto, não gerar filhos é por excelência antinatural, anti saudável e todos os estigmas sociais que as mulheres possam sofrer.

Dessa forma a mulher que não gera filhos culmina num ato de rebeldia contra a natureza, contra o criador, enfim, um pecado contra o mundo e contra si própria, algo que extrapola a própria existência.

Já que a felicidade, elemento primordial à realização e manutenção da sanidade de qualquer ser humano, perpassa, na situação da mulher, pelo crivo da maternidade. Até as mais modernas, ditas “libertas” das amarras e dos gessos sociais, sofrem no íntimo com a dúvida dessa autossuficiência.

Ser tolhida de ser mãe é algo que não é bem entendido, além do descumprimento do dever com a vida, como é biologicamente entendido. Seria uma auto sabotagem. Rebeldia a uma causa mágica.

As mulheres que seguirem os scripts e de fato assumirem seus papéis como mães, irão assumir automaticamente outro dever imposto: o de cuidarem do legado das ideias sociais. Condicionando os filhos a socializarem segundo as expectativas que elas mesmas seguiram. Os rótulos precisam ser reaplicados. Assim como as cores nos enxovais dos respectivos bebês, os papéis precisam estar bem definidos.

A criação assim como as cores azul e rosa, é bem definida. Verifica-se que apesar das meninas serem de fato mais companheiras e carinhosas com as mães, por qual motivo se verifica uma inclinação pela preferência de escolha, de filhos do gênero masculino? A justificativa sempre se baseia pela maior liberdade do modo de poder criá-los e educá-los.

Muitas alegam que precisam investir menos em vestuário e principalmente com preocupação em educá-los sexualmente. Como se filhos homens fossem forjados em força e caráter, pelo desenrolar dos acontecimentos da vida. Ao passo que as meninas são lapidadas cuidadosamente pelas mães.

Essa preferência de algumas mulheres a terem filhos do gênero masculino, sob o argumento da liberdade de ir e vir do homem, nos mostra quais são os efeitos, mesmo que não discutidos dessa diferenciação de gênero vivida na primeira fase da vida das mulheres.

Em via de regra, constata-se que quanto mais forem inseridas em regime opressor, maior a tendência a preferência por filhos homens. O sacrifício de optarem por estarem mais “sozinhas” em nome de dar à luz a outra mulher para sofrer as mesmas privações impostas pelo mundo. Assim como as pressões e ditames que sofrem pelo simples funcionamento biológico de seus corpos.

Sobre o funcionamento biológico, percebe-se etapas difusas, que diferenciam e direcionam o modo de agir dessa mulher. Diferentemente dos homens que não lhes é imposto qualquer mudança de comportamento desde a infância a fase adulta.

As meninas quando passam pela menarca, precisam se vestir de uma determinada maneira, aprender a suportar as dores físicas e emocionais que seu corpo em constante transformação lhe traz. Vão deixando as bonecas e as coleções infantis.

Ao passo que os homens, é aceitado que mesmo estes, sendo pais de família, brinquem com video-games, carrinhos de controle e até o vestuário, admite-se alusão ao mundo de quando eram crianças.

O homem com camisetas de super-heróis é visto como “descolado”, ao passo que para as mulheres, nunca lhe foi socialmente permitido vestir-se fora de sua faixa etária.

O que revela o pano de fundo, deixando claro que para a mulher, o período de brincadeiras não é nada de fato lúdico ou meio de diversão, mas sim, um exercício que de tão sério, precisa ser abandonado e tomar formas de realidade quando a natureza chamar.

Portanto a mulher tem um chamado, o homem tem escolhas e uma vida toda só dele. Não lhe é cobrado mudanças de postura durante as fases da vida. O homem pode estar jogando bola com amigos dos primeiros anos de vida ao último dia da velhice. A noção de tempo para eles é totalmente diferente. Existe um descanso mental que os proporciona o prazer de decidir e viver com a calma que lhes é dada.

Já as mulheres são condicionadas a se posicionarem de acordo com a época de vida a qual vivem. E para elas o tempo é algo que de fato existe e exige. E que se mostra presente de tempos em tempo lembrando-as de suas responsabilidades e posições.

A construção da mulher é milimetricamente acompanhada e construída sob os olhos atentos de toda a sociedade. As etapas de construção das mulheres-mães se dá pela via biológica e social.

A biológica são três: Nascimento de uma criança do gênero feminino, tornar-se mulher, pelo imperativo do advento da Menarca e pela maternidade. Enquanto o ritual de forja das mulheres- mães no âmbito social, se dá a depender e a variar por fatores socioeconômicos e culturais.

Esses fatores culturais sempre oscilam em níveis de intensidade. Podendo variar entre dilemas e punições, mais ou menos rígidos. Porém sempre apresentando em todos os sistemas culturais os mesmos *modus operandi*.

Assim, primeiramente as mulheres serão mães de bonecas que imitam recém-nascidos e que vão evoluindo de tamanho conforme a idade. Depois serão mães de irmãos (as), mães dos filhos de terceiras (por advento do trabalho), mãe dos próprios filhos e mãe dos netos.

Verifica-se que as meninas anseiam por bonecas que apresentem a ideia de que elas estão crescendo e que, portanto, precisam aprender não só a demanda de um recém-nascido, como também de um bebê boneca que tenha dentinhos, por exemplo, que coma papinha, anda e fala.

Dessa forma existem níveis de interação com as bonecas de acordo com o grau de entendimento. O que dá as meninas desde a primeira idade, senso de responsabilidade do que é ser mãe nos cuidados com a cria. Cuidado esse que nunca deixa de fazer parte do cotidiano de vida da mulher.

Percebe-se assim que em detrimento de qualquer outra atividade que a mulher venha a desempenhar ou espera empenhar, o itinerário de construção social da mulher, a leva a abandonar qualquer projeto de vida, quando o “chamado” chega.

Independentemente se seja um filho, irmão, parente doente ou no auxílio aos pais idosos. é sempre da mulher o dever de ter que cuidar. Não importando se esta tem outros parentes homens, muito eficazes no trato com pessoas acamadas por exemplo, mas será sempre da mulher a obrigação de responder prontamente ao chamado.

E dela que a sociedade espera a resposta. E não muito menos fatigadas nos dias atuais, com toda a demanda a suportar. Rotina em casa, trabalho, filhos e ainda possuem o dever dos cuidados com os pais. Na grande maioria das vezes sem a menor ajuda dos irmãos homens, que foram ensinados, portanto socialmente condicionados a não dar esse tipo de resposta.

Dessa forma, conclui-se que as mulheres foram socialmente forjadas a terem suas vidas regidas pelo advento ou a possibilidade da maternidade. Na infância com os ensaios, na vida adulta com a maternidade de fato e na velhice com uma espécie de reedição da maternidade, quanto avó.

Em todas as dimensões imaginárias do processo de construção da produção da mulher-mãe, seja em qual fase da vida que ela se encontra, verifica-se que a ideologia patriarcal se evidencia em todas as relações de gênero.

O corpo da mulher é visto e desenvolvido socialmente como instrumento único para o dever de gerar filhos. E que ao se deparar com a maternidade as mulheres fazem ajustes quanto aos métodos de a exercerem, dentro de suas perspectivas de flexibilidade e de suas liberdades. Embora isso não signifique que as mesmas abandonem a visão extremamente romântica da maternidade tida na infância.

Pelo contrário, essa visão romanceada é vivida extremamente nos primeiros meses de vida do bebê. O que muitas mães e profissionais da área de saúde da mulher, relatam como sendo o marco de maior conflito entre ideologia romântica versus realidade.

### **3 GESTAÇÃO, MATERNIDADE E OS MARCOS DE CONFLITOS ENTRE IDEOLOGIA ROMÂNTICA *VERSUS* REALIDADE**

Nas últimas semanas de gestação, a mulher, aprende a ir se despedindo da tão “sonhada” barriga. E se conecta com as fases da gestação que remetem ao medo e ansiedade. Por estarem entrando num cenário desconhecido, mesmo para aquelas que já tenham passado pela experiência de dar à luz.

Até mesmo essa expressão “dar à luz” é um pouco “sombria”, ela vaga pela cabeça das mulheres que esperam pelo parto e tantas vezes se perguntam o teor dessa luz<sup>1</sup>.

O termo dar à luz, encontra razão na terminologia bíblica presente no livro de Gênesis e faz alusão a criação do mundo por Deus com a ideia do parto, como um evento igualmente divino, sendo concedido somente as mulheres a dádiva de poder recriar o poder de Deus. Dar à luz, assim como Deus deu à luz ao mundo.

E a terra era sem forma e vazia; e havia trevas sobre a face do abismo; e o Espírito de Deus se movia sobre a face das águas.  
E disse Deus: Haja luz; e houve luz.  
E viu Deus que era boa a luz; e fez Deus separação entre a luz e as trevas.

Gênesis 1:2-4

Entende-se como o corpo da mulher sem forma e vazio, e onde agora com advento da gravidez habita o espírito de uma nova vida que se move pelas águas do líquido amniótico. Quando for o momento certo, nascerá e se for da vontade de Deus, haverá a separação pelo corte do cordão umbilical, separando luz das trevas; ou seja, o filho da mãe.

Apesar de na minha pesquisa ter me deparado com alguns relatos em alusão a esses versículos, nenhuma das mulheres que os ouviram, sentiram-se acolhidas pelo mesmo

---

<sup>1</sup> Como será analisado no capítulo 4, mediante a apresentação das entrevistas com as usuárias do SUS sobre o pré-natal e o pós-parto, o termo dar à luz tem muitas implicações para a mulher, veja-se: “Eu ficava pensando que tudo depois que ela nascesse, viraria luz. De fato, eu não poderia ser a mesma pessoa. Sempre fui uma pessoa extremamente pessimista e pensei comigo mesma que Daniela, seria um pedaço de vida a mais em mim que curaria tudo que havia de trevas antes”. Em outro relato: “Eu me imaginava muito pequena perto da grandiosidade do momento. Me imaginava pelos olhos dela. Queria que fosse eu a dar-lhe à luz. Queria a grandiosidade do dever me dado por Deus para tirá-la do escuro e mostrar-lhe a luz do mundo. Por isso optei pelo parto normal. Eu queria a autoria daquela luz.”.

entendimento daqueles que passaram a palavra. Pelo contrário, a sensação de incerteza, ansiedade e medo, só aumentou.

**Gênesis** ou **Génesis** (do grego Γένεσις, "origem", "nascimento", "criação", "princípio") é o primeiro livro tanto da **Bíblia** Hebraica como da **Bíblia** cristã.

A simples ideia de estarem sendo comparadas a algo místico pelo viés divino, deixa muitas mulheres em estado de desassossego. Porque elas sentem que esperam delas o mesmo devotamento celestial.

E se para aquelas que não são devotas é difícil o fardo de ter que atingir as expectativas, imagine as que são crentes da ideologia cristã... O medo impera no coração daquelas que porventura não se sintam tão emergidas com o sentimento pleno que se espera com o estado de gravidez. O medo de não se sentir grata pelo momento e, portanto, desagradar a Deus e a todos.

Nesse momento, muitas mulheres recolhem a experiência das dúvidas que vivem num ponto isolado de suas mentes. Escolhendo conscientemente o silêncio a procura de ajuda para resolução do dilema vivido.

O medo da exposição do simples pensamento que passa mesmo que rapidamente pela mente, o tabu social, a figura da supermãe automática que é gerada logo assim que a confirmação do estado de gravidez é confirmada... tudo isso afugenta a mulher do plano de expor os seus medos mais secretos e transforma a gestação numa montanha russa de sensação. Que muitas vezes a mulher não precisaria passar.

Mas a realidade é que as mulheres passam seus anseios gestacionais sozinhas em sua grande maioria. Todas passam por momentos de ansiedade e desalento, mesmo que momentâneo. Porém as que porventura não se encorajam por si só, não possuem uma fonte confiável para buscar ajuda. Pior, quando procuram raramente conseguem. O Choque com o sistema é direto. Um muro que separa a dor real, da fábula da magia gestacional<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Essa fábula da magia gestacional pode ser averiguada no seguinte trecho da entrevista com uma das usuárias do SUS: “Falei sobre meu medo do parto e a médica simplesmente me disse: ‘Você vai dar à luz. Pense sobre isso, dar A LUZ. Não há nada o que temer. Vai ser um momento mágico e você vai se arrepender depois porque se ficar com esse medo todo, não vai aproveitar e pior, pensa se seu filho ficar sabendo que você ficou triste durante a

### 3.1 A mulher-mãe e o trato gestacional durante as consultas

Muitas vezes os médicos fogem do protocolo de médicos e se colocam numa posição, onde suas respostas às demandas dos pacientes, são dignas de um mero *coach*. Claro, que reforçar o lado positivo e dar entusiasmo ao paciente, demonstra empatia do profissional e dignidade na hora da realização do seu trabalho, mas essa positividade médica não deve vir sem o esclarecimento às perguntas do paciente.

No caso da área obstétrica, essa questão é ainda mais grave. Pois diferente das demais áreas da medicina, os partos são de autoria da mulher, a paciente é autora de todo o processo. Depende dela toda a ação do evento.

Portanto a equipe médica estará ali apenas para auxiliar numa eventual necessidade de um intervento. E dar ciência da realidade dos processos que ocorrerão de fato no seu corpo durante todo o trabalho de parto é um dever, já previsto em protocolo médico, mas que pouco se mostra eficaz, pois ele é previsto a ser posto em prática no momento do parto.

Essa forma de operacionalizar esse tipo de protocolo na hora do trabalho de parto de fato, se torna ineficaz, simplesmente porque o sistema límbico da mulher não responde de maneira lógica. O que se verifica é que as informações já deveriam ter sido passadas de maneira gradual, durante as consultas do pré-natal. De modo que a mulher possa amadurecer as ideias a fim de que as dúvidas surjam e possam assim serem esclarecidas, como uma verdadeira preparação para o momento do parto.

A ideologia vigente, se mostra extremamente maléfica nesse determinado ponto, pois sempre passou para a sociedade que a mulher já nasceu pronta para o parto. Por essa questão que muitas sentem medo, pois no íntimo não se sentem preparadas e não encontram guarida para pedir direcionamento nesse sentido.

---

gravidez dele. Levanta a cabeça mulher. Muitas querem passar por isso. o teu filho sente tudo o que você está passando...”. Esse relato será aprofundado no capítulo 4.



### 3.2 Preparar-se emocionalmente para o parto

Essa é uma visão antinaturalista. Pois renega toda a estrutura de construção da mulher. De fato, o parto é um evento fisiológico, isso não podemos negar, mas é inegável que ele passa mais pela mente do que pelo corpo, como salienta Eleonora Moraes, fundadora do projeto Despertar do parto. Ocorre que “A mente é a parte mais ativa do corpo da mulher na hora do parto.” (MORAES, 2019, online).

A psicóloga e Doula Eleonora Moraes alerta sobre a necessidade do poder público de unir forças com os vários sistemas da sociedade, para que se estimule a mulher a se preparar emocionalmente para o parto.

Eu vivi três partos normais sem analgesia e uma cesariana de hora eletiva. E também pela minha experiência acompanhando mulheres como doula já há vários anos, vejo o quanto que a gente precisa se preparar internamente para essa experiência, que acontece muito mais do lado de dentro, do que do lado de fora, na mão dos profissionais que estão lá para assistir o parto. É fundamental que a mulher tenha um preparo emocional para essa experiência. Pois nada é mais cercado de mitos e de medo do que o processo do parto. (MORAES, 2019, online)

O parto é para a humanidade fonte de fascínio e medo. Juntamente com o tema da morte e da sexualidade. igualmente tabus sociais.

O medo e fascínio pelo parto ao mesmo tempo, acontece justamente porque é um mergulho no desconhecido. Traz um mergulho na nossa própria sombra, que revela um lugar que a mulher não faz ideia de como ele seja e de como ela irá reagir. Não há uma certeza do que irá acontecer. É um lugar onde a mulher não tem absolutamente o controle de nada sobre o que está acontecendo.

Por isso a importância de dar voz com enfoque no acolhimento das mulheres na gestação, mas principalmente nessa fase final dos últimos meses, onde, para muitas os picos de emoções, trazem anseios e emoções que deixam sequelas para o pós-parto. São aquelas brechas por onde costumam adentrar todos os outros anseios subjacentes a serem experimentados no pós-parto.

O enfoque no preparo emocional visa tornar os efeitos da ansiedade menos prejudiciais e prevenir adoecimentos. Pois verifica-se que aquela mulher que encontra e perdura numa frequência de medo, angústia e estado de espírito de inquietude, num período tão hormonalmente delicado de emoções, tende a adquirir fissuras neurocerebrais nos moldes de uma depressão.

Entretanto verifica-se que na realidade experimentada pelas gestantes no Brasil, é que quando a mulher fala sobre seus anseios, a uma tendência a infantilização no trato com a gestante.

Reclamar de dores físicas é até certo ponto aceitável. Verifica-se que essas reclamações, seja por dores nas costas, seios ou vômito, são recebidas e voltam em tom de brincadeira. Dependendo do grau de intimidade, até com pequenos insultos, como será demonstrado pelo relato das usuárias do SUS no capítulo 4.

As respostas dadas tendem a ser menos informativas e mais sentimentais. E com isso colaboram para aflorar o que muitas já intitulam como “maternidade em pele de cordeiro”. Pois preparam a mulher para um momento de magia. Mas o enfrentamento com a realidade é inevitável. E quando as dificuldades chegam, a sensação é de solidão e decepção.

Sendo assim, o que muitas mulheres experimentam é a decepção não somente pela situação em si. Mas o sentimento de não serem perfeitas, de não conseguirem dar conta e aliado ao pouco caso do acolhimento social de que as gestantes precisam, nasce a sensação de percepção de estarem sozinhas.

Nesta etapa final da gestação, as mulheres começam a se preocupar com a dilatação de fato. E com isso vem o medo de não conseguirem parir e amamentar. Muitas relatam que ouviram bastante críticas quando verbalizaram angústia e medo do parto normal.

Geralmente as mais informadas questionam quanto ao uso do corte no períneo, a famosa episiotomia, e os procedimentos finais acerca do parto. E por essa verbalização, acabam ouvindo todo tipo de conselhos. Incluindo aqueles que vão de negativos aos insultos.

Inclusive por parte dos agentes de saúde. Garantidores do bom acompanhamento e desenvolvimento do pré-natal da gestante. Destaca-se o trecho de uma das entrevistas apresentada no capítulo 4, em que a agente de saúde informa a paciente: “Na hora de fazer, não pensou duas vezes. Se quisesse continuar *apertada*, para começar, não teria nem que ter transado, quanto mais engravidado.”.

Percebe-se em grupos e comunidades on-line, acerca do assunto, que é esta linha de resposta é mais constante do que se imagina...Para a infelicidade de quem é usuária do sistema único de saúde, o SUS. Onde apesar das diretrizes do programa não serem ruins, pois contam com o suporte ideológico que impera pela ideia do parto humanizado; ainda não há uma conscientização sobre a real demanda das mulheres em seus pré-natais.

Além da falta de acolhimento emocional, advindo muitas vezes com insultos, pela ideia de que a mulher para colocar um filho no mundo tem que suportar tudo sem reclamar. Os programas de assistência gestacional não preveem acolhimento diferenciado mesmo nos casos que fogem a normalidade.

Dessa forma mulheres que esperam bebês especiais, adolescentes, mulheres solteiras, mulheres com histórico prévio de depressão, histórico de luto gestacional ou óbito neonatal, ficam a mercê de sua própria sorte psíquica para dar o melhor desfecho na história delas e de seus bebês. Primeiro como gestantes e logo após, como mães.

Novamente concluímos que a ideologia norteadora da mulher-mãe biologicamente pronta, não só não encontra guarida na realidade, como também norteia de forma errônea todo o planejamento de assistência nos meios sociais em todas as suas facetas, mas principalmente no que tange a rede de proteção e apoio nos programas direcionados a saúde da mulher em âmbito Nacional.

Dessa ideologia, nasce o isolamento por muitas mulheres durante a gestação. O medo é visto erroneamente como um indicador de infelicidade. E dessa suposta “infelicidade” surge a equiparação a um ato de ingratidão.

Percebe-se que a obrigação de apresentar cem por cento de um sentimento pleno de felicidade, sufoca muitas mulheres durante esse período gestacional. O dado que chama atenção é que, mesmo tendo observado esse padrão comportamental nas gestantes, os mesmos agentes de saúde que observaram esse comportamento, tratam-o com descaso. “Elas ficam com medo, mas no final dá tudo certo”.

A pergunta é: O que é esse “dar certo”? Verifica-se que o contexto dessa afirmativa, baseia-se somente na conclusão do pensamento norteado pela ideologia da construção social do papel da mulher, de que se a mãe sobreviveu ao parto, então tudo deu certo.

Dessa forma fica caracterizado a visão de que se a mulher veio ao mundo para simplesmente realizar-se pelo ato “divino” de dar à luz e que se este acontecimento teve um desfecho positivo, ou seja, sem a morte da mãe ou do bebê, conclui-se que tudo deu certo. Simplesmente porque nunca foi objetivo da sociedade se importar com o que pensa ou sente a mulher no papel obrigacional de ser mãe.

### **3.3 A realidade do momento do parto no Brasil e o histórico brasileiro em violência obstétrica**

Mudanças importantes ocorreram em todo o mundo ao longo dos séculos, no que se refere ao parto. Porém no último século, essas mudanças tornaram-se tão expressivas que ao assistir filmes ou materiais antigos, nos deparamos com cenas que remetem quase a um passado “neandertal” tamanha é diferença entre os partos hoje realizados.

As mudanças quanto a parturição foi totalmente redefinida. O que antes era um acontecimento íntimo e puramente feminino, passou a ser objeto de estudo e planejamento de interesse público e médico. O evento do parto sempre esteve nas mãos do universo feminino e nos últimos séculos passou a ser assistido e determinado por médicos em sua grande maioria homens. O ambiente a qual a mulher opta pelo parto, também mudou. Antes era a “parteira” que ia até a mulher em trabalho de parto, hoje a mulher sai em busca de um hospital mais próximo (COUTINHO et al, 2014).

O Ministério da Saúde do Brasil, realizou no ano de 1992 uma série de diretrizes que deram ao parto uma atenção diferenciada. E a partir do ano 2000, o Programa institucional de Humanização do Pré Natal e Nascimento foi posto em posto em medidas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde- OMS.

Com essa Política Nacional de Humanização que efetivamente deu início em meados de 2003, novos fatores foram postos em pauta como sujeitos ativos na produção e garantia da saúde. Pressupondo uma mudança nos modelos de gestão para que a necessidade da usuária seja plenamente atendida.

Porém como já anteriormente debatido, tais mudanças ainda não se institucionalizaram pelas vias reais. No Brasil somos acostumados a ter as leis que pegam, e as que não pegam. E para haver uma mudança real no cenário atual, é primordial que haja primeiro uma mudança drástica de paradigma. A visão da mulher como protagonista do seu próprio corpo, história e escolhas.

A individualidade da mulher na sociedade deve vir como aspecto fundamental para se pensar em medidas que de fato atendam as expectativas reais das usuárias dos programas de pré e pós-parto. Sem esse entendimento é impossível uma nação de fato cuidar de suas mulheres.

Contudo, o Brasil avançou ratificando alguns pactos de suma importância para o desenvolvimento do tema. Foram ele: Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2004, e o pacto de Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias, em 2008.

Entretanto, vemos que o país não tem avançado na construção de meios que de fato mudem a história das mulheres na condição de gestantes no país. O pacto de 2008 se deveu-se a uma verdadeira “puxada de orelha” que o Brasil recebeu da OMS, por apresentar um número muito superior na taxa de partos por cesáreas desnecessárias em todo o país.

Entende-se por cesárea desnecessária, aquela que é feita de forma eletiva, sem fatores de risco que justifiquem a cirurgia, e que nem ao menos respeitam o tempo gestacional que indica

o fator biológico quando a mulher entra em trabalho de parto. No país essa prática é amplamente difundida. Tornando-se regra, principalmente pelo sistema privado, que lucra com o parto como evento cirúrgico.

A OMS recomenda para intervenções por cesárea apenas 15% do total de partos. Sendo que no Brasil, esse número só cresce a cada nova pesquisa estatística. Dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009), em 2009 já havia um percentual de 43% dos partos feitos por cesariana, sendo a maior parte proveniente do setor privado. Essa porcentagem vem crescendo e as estimativas apontam que, ao final de 2018, cerca de 57% dos partos ocorridos no Brasil foram feitos por cesárea.

Os especialistas apontam uma verdadeira epidemia de cesarianas no Brasil. Em uma conferência realizada em abril de 2015 em Genebra, a ginecologista e diretora de saúde reprodutiva da OMS, Marleen Temmerman, afirmou que os procedimentos de cesáreas no Brasil, se dão nos moldes de verdadeira epidemia, pois comparou à semelhança das estatísticas brasileiras sobre esse procedimento às de epidemias mundiais (OMS, 2015).

Esse dado nos dá uma direção bem clara que a principal mudança em relação a esfera da mulher e a maternidade, é que o parto passou a ser para ela algo problemático como doença e que, portanto, se coaduna melhor na esfera de domínio médico. Estamos, portanto, vivendo o desprotagonismo da mulher no parto, mas a sociedade não se pergunta quais as consequências disso.

No instante as discussões travadas em âmbito internacional acerca do problema tenham sido de grande valia, esse aumento das taxas de cesáreas nos evidencia a importância de viabilizar novos estudos que visem outras perspectivas além das que já estão em prática, em campanhas e políticas públicas que como já debatido, são dispersas pelo cenário geográfico nacional, obedecendo o livre arbítrio de projetos de governo partidários e locais.

Desta forma Almeida, Medeiros e Souza (2012) e Rattner (2009), atuam no ideal que deve seguir pela perspectiva de se cuidar da percepção feminina, para que a mulher após um preparo específico observado seu caso concreto e suas individualidades, conheça e trabalhe o seu real medo acerca do trabalho de parto. É o acolhimento a mulher nessa fase que fará com

que se verifique nos índices estatísticos o favorecimento do parto no normal, não por meios compulsórios, pois de nada adianta a mulher ser forçada a parir sem condições físicas ou emocionais que a levem a ter uma experiência de tramas de cunho irreversível.

Em entrevista ao portal Agência Senado Notícias, a obstetra Roseli Nomura da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Ressaltou a importância das cesarianas no salvamento de vidas e deu como exemplos, casos em que a hemorragia é eminente ou verifica-se que há obstrução da placenta na saída do útero. E aponta saídas para a mulher vencer fatores como o medo e a dor. Roseli acredita no impacto de programas que preparem a mulher emocionalmente para o parto e se persistirem os sintomas, a indicação de medicamentos pode ser uma saída eficaz.

Além de ressaltar que o foco no treinamento para o enfrentamento dos medos e da insegurança da mulher-mãe, ajuda a evitar a indicação de cesáreas sem necessidades. Destaca também o desconhecimento por parte dos envolvidos que a via de nascimento deve ser uma opção da mulher e não uma imposição médica, a menos que haja fatores de risco previstos em protocolo médico. Tendo visto que há vários relatos de médicos que tomam posse do status de médico para impor um fator de risco fora daquele objetivamente já listados pela medicina convencional.

O Unicef ressalta que cada semana a mais de gestação, até a 42<sup>a</sup>, aumenta as chances de a criança nascer saudável, mas muitas unidades principalmente privadas de saúde, visto que lucram mais com a cesárea eletiva, se aproveitam do medo disseminado erroneamente de que o bebê corre risco a partir da 40<sup>a</sup> semana.

Percebe-se que apesar de estudos apontarem o rumo que a ser tomado pelos programas públicos, ainda não há uma percepção quantitativa por parte dos entes envolvidos nos diferentes processos de difusão do cuidado da saúde da mulher-mãe. Não há uma preocupação latente com trato e direcionamento do medo dessa gestante.

Em resposta a falta de acolhimento muitas mulheres chegam “às escuras” na sala de parto. E esse momento proporciona experiências extremamente significativas, podendo ser um divisor de águas do antes e depois do parto na vida da parturiente. Muitas esperam no parto

normal um meio de se desafiarem como mulher e se por falta de um pré-natal eficaz estivermos frustrando experiências que poderiam ser de fato incríveis?

Pouco se indaga sobre as consequências que ficam como pano de fundo por trás de um parto frustrado. A ideologia que impera é a de “se ambos passam bem, então tudo deu certo”. Mas as consequências quando não superadas, deixam sequelas amargas. O parto traumático se estende emocionalmente pelo puerpério e influencia todo o modo de vivência materna, familiar e de relação íntima interna da mulher com ela mesma, por tempo que pode durar uma vida inteira.

O parto é uma zona íntima repleto de concepções e acepções pessoais. Por isso a importância do respeito a vontade da mulher. Ele é repleto de significados que vão sendo construídos pela cultura e pelas experiências vivenciadas por elas. Percebe-se que o medo de não suportar as dores e o medo de morte são aspectos influentes nas expectativas do parto.

Sendo assim, as emoções acerca do parto caminharam pelos diversos grupos sociais abordando essas vivências, recriando e projetando socialmente esse medo. Não é raro relatos de mulheres que durante a gravidez ouviram vários testemunhos de partos trágicos. O ato de parir sempre esteve associado a um ato de bravura por ser extremamente doloroso, daí o medo da agonia, morte e sentimento de provação por muitas mulheres nos dias atuais que optam pelo parto natural (BASSO; MONTICELLI, 2010).

No tocante o medo da dor das etapas do parto, bem como de algumas informações erradas, de que o parto normal pode trazer malefícios e lesões a ela e ao bebê, os médicos se valem desse temor para dar causa a escolha pelo parto cirúrgico, mesmo sem qualquer tipo de indicação prevista no rol de diretrizes da doutrina obstétrica. É o que apontam pesquisas e a literatura (HADDAD; CECATTI, 2011).

Outro dado importante, pouco discutido e que será posteriormente esmiuçado, é o extremo medo de toda a ideia acerca da gestação, parto ou maternidade no geral. O medo extremo tipificado como uma doença silenciosa denominada **Tocofobia**. Se caracteriza principalmente pelo sentimento de repulsa a todo evento que envolve o tema da maternidade. Sendo para essas mulheres o parto como evento de quase morte e triplamente mais sentido em



seu modo mais tenebroso. Sendo de suma importância uma atenção diferenciada no pré parto que identifique esses casos.

Segundo Pereira, Franco e Baldin (2011) a tocofobia se expressa enquanto um medo aflitivo, um temor que alcança a aflição e a patologia, associado a experiências malsucedidas com relação a dor e ao sofrimento vivenciado pela pessoa. A tocofobia tem repercussão no protagonismo da mulher, que dúvida das suas capacidades como mãe, de não poder corresponder a imagem social do que é ser mãe.

A tocofobia está associada a uma imagem da dor do parto como uma experiência mortífera, uma imagem construída a partir o histórico de vivências lesivas que a pessoa esteve submetida no decurso da vida e que impactam na sua saúde física e mental (BALOGH, 2017).

Pesquisas também constataam que esse medo da dor do parto, assim como toda a ansiedade somada durante os meses de gravidez, tem o efeito de ampliar os níveis de estresse e dor de maneira muito significativa durante o processo do parto. todo esse rol de sentimentos que são psicossomáticos. Pois reúnem na mulher o conjunto de sentimentos internos e aqueles externos que foram agregados a ela, são esses: relatos de experiências de familiares, amigas, meios em comunicação no geral, mídia e materiais informativos.

O que os meios de comunicação e as pessoas leigas não se atentam é que os sentimentos, nesse caso em questão: a dor, não é uma medida que se expressa de maneira e grau universal. O seu processo e a sua medida têm muito mais haver com a forma que cada um singularmente se relaciona com ela do que a palavra propriamente dita. Portanto não é apenas um tema fisiológico, a dor é acima de tudo um simbolismo interno e também uma construção social que na conta, dá a cada uma, a sua própria medida singular de dor.

No entanto observando a conduta nos meios sociais e principalmente no que diz respeito ao olhar da medicina, não encontramos uma conduta que de fato particularize a evidente necessidade de deixar cada mulher vivenciar a experiência de maneira singular. Verifica-se que as equipes médicas desconsideram a subjetividade e particularidades de cada gestante, isso ocorre de maneira tal, que impõe até mesmo a posição que devem parir.

Essa imposição é tão penosa que chega a ditar comportamentos específicos e predeterminados pela equipe médica. Muitas mulheres relatam que durante o parto, ouviram piadas, risos de zombaria da equipe e até ordens de não gritar durante as contrações. As parturientes devem obedecer às ordens da equipe muitas vezes sob pena de serem deixadas sozinhas sem atendimento. Muitas relatam que membros da equipe advertem previamente sobre os “escândalos” durante o parto, e que fingem não ouvir quando a mulher expressa alguma dúvida sobre algum procedimento ou simplesmente quer saber em qual fase de dilatação está.

Frente a esse comportamento dos agentes integrantes da equipe médica, é convalidado que os profissionais de saúde não possuem como imperatismo básico a regra priorizada lá no período de sua formação que garanta que o principal objetivo no parto, é dar “assistência” a mulher. Portanto, é ser acolhedor, ouvir a mulher, transmitir empatia e segurança durante todo o processo do parto. Esses são pontos muito importantes de uma atenção humanizada e de qualidade.

O parto humanizado começa com a seleção de uma equipe médica humana, capaz de sentir empatia e de ter vocação para todos os dias, participar do momento mais importante na vida de alguém. E que será lembrado, portanto por toda a vida dessa mulher.

Porém percebemos uma certa dificuldade por parte da medicina, de colocar em prática projetos que enaltece esse ideal de humanização em toda as etapas de assistência a mulher-mãe. Tal dificuldade é especulada por uma característica ditatorial da essência médica. Que é especular a vida e seus processos como manifestações orgânicas, universais e que, portanto, quantificáveis (TORNQUIST, 2003).

E dessa característica da medicina que quase arrasta popularmente o julgamento do “médico duro e insensível até em sua escrita”; que advém a resistência que vai de encontro com a ideia do parto natural. Que é justamente aquele de abandono da meios de controle para vivenciar um momento de entrega.

Sendo assim, sobre esse viés da entrega ao natural, encontra-se a medicina e a sociedade como um todo, pois é absolutamente difícil nos tempos atuais estar tranquilo em aceitar não ter o controle sobre nada do que está acontecendo.

Ainda mais neste mundo moderno onde controlamos todos os fatores da vida, onde o certo é agendar horários e se programar. É difícil pensar naturalmente e se entrega para uma vivência como essa, que não tem dia, nem hora para acontecer. E ainda ter que admitir que em se tratando de parto normal quanto mais abandono do controle melhores são os resultados.

Esse abandono de controle que deveria ser experimentado no advento do momento do parto, é vivido como regra, justamente na etapa do pré-natal. Onde deveria haver o controle de acompanhamento passo-a-passo abandonando as ideias naturais que permeiam a sociedade com a fabulação da mulher-mãe, sendo cem por cento pronta e aberta ou juízo da maternidade. Tal procedimento deveria seguir uma avaliação psicossomática. Pois os efeitos da materialização da maternidade são inócuos. Muito mais profundos e diferenciados do que se imagina.

Por conseguinte, o viés de assistência à gestante no Brasil ocorre tão somente na superfície rasa da fisiologia da mulher grávida. As necessidades no campo da área psicoemocional e psicossocial, ficam desprotegidas a mercê dos aspectos de desenvolvimento pessoal de cada uma para superação dos anseios e medos de maneira puramente individual, sem qualquer ajuda externa.

Apesar desse modelo de assistência pré-natal totalmente obsoleto, verifica-se que a grande maioria das mulheres tem ido para a maternidade com seus bebês bem cuidados, resultado de um sistema de serviços que se satisfaz com o bom resultado de peso, altura e desenvolvimento fetal regular.

Portanto considera-se fundamental o atendimento visando buscar compreender os aspectos sociais, emocionais e psicológicos, que podem e vão influenciar em toda forma de experimentação da mulher no âmbito do seu início de vida e construção nos moldes como mulher-mãe. Porém, não obstante a isso, pouco ou nada se sabe sobre como estão “indo” de fato essas mulheres para o trabalho de parto no Brasil.

Através do enfrentamento desses fatores, é possível viabilizar de fato a implantação de um sistema de serviços que seja amplo, satisfatório em seu meio neonatal e igualmente proveitoso em diversas áreas que são igualmente congruentes para a mulher-mãe e a sociedade em toda sua esfera de desenvolvimento.

Atingindo por consequência a implementação total dos programas ratificados pelo Brasil e das recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento - PHPN (Ministério da Saúde, 2000), do Ministério da Saúde (2001, 2006) e da *World Health Organization* (1985, 1996). Que apesar de completarem a existência de mais de trinta anos de orientação pela OMS, ainda não foram completamente validados, assim como os mais de quinze anos do lançamento do PHPN.

### **3.4 Maternidade da infância *versus* maternidade real**

#### **3.4.1 Puerpério**

Ao tornar-se de fato mãe, a mulher lida com o som de uma palavra estranha nunca pronunciada na infância: Puerpério.

Essa denominação médica é definidora do estado a qual a literatura se refere como pós-parto. Aquele período decorrente desde o momento do parto ao período em que os órgãos tanto genitais quanto físicos e o estado de um modo geral da mulher voltem às condições anteriores ao parto e à gestação. E tem término imprevisível, visto que se relaciona com o aleitamento materno.

O puerpério se divide em três etapas:

- **Puerpério imediato:** Do 1º ao 10º dia do pós-parto
- **Puerpério tardio:** Do 11º ao 42º dia do pós-parto
- **Puerpério remoto:** A partir do 43º dia do pós-parto

Durante este período a mulher passa por diversas alterações de caráter emocional, hormonal e físico. A primeira característica que deixa a mulher bastante desconfortável é uma espécie de “menstruação”, que nada mais é do que restos e fluidos decorrentes do parto. Muitas mulheres se queixam de não terem sido alertadas dessa questão. Muitas chegam a maternidade sem a famosa calcinha pós-parto dentro da malinha do bebê. Outras se queixam que não foram alertadas durante o pré-natal que o sangramento seria abundante. Podendo durar até 20 dias de fluxo intenso e ir diminuindo pouco a pouco.

Nesse período a característica que pulsa é o misto de sentimentos paradoxais. O encantamento pelo nascimento do filho saudável, o sentimento de alívio por não haver “morrido” no parto, coabitam lado a lado com o cansaço físico, emocional, problemas decorrentes do tipo de parto realizado; certa melancolia pela perda da barriga de grávida e os principais medos dessa fase: o medo de não conseguir amamentar e o de não ser capaz de atender todas as expectativas familiares, sociais na vida pessoal e principalmente no trato com o recém-nascido.

Desta forma, verificamos que os sentimentos experimentados no período gestacional, vão ganhando outras faces, outras preocupações que durante o período de gestação eram inimagináveis.

As mamas durante todo o período de gravidez não apresentaram desconforto, eram maleáveis e nas primeiras 6 ou 12 semanas de amamentação começam a causar um extremo desconforto. Podendo chegar a um quadro de infecção denominado Mastite.

Os sintomas da mastite são:

- Dor e sensação de febre no peito durante a amamentação
- Sensação de febre no seio
- Inchaço do seio
- Desconforto ou dor na mama
- Vermelhidão na área afetada
- Sensação de cansaço ou fadiga
- Febre e calafrios.

As causas da mastite podem ser:

- **Estase láctea.** Trata-se de uso da técnica de pegada da amamentação de forma incorreta ou o recém-nascido não dá vazão a esvaziar a mama. Assim, o leite que fica retido, causa muita dor, podendo levar a uma infecção.

- **Ducto lactífero bloqueado.** Trata-se do bloqueio do ducto lactífero. O leite fica retido no canal e empedra. Se não for rapidamente tratado, ocorrerá a infecção.

- **Bactérias.** Trata-se de bactérias provenientes da pele da mãe ou da saliva do bebê, que entram pelos ductos mamários, através de alguma fissura ou rachadura na pele do mamilo. Com o ambiente do leite propício, ocorre a proliferação de várias bactérias.

Neste contexto de extremos problemas sentidos pelas mulheres no puerpério, percebemos como é difícil e complexo a fase do pós-parto. Os canais de comunicação são pouca ênfase para esta fase. A mulher pensa que terá poucas dores, com pouco sangramento, que amamentar é fácil porque ela vê mulheres sorrindo ao amamentar nas propagandas da TV e que só terá que se preocupar em cuidar do bebê da mesma forma como fazia com as bonecas da infância. E descobre na realidade o quanto é difícil preparar um banho morno, carregando baldes de água para a banheira com pontos da cesariana...

Sendo visível a pouca valorização das necessidades que surgem com o advento da maternidade, percebemos que esse período concentra grande dilema a ser enfrentado pelas mulheres, tanto físico quanto emocional.

Também conhecido popularmente como período de resguardo ou quarentena, já que dura cerca de 40 dias. Porém em análise mediante a nova percepção da mulher nos dias atuais, esse período de puerpério, pode ser encarado num sentido mais amplo, daquele somente físico ou psicológico. Saindo de uma visão puramente conservadora de pós-parto, a mulher nos dias atuais demora cerca de 3 anos num período de transição para retomar a vida em todos os aspectos de antes da gravidez.

Por isso o puerpério é um período considerado sensível. Pois as mulheres podem apresentar inúmeros problemas de ordem fisiológicas e (ou) psicológicas, e não se atentarem aos sintomas, que geralmente são ignorados e tendem a serem tratados de forma quase que tardia, podendo gerar o óbito da mulher.

Os riscos diminuem quantitativamente se a mulher tiver um acompanhante para dividir as tarefas do lar e no trato com o recém-nascido e que auxilie com o conforto físico e emocional, e claro, se estiver sendo acompanhada por cuidados de enfermagem qualificada na área de obstetrícia. Sendo de suma importância o contato empático pelo profissional, de forma que este seja, para mulher um apoiador de suas demandas sentidas e possa de forma absolutamente acolhedora balancear as emoções sentidas. Conduzindo assim a mulher a um estado de mais serenidade e firmeza de suas emoções e capacidades para com ela e o filho.

Mesmo sendo considerado pela literatura médica e social um período de relevância significativa que inspira cuidados, no Brasil não existe em vigor um programa que atenda amplamente nos moldes do parágrafo acima exposto.

O cuidado necessário, visto como indispensável na manutenção da saúde física e emocional da mãe e até do filho, se dá nos mesmos moldes que a assistência do pré-natal. O cuidado no puerpério não é amplamente discutido e viabilizado pelos entes da sociedade até a adaptação da mulher nesse período transitório, não há ações voltadas para o enfrentamento e superação das dificuldades da maternidade.

Verifica-se que atualmente o controle do pós-parto é feito com direcionamento apenas do cuidado com o bebê. Exatamente visando o desenvolvimento do recém-nascido. E os cuidados que se dirigem a mãe, provém de uma congruência do estado físico dela para com o bebê. Exemplo disso, são as vacinas da mãe, verificação da retirada dos pontos do parto, se houver, e questões a respeito do aleitamento que ficam restritas como uma conversa rápida antes de entregar a alta do bebê ainda no hospital.

Dessa forma é feito o pós-parto no Brasil. Trata-se de uma “conversa” com poucas horas após o parto, entre o médico e a mulher antes de dar a alta para a mãe e o bebê com explicações de caráter basilar e de pouca profundidade. Visto que a mulher que recebe as informações

acabou de entrar em contato com o filho e ainda não teve a oportunidade e tempo para formar conteúdo de dúvidas para um aproveitamento efetivo das questões passadas pelo médico.

A mãe após isso geralmente terá uma consulta no ginecologista e possivelmente durante as consultas marcadas para o acompanhamento do bebê, será perguntada como anda a questão da amamentação e nada mais. Há relatos inclusive do total esquecimento dos enfermeiros e médicos de avisar sobre as dores na fase do aleitamento e nos procedimentos a serem tomados. Inclusive da possibilidade da mulher em caso de não conseguir desmamentar os seios em casa, se dirigir a uma maternidade ou hospital para fazer essa retirada com uma bomba específica.

Frente a esse grande problema de difusão das informações, percebemos a incapacidade dos programas de assistência em preparar e disponibilizar material informativo, tanto no período que compreende ao pré-natal, quanto no desenrolar do pós-parto. Muitas mulheres saem das maternidades e hospitais sem a carteira de vacinação com explicações básicas a respeito de cuidados básicos com ela e com o bebê. Assim também é verificado no campo de assistência do pré-natal, com as diferentes carteiras do pré-natal. Não há uma padronização e são feitas a gosto e conteúdo de acordo com o projeto local de governo.

#### 3.4.2 Rotina e vida social

Vemos que a experiência da gravidez e do parto devem fazer parte das considerações principiológicas do Estado, não como simples projetos de governo, mas como projeto de nação. Pois é a fonte principal de construção da sociedade: a família.

As vivências humanas constroem a sociedade e dela integram todos os agentes que devem e se envolvem nessa experiência desafiadora. Mulher e homem são chamados à responsabilidade, assim como seus respectivos familiares, para participarem da construção desse momento.

Porém, e quando a mulher não possui esse apoio? Mesmo aquelas que possuem uma relação considerada socialmente estável, casadas ou que possuem familiares próximos dispostos a auxiliá-la, passam por todas as dificuldades já esmiuçadas, imagine as consideradas mães solo...



A sociedade não costuma valorizar e dar ênfase aos casos de mulheres-mães que criam seus filhos sozinhas desde o momento do parto, e muitas vezes até, desde o momento que souberam que estavam esperando um filho. Talvez tal comportamento reflète o medo que esta sociedade tenha que se falar muito sobre o assunto, as mulheres deixem de sonhar em casar, ou que entendam que estão glamourizando esse tipo de situação e desmerecendo as mulheres que deram a luz a seus filhos dentro de um ambiente totalmente diferente de proteção e aconchego familiar.

O fato, é que elas existem e todo o conteúdo tratado até a presente página se torna ainda mais pesado para elas. Desde o momento de chegada a primeira consulta ao pré-natal. O medo da gravidez, aliado a incerteza e a sensação de estar só, unido ao peso de uma certa vergonha e medo do preconceito vivido nas esferas sociais.

Vemos que a sociedade trata a situação da mulher-mãe solteira e (ou) adolescente como se a maternidade fosse um castigo. “Você escolheu ter um filho, então, o problema é teu!” Esse tipo de conduta acontece amplamente na sociedade e também é sentido dentro do seio familiar.

Assim, a mulher solteira geralmente passa o período da gravidez sozinha ou com pouco apoio de seus familiares. Ocorre uma ligeira melhora de trato por parte dos familiares com a mulher-mãe após o parto. Quando os olhos se voltam para o recém-nascido que geralmente consegue quebrantar as resistências e as desavenças. Mas sempre permanecerá a dor de ter carregado o fardo sozinha e também haverá a dificuldade de não ter alguém para compartilhar os cuidados com a criança.

Há um ditado de origem Africano que representa um sentimento social que nós enquanto nação, não evoluímos muito bem. Ele diz: “é preciso uma aldeia inteira para criar um filho”. Esse pensamento expressa bem onde estamos falhando.

A realidade é que nos tempos atuais a maternidade tem sido muito mais dura e difícil para as mulheres do que jamais foi. Tal pensamento pode levar a dúvidas num primeiro momento, porque pensando de maneira rápida sem analisar os pormenores, vemos que a humanidade

evolui; a ciência evolui, tudo é melhorado e ganha novas facetas brilhantes e status de melhor e por tanto mais eficaz.

Observamos nos avanços significativos das técnicas da medicina. Cirurgias possibilitaram muitas mulheres a poder passar pelo parto com o menor risco possível de virem a óbito. O advento de técnicas ultramodernas de ultrassom, que permitem ao médico diagnosticar antes do nascimento um defeito genético, morfológico ou doença. Podendo até mesmo iniciar o tratamento durante a gestação. Formas cirúrgicas que já podem ser realizadas com o bebê ainda dentro do útero. Tudo nos leva a pensar que a realidade materna romantizada como um mar de rosas pelas nossas avós, em seus tempos, se encontra hoje, muito melhor.

Porém uma mudança social que parece sutil a olho nu, tem dado um rumo totalmente diferente e solitário as mães, principalmente aquelas de primeira viagem.

Com a inserção da mulher no mercado de trabalho e com o constante prolongamento da sensação de bem-estar no período da velhice, muitas personagens que povoavam as casas das nossas mães e avós, no período do puerpério, já não existem mais. Elas habitam em repartições públicas e privadas, estão ativas no mercado de trabalho, quem sabe até iniciando um novo negócio próprio. Fazem parte ativamente de atividades que tomam tempo e tem uma vida dinamizada dos mais impensáveis afazeres sociais.

Por esse motivo, percebemos em nossa sociedade um afastamento considerável dos membros que eram pilares de apoio das mulheres recém-saídas do parto. A transição que era feita de forma gradual com o apoio das avós, tia-avós e outros membros da comunidade, como vizinhas e etc, agora se dá via whatsapp e outras formas de comunicação social.

A mulher recém-mãe perdeu a força tarefa que lhe ajudou com o cuidado dos filhos desde os primórdios da civilização humana. Hoje esse acolhimento está frio e muito vezes nem mesmo existe.” As mães perderam o seu vale-banho”.

O dinamismo da mulher na sociedade trouxe a faceta da supermulher. Aquela que trabalha, faz pós-graduação, cuida da casa, dos filhos e ainda tem tempo para ficar bonita.

Essa glamourização de que a mulher tudo pode e sozinha tudo consegue, atinge até mesmo quem em outrora, já precisou e muito dos cuidados de uma mãe, avó, sogra ou outra mulher para sequer poder tomar um banho, lavar os cabelos ou até mesmo sentar a mesa e fazer uma refeição completa. Como se a mulher moderna tivesse descoberto a mágica da autossuficiência plena e que por isso não precisa ser cercada de apoio e cuidados.

Assim podemos constatar que em locais onde a cultura é mais voltada para interação entre as pessoas essa condição é mais amena, porém está presente. Vemos que mesmo em locais onde os recursos tecnocientíficos são de todo escassos ou até mesmo inexistentes, como as mães índias do Xingu, estão melhor assistidas por sua comunidade do que uma mulher no centro urbano de grande porte e com todo acesso a tecnologias médicas.

A lógica se dá da seguinte forma: se nasce um bebê numa tribo africana, no sertão do Brasil ou até mesmo em uma favela de uma grande metrópole, a avó, a bisavó, as tias, primas, vizinhas, cercam a nova mãe de cuidados e companhia. Ajudam em todas as etapas e tarefas das domésticas, aos cuidados com o bebê e higiene da mãe.

O mesmo também ocorre em bairros nobres, porém os personagens mudam para as empregadas domésticas e babás, além das doulas que são contratadas desde o primeiro mês de gestação e permanecem como conselheiras subjacentes às médicas cuidadosamente escolhidas. Sem falar em massagens e outros mimos que o dinheiro proporciona.

“temos um interessante cenário como fenômeno social: Nasce um bebê de classe média, a avó está trabalhando em tempo integral, o pai quando só tem cinco dias de licença, a vizinha do apartamento não só não ajuda como sequer conhece a família e ainda reclama do choro noturno. E a empregada quando existe, diz que é paga somente para cuidar da casa. A única mulher no planeta que é deixada para cuidar de um bebê sozinha sem nenhuma ajuda é a da classe média, urbana, ocidental. Pior: ela achava que ia conseguir...” Daniel Becker, pediatra e autor do site *Pediatra integral* (ECHEVERRIA; MENEZES, 2018, online)

O médico ressalta em seu blog que atende em seu consultório muitas mulheres que se descrevem essa situação de falta de apoio, e mesmo tendo que fazer tudo absolutamente sozinhas num período tão complicado que é a recuperação do pós-parto e transição da nova realidade, ainda são cobradas a respeito da organização e limpeza da casa, sobre as vacinas do bebê se estão em dia, ouvem piadas a respeito do peso ou de quando vão voltar ao trabalho

e perder a “barriga”. É um período muito sensível, sendo marcado por muitas críticas e nenhuma ajuda.

Outro problema “moderno” e que vem crescendo a partir de uma nova forma de estruturação das relações sociais é o crescente abandono do lar por parte do cônjuge como o nascimento do filho. Portanto ser mãe é solitário, intenso e igualmente difícil, mesmo para aquelas que tenham uma união sólida ou até mesmo dita “estável”.

A anunciação de uma nova vida no mundo vem carregada de expectativas, principalmente quando somos nós os responsáveis por instruí-la. Tal função é desempenhada sem ensaio. Não há quem nos instrua, podemos nos espelhar, tentar não cometer os mesmos erros dos outros, mas uma vida é sempre uma incógnita, um universo montando-se baseado no que passamos a ele. Somos desnudados e, não obstante, afrontamos também o companheiro que está no mesmo processo de despir-se de todas as máscaras. Por isso, muitas vezes, o relacionamento cai por terra e segue-se a caminhada, um a um. (SILVEIRA, 2018, online)

Com a chegada do primeiro filho ou talvez até de um novo filho, muitos casais têm perdido o foco dos alicerces familiares. Numa sociedade onde tudo muda e a sensação que temos é que estamos parados muitas vezes diante da vida, vendo-a passar. De repente vem a necessidade de experimentar algo novo, que venha preencher o vazio que nos assombra, a certeza de não estar sendo satisfeitos dentro de um conceito líquido, leva as pessoas a simplesmente abandonarem suas famílias, para viverem planos de vida como se nenhuma responsabilidade moral lhe fosse cobrada.

De fato, percebe-se que a sociedade se tornou bastante complacente com homens que abandonam as mulheres no momento mais sensível de suas vidas. Não há nos dias de hoje muito critério para se desconstruir laços familiares que deveriam ser de parceria e altamente valorizados pelo advento de um filho.

Os fatores psicológicos e emocionais que incidem hoje sobre os casais, são os mesmo de outrora, o que mudou são as formas de que nós hoje facilmente lidamos com os problemas. Numa sociedade que prega a ideologia da troca, e que tudo vale pela ideia de nos tornarmos satisfeitos. Assim, os conflitos que eram resolvidos com diálogo, perseverança e paciência, tomam formas de um desprendimento que tornam a base da sociedade, que é a família, algo sem valor.

Foram percebidos alguns fatores determinantes para criação de conflito que quando não abala as relações, destrói a relação do casal. São esses:

A fase do puerpério, como vista antes de grande oscilação de emoções e novos desafios para a mulher. Também é uma fase em que após o parto a mulher está vulnerável, queixosa, com dores e medos. A quarentena deve ser respeitada e, portanto, o casal se afasta ainda mais por conta da falta de intimidade sexual. Os homens são seres visuais e a mulher nessa fase se encontra, muito aquém do que um dia já foi.

Também é uma fase de luto. tanto a mulher quanto o homem, passam por situações de apego ao estado de liberdade de antes do nascimento do filho. Muitos casais relatam que ficaram anos sem ir ao cinema ou fazer atividades do rol de interesse o casal.

A divisão de tarefas também é considerada um problema, tendo em vista que como já dito anteriormente, a mulher de classe média, não conta mais com a ajuda efetiva das mulheres próximas para ampará-la com as atividades da casa e do bebê. O que significa dizer que uma parte dessa tarefa é deixada para ser realizada pelo homem quando esse chegar provavelmente a noite e cansado de um dia de trabalho. Se por ventura, esse não foi acostumado no trato das tarefas do lar, o embate é certo.

A tensão, esgotamento e privação de sono, dão a rotina um ar nada parecido com a propaganda de margarina. A ideia de ser feliz em meio a tanto cansaço e privação, vai ficando distante a ponto de que o homem já não vê mais sentido numa relação que ele não se encontra feliz, que já não sente mais atração física pela parceira e que os tempos são outros. Afinal, como diz o ditado popular, “ninguém é obrigado a ficar com ninguém”.

E assim, essa mulher-mãe se torna ainda mais vulnerável a essa nova superficialidade social pregada pela troca das relações afetivas, onde a família já não é mais sentida como ponto intocável das relações.

Dessa forma podemos compreender melhor como de fato estamos lidando com os vários ditames acerca da maternidade, que possui efeitos muito mais iníquos do que se imagina.

### 3.5 Licença a paternidade

Sobre a licença paternidade, atualmente a definição de 5 (cinco) dias, embora não deixe claro, a jurisprudência entende como sendo dias corridos, contados a partir do dia em que o trabalhador deveria comparecer ao trabalho. Além dos 5 (cinco) dias, houve uma mudança que regula o Programa Empresa Cidadã, definindo um prazo de licença paternidade acrescentando 15 (quinze) dias após o término da licença estabelecida pela constituição, ou seja, de 20 dias para as empresas participantes do programa.

Talvez o ponto chave que se ligue diretamente com a implementação de um pré e pós-parto de fato humanizado e atual, é a necessidade de extensão da licença a paternidade. Essa licença pode vir a ser um verdadeiro remédio a situação das mulheres no pós-parto. Já que pesquisas comprovam que mulheres que possuem os companheiros em casa no cuidado dela e do filho, tendem a não apresentar depressão ou estado de melancolia, tendo consequência direta na diminuição no estado de sangramento devido a diminuição do estresse.

Depoimentos de pais que conseguem estar ao lado da mulher e do filho já nos primeiros 30 dias, afirmam que a resposta a responsabilidade perdura, após o fim da licença, assim como o vínculo criado entre o filho e claro, com o novo olhar sobre a mãe.

Essa continuidade da responsabilidade ao qual os entrevistados se referiram, talvez se deva ao processo de repetição das tarefas realizadas sistematicamente ao longo dos 30 dias da licença a paternidade. Henrique Schützer Del Nero em sua obra intitulada de “O Sítio da Mente, Pensamento, Emoção e Vontade no Cérebro Humano de 1997”, fala sobre como são sentidas e processadas novas exigências comportamentais.

Entende-se que a partir da repetição de um modo de ação diferente, o cérebro se acostuma após um período, mas que, porém, os primeiros dias ocorrerá uma resistência à nova situação. O que ocorre, é que o cérebro entende como um risco ao status quo da rotina do ser-humano e tenta lutar contra as novas ações.

Sendo assim, ele passa a liberar toxinas que geram sensação de mal-estar pela nova requisição, mas se a pessoa persiste, após alguns dias o cérebro reconhece aquela atividade

como necessária, portanto boa e passa a liberar no sistema neurocerebral a transmissão de endorfina, dopamina, serotonina e ocitocina que são hormônios responsáveis pela sensação de bem-estar.

No caso da licença a paternidade, as tarefas antes simples que acabam se tornando exaustivas e muitas vezes envolvem confrontos entre o casal, que não encontra muitas vezes sincronia na divisão de tarefas, poderia se tornar de fato mais fácil se houvesse o empenho da sociedade de lutar por um sistema que ofereça a melhor opção de assistência que os pais podem dar a mãe e ao filho.

Como já descrito anteriormente, mãe e filho permanecem num período muito longo necessitando de todo tipo de assistência. O cuidado com o bebê e com as tarefas domésticas, geram um enorme risco, tanto para a mãe que na maioria das vezes se recupera de um parto cirúrgico, considerado uma cirurgia de grande porte, quanto para o recém-nascido.

Muitas mulheres relatam que sem o apoio necessário, submeteram seus bebês, mesmo que estando num período de aprendizagem para pegá-los, a enormes riscos. Tendo que fazer malabarismo enquanto cozinham com o bebê no colo. Momento de muito estresse para as mulheres que sabem que estão submetendo seus filhos a riscos e indo contra a lei natural de proteção dos mesmos, mas que precisam seguir com tarefas sozinhas.

Esse é o tipo de situação que deve abarcar o despertar pela extensão da licença a paternidade. O pai deve estar ciente que ao iniciar sua jornada como pai, deve não só buscar criar vínculo com o filho, mas de primeiramente garantir o suporte para que a mulher, agora mãe, possa encontrar tranquilidade para se recuperar de todo o processo do pós-parto e passar pela fase do aleitamento, que é muito dolorosa de maneira muito tranquila.

No geral o conhecimento sobre a maternidade é pouco difundido de maneira real e cria-se principalmente na mente masculina de que o cuidado com os filhos é uma tarefa de cunho fácil, simples, quando em realidade, já experimentada por muitos pais é o contrário. Muitos relatam que é mais cansativo ficar com os pequenos do que ir trabalhar.

Dessa forma, quando não há uma experimentação por parte dos homens nas tarefas e cuidados com os filhos, não há valorização dos ditames do dia-a-dia enfrentados pela mulher. Que como já dito passará pelo puerpério por um período que se estende por quase 3 anos. Sendo assim é certo que haverá conflito, podendo inclusive acarretar que o bebê venha a crescer numa família desestruturada.

Além de poder oferecer apoio a mulher e ao bebê a extensão da licença paternidade favorece o crescimento do homem em todos os sentidos. Muito se fala do fortalecimento do vínculo entre pai e filho, mas pouco se fala da importância do fortalecimento do liame do casal, que é a base do crescimento sadio não só da criança em questão, como de toda a sociedade.

Outro ponto importante nesse crescimento é a descoberta que a esfera masculina, também pode adentrar no “mundo feminino”, sem perder a sua essência. Hábitos adquiridos no exercício da paternidade durante a licença, tendem a se perpetuar mesmo após a volta ao trabalho. É uma chance de correção ou ajuste de certas posturas machistas.

Mas afinal, quanto tempo seria a extensão a licença a paternidade?

Através do estudo das situações descritas e vividas em sua enorme proporção pelas mulheres no pós parto, entendo que a necessidade da extensão da licença a paternidade, não venha a servir aos interesses de somente passar um tempo de qualidade com o filho, mas sim, de vir com a segurança de poder dar uma solução ao problema social que aflige as mulheres principalmente dos grandes centros urbanos e de classe média, que é a ausência de apoio no cuidado após o parto.

Sendo assim a licença ideal seria aquela que não fosse menor do que 3 meses. Pois a realidade brasileira atual corresponde a mais de 57 % de cesáreas. O que por si só já destaca a importância dela ser pensada num período não inferior a 3 meses, pois o tempo estimado de recuperação de uma cesárea é de 6 meses a um ano. Esses Três meses mínimos seriam correspondentes numa escala de recuperação da mulher, como se esta já fosse possível com 3 meses iniciar as tarefas mais básicas como conseguir levantar-se sozinha da cama sem sentir dores e o período crítico do aleitamento já em sua grande maioria tendo já sido superado.



Outro ponto que favorece a ideia da licença não ser menor do que 3 meses é o tempo de ambientação do ser humano em se habituar com determinada rotina. Uma licença menor do que os parâmetros biológicos de naturalização dos processos de rotina, inviabilizaria o processo de inserção desse pai na nova e abrupta rotina. Seria totalmente ineficiente, pois ele não conseguiria atingir a eficácia da ideia que biologicamente deve vir com a repetição. Se o pai volta ao trabalho antes de haver retido aquela rotina, os ensinamentos de participação nos afazeres do lar, com a criança e até mesmo com esposa que ainda precisará e muito de apoio, se perderão.

Dessa forma conclui-se que qualquer forma de pensar em licença a paternidade com efeitos de garantir proteção a mulher e a criança por período menor do que 3 meses se torna quase sem efeito. A licença deve vir como meio de assistência, não de mero acompanhamento de perto dos primeiros momentos do bebê, mas que acima de tudo proporciona uma mudança de paradigma do papel do homem no trato da casa, de cuidado da companheira num momento de extrema vulnerabilidade e na criação dos filhos. Sendo de suma importância para o alcance e a ratificação de determinados valores na sociedade. Aqueles de participação, empatia e cuidado.

### **3.6 Doenças relacionadas ao emocional materno**

#### **3.6.1 Depressão pós-parto**

A depressão pós-parto é o agrupamento de sintomas que aparecem em grande maioria por volta da quarta à oitava semana depois do parto. Estima-se que atinja cerca de 10 a 12% das mulheres nesse período. Já após esse período o número cresce de forma alarmante, cerca de 25% segundo a pesquisa constatada pelo estudo *Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012*, realizado pela pesquisadora Mariza Theme, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), e publicado na edição de abril do *Journal of Affective Disorders*.

Segundo o estudo constata que a cada 4 (quatro) mulheres, mais de uma apresentará a doença. A pesquisa entrevistou 23.896 mulheres no período de 6 a 18 meses após o nascimento do filho. Percebendo que o maior pico de incidência da doença se dá do 1º ao 5º mês chegando a níveis alarmantes de 26,3%. Também foi comparado os períodos referentes ao 6º a 9º meses com 25,7% e do 9º a 12 meses com 27,1%. O que mostra que o desenvolvimento da doença é gradual e a medida que os meses vão passando os números aumentam.

As investigações acerca da depressão pós-parto são de suma importância pois se trata de entender para melhor atender as mulheres. Esse transtorno causa enormes problemas no trato da mãe com o bebê e dela mesma com todos a sua volta. É um tema de extrema importância social, pois o estado depressivo da mãe impacta absurdamente na criação do vínculo materno com o filho, necessários por uma questão de sobrevivência do bebê.

De acordo com a literatura médica didática acerca desses transtornos emocionais no período do pós-parto, existem duas outras categorias de doenças depressivas: baby blues (nomenclatura dada ao estado de melancolia) e as chamadas psicoses puerperais.

O transtorno de nome estrangeiro, baby blues caracteriza-se pelo que podemos associar de uma depressão mais leve. Sendo perceptível pela constatação de sintomas como por exemplo: choro fácil e tendência a certa melancolia verifica-se que atinge aproximadamente 60% das mulheres a partir do terceiro e quinto dia após o nascimento do filho.

Esse tipo de depressão se caracteriza também pelo caráter transitório, por isso, a denominação “baby blues”, pois os contornos da depressão são como nuances de uma cor que vai aos poucos clareando até sumir. Porém o protocolo médico diz para procurar atendimento médico especializado se os sintomas de melancolia não desaparecerem após duas semanas (CAMACHO 2006).

Enquanto isso as chamadas psicoses puerperais, acontecem numa proporção de 1 a 2 casos por 1.000 mulheres ao ano. E os sintomas são bastante acentuados. Constata-se que as manias são frequentes e tendem a natureza da bipolaridade. Acentua-se assim: delírios, transtornos cognitivos, alucinações, humor deprimido, hiperatividade, ideias de cunho suicida e/ou infanticida, dentre outras alterações. Esses casos requerem tratamento imediato e

intensivo podendo chegar até mesmo a internação hospitalar segundo Felix, Gomes e França (2008).

Sendo assim, é de suma importância o pré-natal nos moldes da assistência psicossocial e emocional da gestante. Visando sempre o ato da prevenção como meio mais eficaz no combate aos problemas oriundos da mente. Principalmente feminina, que sempre é cercada de medos e ansiedades.

Nessa fase é imprescindível que a gestante tenha acesso a material informativo de fácil entendimento e seja municiada de informações que gradualmente ao longo do processo de cuidados preventivos do pré-natal, possam dar a ela a real proporção dos sentimentos e dificuldades a serem vencidos.

Principalmente se a gestante não possui meios de ter um acolhimento efetivo no pós-parto. Pois estudos evidenciam que um dos gatilhos que disparam a ocorrência de diversas situações por onde permeiam os transtornos mentais, é a carência de assistência e suporte recebido pela mulher, tanto de membros próximos da família, quanto do próprio parceiro. Também são situações de alerta a verificação do não planejamento da gravidez, estresse advento de um parto prematuro, luto pelo falecimento do filho, fase do aleitamento e violência sofrida na hora do parto, fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos todos esses fatores não cotados pela gestante que culminam no desenvolvimento da depressão pós-parto (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Na obra da psicopedagoga argentina Laura Gutman intitulado: A Maternidade e o Encontro com a Própria Sombra descreve:

“As mulheres puérperas têm a sensação de enlouquecer, de perder todos os espaços de identificação ou de referência conhecidos; os ruídos são imensos, a vontade de chorar é constante, tudo é incômodo, acreditam ter perdido a capacidade intelectual, racional. Não estão em condições de tomar decisões sobre a vida doméstica. Vivem como se estivessem fora do mundo; vivem, exatamente, dentro do mundo-bebê.”

Assim sendo, nas palavras da autora: “O bebê manifesta aquilo que não é reconhecido conscientemente pela mãe”. Portanto verifica-se pela obra supracitada que podemos entender

esse universo o qual mergulha a mulher no puerpério, partindo da ideia de que tudo que internamente machuca-a por dentro, o bebê expressa por fora com choros.

É um mergulho muito profundo e interno de cada mulher, pois nesse momento em que ela sabe que precisa dar ao filho tudo aquilo que ele necessita, e quase sempre a sensação é de insegurança, que oscila para uma absoluta certeza de que ela não conseguirá suprir as necessidades dele, pois ela mesma não sente que tem para poder compartilhar com o filho.

Portanto a sensação da depressão pós parto é descrita como algo que toma a mente da mulher da seguinte forma: Tudo o que o bebê precisa de uma hora para outra, ela sente que não conseguiu reunir condições em uma vida inteira para si própria e que portanto não consegue vislumbrar uma saída para sozinha reunir condições de providenciar para o filho aquilo que ela também precisa; proteção, confiança, amor, carinho, amparo, felicidade...E quando a mulher sofre pela dependência emocional de alguém, isso se torna ainda pior, pois ela não se sente pilar para sustentar sozinha tanta responsabilidade.

A desmistificação da depressão pós-parto, é uma das soluções para avançarmos na prevenção e tratamento do problema. É importante que a sociedade tenha contato sobre o tema, e que não veja o transtorno como falta de caráter. É significativo para esta sociedade aprender a trabalhar com a realidade dos momentos de fragilidade de cada um, homens e mulheres.

A ideia que nasce da necessidade de romantizar para poder criar o intuito de que a pessoa se fortaleça no enredo do mito criado, não é solução para os problemas. A sociedade tende a mascarar os problemas e a inventar mundos que distorcem a realidade, tornando-a até de certo modo inviável de ser vivida, pois as expectativas são tão altas e irreais que se fundem num mundo de magia onde deixa a mulher mergulhada na realidade e a impressão que ela tem, é de decepção pela situação e solidão. Pois todos a sua volta parecem estar emergidos e felizes naquele mundo mágico que ela deveria por excelência sentir.

Identifica-se presente na sociedade a ideia de que a depressão pós-parto é um mero e absoluto desvio de caráter. Ela está presente nas vilãs das novelas, filmes e etc... Então essa ideia persiste. Pois mesmo que hajam várias discussões nos meios acadêmicos e eventos

internacionais dos principais órgãos de saúde, ainda nos dias atuais, a mídia como um todo dá ênfase a depressão do pós-parto, desenvolvendo-a nos moldes de um caminho perverso percorrido pela mulher, rumo ao infanticídio.

Constata-se que é um tabu. E as mulheres que até mesmo reconhecem os sintomas e sabem que precisam de ajuda, se calam. Elas acham que os sintomas irão passar com o tempo e que irão conseguir de alguma forma lidar com isso sozinhas.

Por este motivo muitas relatam que escondiam os sites de pesquisa para que os companheiros não vissem o conteúdo ao qual estavam pesquisando. Ressaltando que o principal medo era que quando o filho atingisse uma determinada idade, de entendimento, fosse lhe falado a respeito do evento depressivo. Gerando assim, abalo ainda maior nas relações com a criança. Nota-se que mesmo imersas no advento do transtorno as mulheres lutam para que não atinja o conhecimento do filho, o seu “legado de fraqueza”. As mulheres realmente não querem passar por isso e se sentem num redemoinho de culpa que as jogam numa espécie de “roda de hamster”, onde as frustrações e a culpa as colocam numa espiral infinito.

Com esse desenvolvimento social errôneo e perverso, a mulher com esse transtorno é colocada automaticamente na qualidade de possível assassina do filho. Portanto aos olhos da sociedade, esta deveria receber uma punição, tão somente por cogitar em dizer que está em depressão pós-parto e não um “tratamento”. Não há espaço para considerações acerca das nuances do problema.

A partir deste juízo social, a mulher segue sentindo-se assim como vilã de sua própria história. Por isso a dificuldade em tratar o problema. Pois se ela não pode falar sobre como se sente, tornasse quase impossível então pedir ajuda, mesmo que seja para apenas acompanhá-la a uma consulta para tratar de depressão pós-parto.

Mesmo na busca por assistência médica especializada para ajudá-la o período não é dos mais fáceis a sua locomoção. Observa-se que neste período de imensos desafios, a mulher percebe-se fisicamente indisposta, com dores que restringem a sua locomoção, bastante

fragilizada e insegura torna-se medo o simples caminhar pelas ruas com seu bebê recém-nascido.

Tendo esse cenário em mente, vemos o quanto é uma batalha, a simples tarefa de levar o filho nas consultas e o quanto a mulher enfrenta em reunir forças para então sair e buscar tratamento psicológico para ela, carregando nos braços o bebê. Tendo que amamentá-lo nas ruas, muitas vezes contendo o grito das fortes dores do ato do aleitamento e o mais importante: sem saber se será de fato atendida e de que forma irão olhar para ela. A incerteza do atendimento quase sempre estimula a desistência pela procura por tratamento.

É desta forma, para que haja maior procura por tratamento é de suma importância que a sociedade esteja empenhada na desromantização da maternidade. Pois é o propulsor de um dos caminhos que se aproximam de uma resposta para prover um melhor desfecho as vivências maternas nesse período tão cheio de mistérios e falsas expectativas. É importante que não somente a gestante quanto também seu companheiro ou familiares que ficarão no trato durante o período do puerpério da mulher, conheçam os processos nos quais ela irá passar e tenham acesso a definição desses sintomas para que possam assim, não somente ajudar a identificar, como também a compreender melhor o universo particular o qual aquela mulher irá imergir.

## 4 FORMAS E LINHAS DE GESTÃO E CUIDADOS DA GESTANTE

### 4.1 Assistência à saúde primária da mulher no pré-natal e ao pós-parto

A saúde é um direito de todo cidadão, devendo o Estado garantir por obrigação que ela chegue de maneira igualitária e de qualidade a toda a população. A Constituição Federal de 1988 recomenda como direito de todos e dever do Estado, o qual deverá assegurar:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Encontramos no artigo 2º da Lei Orgânica de Assistência à Saúde - LOAS (Lei nº 8.080/90) que reitera:” a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990, p. 01). Preconizando o interesse público em garantia de seu pleno cumprimento, de forma igualitária e acessível a todos os indivíduos ou grupos em todos os âmbitos, primário, secundário e terciário.

Portanto como vemos, o texto constitucional e o ordenamento jurídico nacional, não faz assepsia de pessoas ou condições para que o serviço chegue ao usuário de forma igualitária as demais regiões ou pessoas e que seja provido de qualidade no serviço.

Dessa forma a qualidade e atenção com o pré-natal, assim como o parto e ao puerpério devem ambicionar a melhor condição possível de saúde para a mulher e o feto/recém-nascido. Possibilitando uma passagem mais tranquila pelas fases que a mulher-mãe irá percorrer. Garantindo desta forma com o auxílio de todas as ferramentas possíveis e disponíveis em diversas áreas do saber para que de forma organizada, possa reunir as condições necessárias ao estabelecimento do vínculo entre mãe e filho, bem como da inserção à sociedade de uma nova mãe.

Para que haja esse fim, é de suma importância que uma força tarefa de profissionais capacitados e que se envolvam verdadeiramente com a temática delicada. Preconizando tanto

o atendimento técnico quanto humano. Chamando-os a responsabilidade e reflexão de cada um dos membros agentes concretizadores em todos os processos desse direito, para garantir o apoio da saúde física, emocional, conjugal, familiar e social das mulheres mães de todo o Brasil.

Para tanto, é necessário pensar no ponto primordial acerca do problema: Instituir de maneira Nacionalizada, portanto, organizada nos moldes principiológicos ditados na constituição federal. Atingindo assim o escopo do dever da universalidade, igualdade e qualidade nos serviços. Dessa forma os critérios de atuação seriam de caráter Federal, obedecendo aos mais criteriosos estudos a respeito do tema, e não mais estando sujeitos a passagens esporádicas de governos e partidos. Que ao mesmo passo que instituem, destituem programas.

A etapa a seguir deve partir de um plano nacional que leve em consideração o compromisso com um resultado satisfatório da atenção, à gestante e ao significado deste resultado para cada mulher. A etapa de ratificação de um pré-natal organizado em suas etapas de atividade como escopo de direcionamento e preenchimento de todas as lacunas que possam vir a dar causa a problemas futuros para a mãe e o bebê.

É na etapa inicial do cuidado com a gestante, que se mostra a verdadeira oportunidade de garantir a mulher toda a chance de se preparar. Seja para a gestação, parto e pós-parto. Devendo os agentes observar que para muitas mulheres, esse é o único momento que ela de fato chega a ter e aceitar informação. Pois num país desacostumado a prevenção, muitas após o parto não voltam para as consultas de rotina. Entendem que a obrigatoriedade do acompanhamento materno acaba, quando há o nascimento do bebê considerado por ela sadio.

É nesse momento inicial que havendo o cuidado e atenção necessários, os demais passos tornam-se mais fáceis pois o trabalho de prevenção de problemas já foi realizado.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o termo foco que agrega todo o aparato da rede de saúde para atingir a base da pirâmide estrutural que providenciará um conjunto de ações em âmbito individual e coletivo que agiram no foco dos principais problemas verificados. É o combate inteligente, pois se apega a tratar a raiz dos problemas. Com a proteção e promoção



da saúde, que por sua vez previne agravos futuros e destina para encaminhamentos específicos e de ordem também reabilitacional.

A Atenção Primária à Saúde é definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além de representar a coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural. Ela compreende quatro atributos essenciais: o acesso (primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde), a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema. Ademais, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações em Atenção Primária à Saúde: a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), a orientação comunitária e a competência cultural. (BRASIL, 2009, p. 09).

Não obstante, a tendência ao crescimento da distribuição do pré-natal ter de fato aumentado, ainda é possível medir através dos dados dos estudos de transtornos psicossociais que vivem as mulheres puérperas, que ainda estamos a desejar no desafio de garantir nessa etapa verdadeiramente a promoção de sua saúde, evitando que situações de adoecimento futuro aconteçam.

Com isso constatamos que a principal finalidade do pré-natal, a prevenção, a grosso modo tem falhado. Por isso a importância de repensar os moldes atuais dessa etapa que sofre impacto do desenvolvimento econômico, social e humano de acordo com as peculiaridades de cada região.

O que significa buscar um direcionamento diverso, ao abordado até agora, mais amplo e focado no maior dos problemas atualmente enfrentados: o acolhimento psicológico e social da mulher-mãe. O sistema ao longo dos anos tem se concentrado em fundar suas bases no desenvolvimento fetal e com isso, foi deixando passar a oportunidade de cuidar também da mulher de maneira ampla. Percebendo assim as nuances de suas particularidades físicas, psicológicas e sociais.

#### **4.2 A importância da visita guiada aos centros obstétricos das maternidades**

Sabemos das transformações experimentadas pelas gestantes no período da gestação. Até mesmo aquelas que possuem nível escolar satisfatório, embarcam num universo de dúvidas anseios e medos. Algumas nunca passaram por intervenções médicas, outras encontram no

ambiente hospitalar algo pouco animador devido ao histórico de perdas de familiares e entes queridos. O que se percebe é que desencadeia nas pessoas a visão do núcleo hospitalar como hostil, ou até mesmo fúnebre.

Porém, não é só a experiência individual das gestantes que influenciam a forma como elas se relacionam com o ambiente hospitalar. A mídia a todo momento evidência em seus meios de comunicação, fatos, que apesar de retratar a realidade vivida na saúde do país, não contribuem com a tranquilidade das mulheres ao se dirigirem até as unidades onde foram direcionadas pelo sistema a terem seus filhos.

Pensando em garantir uma aproximação dos profissionais de saúde que integram os núcleos de obstetrícia com as gestantes, que a visita guiada às maternidades funciona. Ela é um instrumento que se configura como uma ponte a qual o oferece-se um contato físico com as unidades e ao aparato técnico dos ambientes que serão posteriormente oferecidos a gestante, assim como oferece a oportunidade de conhecer pessoalmente antes do parto os profissionais que integram o quadro obstétrico.

As mulheres que fazem o pré-natal nos núcleos de assistência primária pelo sistema único de saúde (SUS) passam, portanto, o período dessa assistência desenvolvendo um vínculo com os profissionais lotados daquela unidade, mas é uma incógnita para as gestantes do SUS quais serão de fato os profissionais que estarão presentes com ela quando o momento do parto chegar. Amenizando o medo a tensão e a ansiedade por esperarem uma vivência que se dará em local e com pessoas desconhecidas.

O programa permite além do contato pessoal da gestante com o quadro de profissionais que integram o fluxo de atendimento hospitalar, permite dentre outras coisas que a mulher conheça alguns setores importantes com enfoque à visita ao centro obstétrico. Visita dos quartos onde ela e o bebê ficarão, o berçário e os chamados PPP (quarto de **P**ré-parto, **P**arto e **P**ós-parto).

Está oportunidade também se mostra propícia para que durante as palestras ofertadas na visita, dúvidas sobre procedimentos como a episiotomia, probabilidade de métodos farmacológicos para alívio das dores e a abordagem da importância da amamentação durante os seis primeiros meses do bebê.

E essa aproximação garante também a mulher conhecer não só as instalações, o que evita atropelos e direcionamento mais rápido aos locais devidos, como também dos procedimentos e aparato disponível para que ela possa se familiarizar e assim dê formas mais concretas ao dia do parto. Que já toma no imaginário da mulher outros moldes menos nublados.

A visita guiada também se mostra extremamente positiva a todo contingente hospitalar, uma vez que se tem a possibilidade de cada um veja e se reconheça no seu papel. Tantos das mães e usuários, quanto da equipe que integra o quadro da unidade. É positiva também para ampliação da visão e contato dos residentes acerca dos cuidados com as gestantes e sobre os encadeamentos da enfermagem obstétrica. Por isso a importância de ratificação do programa em todo território nacional. Seja nas unidades públicas quanto nos particulares.

#### **4.3 Plano de parto e a importância da sua elaboração**

O plano de parto é um instrumento importante para a valorização da atenção ao parto no sistema de saúde, possibilitando uma dinâmica positiva entre o planejamento do parto e o nascimento, detalha Suárez-Cortés et al (2015). Segundo os autores, é o plano de parto que permite a redução de riscos e custos com saúde e hospitalização da mulher e do recém-nascido e que permite o exercício da autonomia da mulher que pode eleger a posição de dilatação e parto, a ingestão de alimentos e outras particularidades exigidas pelo momento.

Ocorre que é pelo plano de parto que “[...] durante o pré-natal, trabalho de parto e nascimento seja possível que a mulher estabeleça um poder de decisão sobre todas as dimensões da parturição” (MOUTA et al, 2017, p. 02). Nesse sentido, esse documento se torna uma ferramenta de direito fundamental, constituindo um elemento do acesso à saúde e a dignidade da pessoa.

É possível afirmar que o plano de parto proporciona um processo de parto mais natural, fisiológico, que melhora as dinâmicas de comunicação da mulher – a protagonista desse momento e principal pessoa a ser ouvida – com os profissionais de saúde, promove a conscientização das mulheres com todo o contexto e as particularidades do momento do parto – que, costumeiramente, não são amplamente divulgados (MEDEIROS et al, 2019).

Discute-se, até mesmo, como o plano de parto pode influenciar, de forma determinante, no empoderamento feminino, com a possibilidade da mulher ganhar poder interior, tendo o controle e todas as dinâmicas atinentes a sua própria vida e aos seus direitos (MOUTA et al, 2017).

#### **4.4 Organização Do Processo Assistencial (Idealizado)**

De acordo com as mulheres entrevistadas e usuárias do SUS na pesquisa o sistema deve oferecer serviços integrados de atenção ao pré-natal e puerpério nos seguintes moldes:

- Apresentar o diagnóstico da gravidez
- Ofertar o acolhimento da mulher com atraso menstrual

Ao procurar a unidade de saúde a mulher deve ser encaminhada de forma acolhedora e discreta. Sendo orientada por profissional que a auxilie de forma a não julgá-la, mas oferecer na oportunidade da ocasião de acolhimento com orientações sobre métodos contraceptivos no caso de negativa do exame.

- Disponibilizar o teste de confirmação para gravidez

As mulheres que apresentem a partir 12º semana devem ser encaminhadas imediatamente para coleta de material laboratorial sanguíneo e imunológico de gravidez (TIG) que é uma excelente opção pois sendo o exame de urina um exame confiável de pouca margem de erro quando se trata de atraso na menstruação de 7 dias. Assim, confirmada a gravidez, a mulher já entra no programa de assistência, ainda que aguarde a positividade definitiva do teste laboratorial.

A seguir, enumeram-se os passos do processo assistencial

- 1 Do início da assistência

Ocorre o agendamento em grupo para uma palestra com demais gestantes cadastradas na localidade. O objetivo é criar desde o início uma interação das mulheres de uma mesma localidade, e que estas se conheçam e troquem experiências. Criando assim uma rede de apoio que irá ser presidida por profissionais capacitados nas diversas áreas referentes a saúde materna durante todo o período do pré-natal.

## 2 Primeira consulta/entrevista

Essa consulta trata-se de uma entrevista com a gestante em caráter íntimo. Ou seja, entre ela e a profissional capacitada. O objetivo é que a gestante possa nesse primeiro encontro expor todo o seu histórico de vida e expectativas com a gestação.

Sendo assim, uma espécie de “senso” onde o profissional irá conhecer e observar o perfil da mulher para incluí-la em outros programas de assistência e/ou de acompanhamento especial. São esses:

- Histórico familiar conturbado.

Trata-se de averiguar como foi ou é o convívio familiar da mulher e/ou companheiro. Relevância nos aspectos da relação de aceitação da família com o advento gravidez.

- Sinais de tendência a dependência emocional.

Trata-se de averiguar as relações da mulher com os membros mais próximos. Possui relevância pois essa característica de personalidade possui fortes inclinações a depressão no puerpério.

- Se há rede de apoio.

Trata-se de expor a gestante os benefícios de ter um rol programado de pessoas que possam de fato ajudar no puerpério. Havendo incluir os nomes para que futuramente possam assistir a uma palestra sobre os cuidados acerca do que realmente envolve o pós-parto.

Verificando a impossibilidade de rede de apoio inclusão do cadastro especial de assistência domiciliar pós-parto e cadastro virtual.

- Cadastro especial de assistência domiciliar pós-parto.

Trata-se de cadastro de mulheres em situação verificada de vulnerabilidade e risco social. Com a inclusão desse cadastro a mulher estaria na lista de prioritária de visitas domiciliares regulares de agentes de saúde.

- Cadastro especial de assistência virtual pré e pós-parto.

Trata-se da criação de grupos de redes sociais, tais como whatsapp, telegram com o objetivo de estabelecer um canal de acolhimento diário das gestantes/mães em situação de vulnerabilidade e solidão. A relevância se dá pois atualmente verifica-se que estes são os meios de comunicação com melhor adaptação portanto mais rápidos e eficazes.

A ideia trazida no debate realizado durante a pesquisa, é que fosse um grupo aberto para que as participantes falassem entre si, sobre a administração de profissionais da área, mas que não seria obrigatório a inclusão do cadastro. Porém houveram discordâncias a respeito do caráter aberto ao diálogo entre as participantes. Ficando a critério, portanto da unidade de saúde a forma de realização desse tipo de acolhimento.

- Gravidez não desejada ou gravidez na adolescência.

Trata-se do acolhimento sem julgo durante todo o processo de assistência, com encaminhamento ao setor de psicologia e grupos de apoio.

- Situação do estado civil com verificação se há histórico de abuso por parte do parceiro

Trata-se de averiguar a real situação conjugal da gestante. Em caso que se verifique que a mulher é mãe-solo encaminhar para setor de psicologia e grupos de apoio. Atentando-se para a situação da mulher sem cônjuge sobre o direito ao recebimento de pensão de caráter gravídico do genitor do bebê. Lei Federal (nº 11.804/08).

Havendo constatação de histórico ou episódios esporádicos de abuso ou tempero agressivo por parte do companheiro ou genitor encaminhar para os núcleos e órgãos de proteção a mulher.

- Histórico de depressão

Havendo a identificação de transtornos já ocorridos ou em situação de depressão encaminhar imediatamente para psicologia e demais núcleos de apoio.

- Risco gestacional e/ou histórico de óbito fetal

Trata-se de verificação da qualidade da saúde física e emocional da mulher. Encaminhando-a para exames mais regulares com períodos menos espaçados, acompanhamento com psicólogo. O acolhimento dessa gestante é particular pois há o fator “risco” que gera muito estresse, devendo estabelecer estratégias que visem o plano de ação terapêutica com especialistas, inclusive para alívio do estresse.

- Problemas de saúde ou locomoção

Trata-se de estabelecer plano de ação terapêutica específico e verificado a necessidade incluir no cadastro de atendimento domiciliar ou uso de ambulâncias ou outros meios disponibilizados pela administração.

O Profissional deve ter experiência para efetuar a análise das informações desse interrogatório e avaliação clínica, contando com o apoio de assistência social adequada e direcionada a cada caso, devendo solicitar caso necessário demais órgãos que atuem na defesa e promoção dos direitos da mulher.

Devendo também o profissional estimular a participação da gestante assistida nos núcleos de apoio e acolhimento que seriam oferecidos no programa. Sempre ressaltando a sua importância sem de fato obrigá-la.

### 3 Consultas regulares

Estimular com que o pai ou pessoa de confiança a escolha da gestante, possa acompanhá-la nas consultas. Devendo ser aceito em todo território nacional como compensação de dia de trabalho aquele que apresentar independe de vínculo com a gestante ou bebê, atestado de comparecimento a pré-natal em caráter de acompanhante.

O atestado supracitado seria um remédio imediato a situação da mulher sem família ou mãe-solo. O direito a ter acompanhante nas consultas deve ser um direito a ser ampliado. A mulher durante todo o período gestacional passa por situações tanto físicas quanto emocionais. Como desequilíbrios, enjoos, tonturas... Portanto o direito a acompanhamento até a consulta é imprescindível.

### 4. Visita guiada

Trata-se de ampliar a visita guiada as maternidades com palestra sobre o processo de trabalho de parto, aleitamento, esclarecimento de dúvidas, conhecimento dos setores de atendimento a gestante e o acompanhante, bem como da apresentação de suas instalações gerais e de uso exclusivo do pré-parto, parto e pós-parto. Tanto em todas as unidades públicas do país quanto nas unidades particulares.

### 5. Instruções sobre plano de parto

Plano de parto, trata-se de uma carta que poderá ser tanto nos moldes de uma carta ou em formato de lista. Onde a gestante expõe de forma clara e precisa quais são os procedimentos que ela gostaria e espera que aconteçam ao bebê e ela durante o parto. Lembrando que o plano de parto baseia-se na vontade da gestante, respeitando os observados estudos acerca da fisiologia normal do parto. Ou seja, refere-se a intervenções médicas de cunho desnecessário, obsoleto. Sendo muitas vezes violento e desrespeitoso a mulher e ao bebê.

É, portanto, um documento que garante a mulher voz e autonomia no processo do parto. É importante pois ajuda a equipe médica tanto a proporcionar a mulher o que de melhor ela espera desse momento quanto por via indireta, a fomentar na equipe médica a consciência de produzirem o melhor resultado do parto dentro das linhas éticas da profissão. Pois muitos



profissionais ligados no “piloto automático” sabem que alguns procedimentos antes feitos, hoje são obsoletos, considerados como de cunho mutilador e desnecessário, mas o fazem mesmo assim, simplesmente por se sentirem melhor na sua zona de conforto.

O Plano de parto é visto como histeria pelos médicos e todos os profissionais de obstetrícia, mas ele é umas das primeiras recomendações da Organização Mundial da Saúde-OMS para prevenir práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas.

#### 6. Área física e recursos materiais

As entrevistadas disseram que encontraram dificuldades em algumas unidades de saúde pois segundo relatos algumas encontraram problemas de acessibilidade como pediatria em andares superiores e problemas com elevadores. A falta de repartição específica dentro das unidades de atendimento à saúde básica, para atender os recém-nascidos e as mães com uma área de amamentação. Visto que não estão imunizados e geralmente as mães esperam pelo atendimento, com os bebês pelos corredores das unidades de saúde em meio a todo e qualquer usuário. Muitas vezes transitando de modo a colidir com os bebês no colo da mãe muitas vezes espirrando e tossindo sem qualquer consideração pelos recém-nascidos.

#### **4.5 O significado do pré-natal para as usuárias do SUS: apontamentos da pesquisa qualitativa**

Considerando as disposições normativas sobre a assistência ofertada pelo Estado brasileiro, responsabilizado por força do art. 6º da Constituição Federal a dispor de políticas públicas no âmbito da saúde para a promoção da dignidade da pessoa (art. 5º CF/88), essa seção apresenta os apontamentos de utentes do Sistema Único de Saúde no transcurso de seu acompanhamento pré-natal. Com isso, pretende-se apresentar os contrapontos entre o ideal e a prática das políticas públicas de promoção da saúde da mulher pela ótica das usuárias.

Através do desenvolvimento de um roteiro prévio, privilegiando a participação aberta das participantes, foi instrumentalizado um grupo via aplicativo whatsapp e com ajuda de agentes comunitários, das respectivas unidades supracitadas, foi possível o cadastramento das participantes no grupo.

Foi desenvolvido um roteiro para entrevista de forma semiestruturada, sobre assuntos de caráter especulativo acerca do trato durante as consultas no pré-natal, mas que no decorrer do contato os efeitos se tornaram muitas mais extensos do que a priori se pensou.

### **Participantes**

As participantes foram selecionadas seguindo os critérios pré-estabelecidos de inclusão: ter feito pré-natal no SUS, já ter passado pelo parto e ter mais de 5 meses de puerpério com histórico de falta de acolhimento durante e após o parto e haver sofrido de picos de depressão.

Participaram do estudo 8 mulheres, sendo 3 da unidade da Ilha do Governador, 2 de Bangu e 3 na unidade de Caxias. As entrevistadas eram em sua maioria jovens na faixa dos 24 anos, variando de 19 a 37 anos com desvio de padrão 5,5.

Um dado chamou a atenção, todas são mãe-solo atualmente e não conseguiram restabelecer o lado da vida afetiva com outros parceiros.

Quanto à escolaridade, todas possuíam o ensino médio completo ( $n=8$ ), seguido por ensino superior incompleto ( $n=5$ ), ensino superior completo ( $n=1$ ) verifica-se, portanto, o nível elevado de escolaridade das participantes. As entrevistadas foram nomeadas de P1 (Participante 1) a P8 (Participante 8).

A seguir, apresentam-se as perguntas realizadas para as participantes, bem como as respostas dadas pelas usuárias. Essa exposição da entrevista é justificada pela importância de contrapor o ideal do processo de assistência à saúde da mulher com a prática do atendimento. O resultado entre a contraposição da teoria e da prática das políticas públicas de saúde é averiguado na fala com a experiência de cada usuária.

### **Qual o significado do pré-natal?**

“Pré-natal é o conjunto de medidas para saber como está o bebê. O médico quer saber como ele está se desenvolvendo, se o coração bate certinho, se a pressão arterial da mãe vai bem, exames, essas coisas.”

Vania 24 anos atendente de loja, mãe de Matheus Luíz de 2 anos

“Pré-natal, é importante, porque você tem como saber se o seu bebê tem alguma coisa; algum defeito, sei lá... Lembro que tinham os exames de sangue, a médica me pesava e eu estava sempre acima do peso. Mas a médica não falava nada sobre isso. Tipo, alguma dieta, sei lá... Eu estranhava ela dizer que se os exames estavam bons eu não precisava me estressar tanto... Ela só verificava a pressão e perguntava se eu estava sentindo alguma coisa.”

Priscilla 29 anos autônoma, mãe de Enzo de 1 ano e 8 meses

“Pré-natal é para cuidar do desenvolvimento do bebê. Eu ia mais para poder ouvir o batimento cardíaco do Felipe, porque minha prima sempre verificava a minha pressão e eu sempre me pesava em casa. O controle que eles faziam lá, no posto, eu já fazia em casa. A parte mais legal do pré-natal são exames de escutar o coração do bebê e o ultrassom. Mas eles não te deixam ver por muito tempo o bebê no ultrassom... é tudo muito rápido. Deve ser pela quantidade de gente para fazer o exame, eu acho.”

Izadora 35 anos autônoma, mãe de Felipe de 4 anos e 6 meses

“Pré-natal, é para cuidar da criança mesmo. Fazer todos os exames que são bons para a criança e desenvolvimento dela. Eu tive dois abortos espontâneos e morria de medo de ficar em pé por muito tempo durante o atendimento. Ficava horas lá e parecia que quanto mais eu reclamava, mas me deixavam esperando. Acho que eles tinham que ter um sistema que identificasse casos mais graves, pra gente não ter que passar por certas coisas.”

Denise 22 anos, estoquista, mãe de Emanuela

“O Pré-natal é todo o cuidado para ver se o bebê está bem e se desenvolve bem. São exames. Acho importante ir. Eu tive descolamento de placenta do meu filho Arthur. Imagina se eu não tivesse ido na consulta? A médica disse que teria perdido meu filho...”

Jussara 37 anos, autônoma, mãe de Bianca 4 anos e Arthur 2 anos

**Já passaram por alguma complicação durante o pré-natal de ordem emocional ou social? (Depressão, problemas familiares, desemprego e etc...) Se positivo, como você acha que os profissionais poderiam tê-la ajudado?**

“Sim, lembro bem daquela época. Passei perrengue porque tive meu filho enquanto meu marido me traía com a vizinha. Teve vezes que chegava da consulta e ele estava na casa dela. Foi essa época que desenvolvi depressão. Me achava um lixo. Hoje me arrependo porque sei que o que eu tinha era uma dependência dele sem explicação. Fiz muita besteira naquela época. Ficava sem comer pra não poder engordar demais. Tinha medo de ficar muito feia depois do parto e ele terminar de vez e ir embora. Também transava com ele e fazia as vontades, sabe, para poder ele não me deixar de vez. Minha gravidez era de risco porque sou hipertensa, mas transava mesmo assim. Na época também não tinha emprego dependia dele pra tudo e todo mundo me dizia que eu mesmo estando com um problemão em casa, tinha que estar feliz. Foi complicado, porque eu ficava com raiva. Cheguei a ter raiva do meu filho, porque eu já estava com 9 meses e meu marido ainda não estava feliz com a gravidez, e pior, eu não conseguia sair de casa para ver o que ele andava fazendo pela rua, por causa do tamanho da barriga. Sempre chorava com a médica na hora que ela escutava o coração do Matheus. Lembro do ultrassom lá na clínica da família, no dia que viram o sexo. Meu ex marido dizia sempre que queria um filho homem, fui correndo para casa contar para ele, mas ele só disse: vamos ver quando nascer se é realmente meu. Acho que se tivesse tido apoio psicológico, alguém que eu pudesse contar de maneira franca o que estava acontecendo, tudo teria sido mais fácil. Confesso que fico chateada de saber que naquela época, tinha outras mulheres numa situação parecida com a minha e tão perto de casa. Talvez tenhamos estado uma ao lado da outra sem saber de nada, a espera de uma consulta, enquanto se eles oferecessem um apoio bacana, poderíamos ter feito amizade, ter nos ajudado.”

Vania 24 anos atendente de loja, mãe de Matheus Luíz de 4 anos

“Eu não tinha emprego, estava terminando um curso de esteticista e fiquei grávida de um dos funcionários da secretaria do curso. Ele era noivo e eu não sabia, dizia que não postava fotos nossas no perfil dele, para não dar problema para ele no trabalho. Quando descobriu que eu estava grávida, jogou o carro em cima de mim na calçada. Discutimos e eu acabei concordando em fazer um aborto porque ele disse na minha cara que não iria assumir a criança, que era noivo e que nunca teve a intenção que isso acontecesse. O aborto não deu certo. Tomei

várias pílulas, tive hemorragia e fui parar no hospital. Ele me deixou na esquina que dava acesso a emergência e foi embora. Me deixou sozinha. Por sorte, a equipe que estava lá não chamou a polícia para mim. Tive muita sorte. Passei por muita coisa depois disso. Fiquei internada e todos da família, igreja e amigos ficaram sabendo do que eu fiz. Eu não tinha cara para sair na rua, me sentia sozinha... pensei em me matar várias vezes. Eu não tinha absolutamente ninguém para falar o que estava acontecendo. Sentia que o mundo me olhava estranho. Uma vez minha mãe entrou numa consulta comigo e falou para a médica que eu tinha tentado abortar e ela me olhou como se eu fosse o demônio e disse: ‘Depois o filho cresce e vira bandido e ninguém sabe porque, não é?’ Eu fiquei desconfortável quando ia nas consultas, sentia que ela também me olhava atravessado.

Eu não conseguia me sentir feliz. Todo mundo me criticava. Minha mãe nem fez chá de bebê pra mim porque ela disse que não tinha cara de pau de chamar ninguém da igreja. Eu tinha muitos pesadelos também, não conseguia dormir direito e sabia que não tinha nada que pudesse me ajudar. Eu vejo que o principal é que não tive apoio. Até hoje me sinto meio sozinha, é um vazio que é estranho, parece que eu não vivi uma gravidez. Algum dia eu vou me curar do que houve, mas ainda dói”.

Karine 24 anos mãe da Daniela de 2 anos

“Eu tive muita depressão durante a gravidez. Eu sempre fui meio de ter altos e baixos no humor, mas ficou pior quando engravidei. Eu não tinha dinheiro para comprar as coisas do bebê e me sentia humilhada de ter que pedir as coisas para os parentes. Durante a gravidez tive muitos complexos. Sempre tive seios muito grandes e com a gravidez eu achava que eles iriam ficar ainda mais caídos. Também tive problemas com a uma ex do meu marido. Na época ela sabia que eu fazia o pré-natal e era na rua da casa dela. Ela saía e ficava rindo da varanda quando eu passava. Disseram que ela tirou uma foto minha e escreveu no grupo dos familiares dela que eu parecia um elefante andando. Meu esposo ficou sabendo e ao invés de me defender, riu e me apelidou de elefantinho. Eu me sentia muito feia, minhas pernas estavam tão inchadas e os pés... eu não conseguia nem andar direito. Usava os chinelos do meu marido e ele sempre me chamava de elefante e ria. Para ele era brincadeira, mas eu chorava sempre. Acho que aquilo despertou em mim algum mal que eu não sei explicar. Tive algumas tentativas de falar com a médica. Pra ver se ela me passava algum remédio, um calmante, porque quando meu esposo saía eu ficava olhando para o espelho da porta do armário e só chorava. Uma vez minha vizinha entrou dentro da minha casa porque da rua estavam me ouvindo chorar. Eu passei pelo pré-

natal assim, eu só chorava. Acho que nunca parei para pensar sobre o que eles poderiam ter feito, mas vejo agora que qualquer coisa já teria sido muito. Eu estava completamente sozinha.”

Priscilla 29 anos autônoma, mãe de Enzo de 1 ano e 8 meses

**Alguma vez sofreu algum tipo de preconceito ou algum tipo de julgamento durante o pré-natal?**

“Isso é meio que normal, não é? Quando alguém fica sabendo que você fez um aborto as pessoas falam e olham estranho. Depois que minha mãe falou para a médica, ela sempre vinha com alguma coisa do tipo: “Antes de dormir ore para o senhor não levar a tua filha” ou, então, teve uma vez que ela disse: “Eu se fosse você, seria um pouco mais feliz. Tua mãe me disse que você não está comendo bem. Você tem que comer, é o mínimo depois do que você fez”. Toda vez que eu ia me sentia mal. Eu faltei uma consulta uma vez. Não desci no ponto, só porque sabia que iria ouvir m\*”.

Karine 24 anos mãe da Daniela de 2 anos

“Eu tive medo quando descobri que no SUS eles só fazem cesárea se você tiver algum problema. Eu vivia pensando nisso...Falei para médica se ela podia escrever num papel me indicando para fazer cesárea. Ela ficou um bom tempo rindo e disse que achava engraçado porque na hora de fazer, a gente não pensava nessas coisas. Ela disse: ‘Na hora de fazer, não pensou duas vezes. Se quisesse continuar *apertada*, para começar, não teria nem que ter transado, quanto mais engravidado.’ Só que ela não entendeu que eu não estava falando de não me sentir apertada depois, era porque eu sempre ouvia todo mundo dizer que eu não ia conseguir ter parto normal porque eu era muito medrosa e não queria correr o risco de desmaiar no parto. Eu via os vídeos de parto normal e ficava angustiada. Enquanto todo mundo queria que chegasse logo a hora, eu morria de medo.”

Luciana 26 anos, mãe do Gabriel

“Eu lembro um caso que eu vi no corredor. Acho que era a mãe de uma gestante estava esculachando a menina, e tinham umas médicas por perto, a mãe dava muitos socos nas costas da garota e saiu dizendo: ‘Você escolheu ter um filho, então, o problema é teu!’ A menina ficou lá chorando e ninguém chegou perto pra falar nada. Só depois que foram dar uma água para ela. Achei um absurdo, mas vi que se tivesse falado algo ninguém teria me ajudado também.”

Jussara 37 anos, autónoma, mãe de Bianca 4 anos e Arthur 2 anos

“Falei sobre meu medo do parto e a médica simplesmente me disse: ‘Você vai dar à luz. Pense sobre isso, dar A LUZ. Não há nada o que temer. Vai ser um momento mágico e você vai se arrepender depois, porque se ficar com esse medo todo, não vai aproveitar. E, pior, pensa se seu filho ficar sabendo que você ficou triste durante a gravidez dele? Levanta a cabeça mulher. Muitas querem passar por isso. O teu filho sente tudo o que você está passando...’”

Karine 24 anos mãe da Daniela de 2 anos

“Eu tinha medo de falar que não estava feliz. Não gostava quando alguém da minha família ia nas consultas comigo, porque começavam a falar de mim e do meu estado, como se eu não estivesse ali. Eu não me sentia muito bem. Tinha dias que eu me animava e em outros eu me sentia perdida porque eu não tinha planejado a minha gestação. Nunca tinha me imaginado mãe, ainda por cima mãe solteira. Me sentia extremamente sozinha e resolvi fazer um perfil no Tinder. Minha mãe comentou com a médica e ela disse que eu não era para estar pensando em “arrumar homem” e sim no meu filho. Lembro que minha mãe me envergonhou dizendo: “Pra arrumar as coisas do bebê ela não tem vontade, mas pra arrumar homem...” A médica só confirmou com um “Pois é...” As pessoas não entendem. Tratam a gente como se fosse uma barriga com pernas com um bebê dentro. No fundo eu só queria conversar com alguém.”

Silvana 19 anos, mãe da Rafaela

“Elas sempre falam que não tem porque temer o parto, mas não explicam nada. Ai você vai ver vídeos no youtube e fica louca. Elas acham que se você sair viva, não importa como, então tudo deu certo.”

Izadora 35 anos autónoma, mãe de Felipe de 4 anos e 6 meses

### **Como se estabeleceu o preparativo para o momento do parto durante o pré-natal?**

“Lembro que foi quase na mesma semana que tive o Matheus. Já tinha perguntado muito antes sobre o parto e lembro que a médica disse que quando chegasse mais perto, falaríamos sobre isso. Ela falou sobre o tampão mucoso, sobre as cólicas que iriam aumentando, uma espécie de cólica de teste, acho que era assim que ela chamou. Mas que eu saberia a hora de ir

para o hospital porque não conseguiria ficar em casa. Disse para eu andar enquanto sentisse contrações. Mas foi só isso. Eu não sabia que iria ficar 18 horas em trabalho de parto, sofri muito, também não sabia que dói tanto porque as costelas se abrem, essas coisas a enfermeira que me disse lá na hora.”

Silvana 19 anos, mãe da Rafaela

“Só no último mês mesmo. Elas te falam sobre as contrações e para contar os intervalos e não ir muito cedo para o hospital porque podem te mandar para casa se não estiver com a dilatação certa”.

Vania 24 anos atendente de loja, mãe de Matheus Luíz de 2 anos

“A minha médica falou quase na semana que iria nascer. Falou sobre contrações e que eu ficasse atenta se a contração ficasse por muito tempo e viesse com menos frequência. Disse que se a bolsa estourasse que fosse direto para o hospital. Quando aconteceu lembro que uma moça que estava com o esposo, estava contando as contrações dela num aplicativo de celular e aí eles baixaram no meu celular também e íamos acompanhando as contrações uma da outra”.

Izadora 35 anos autônoma, mãe de Felipe de 4 anos e 6 meses

“Foi no final. Não sabia que demorava tanto tempo para parir e também não sabia que a última fase do parto é ter que parir a placenta, que saiu depois de quase 13 minutos. Ninguém me falou isso. Fiquei sabendo na hora lá pela enfermeira. Fiquei morrendo de vergonha. Porque no dia o pai do meu filho resolveu que me acompanharia no parto. Achei que seria uma forma de nos conectarmos mas, nessa hora fiquei com vergonha porque meio que a placenta caiu no chão e ele fez uma cara de nojo. Acho que hoje eu não teria levado ele para o parto e falo pra todo mundo, se você não tem tanta intimidade com seu marido ou pai da criança, a pior hora para fazer esse elo é durante o parto. Não é rapidinho como se passa na TV, são muitas horas e é gradual. Você tem que estar com alguém que esteja ali contigo naquele momento, mas que também saiba da importância de te ajudar e não atrapalhar”.

Priscilla 29 anos autônoma, mãe de Enzo de 1 ano e 8 meses

**Como é o pós-parto no geral e o que sistema poderia ter feito a respeito?**



“Foi horrível, eu chorava dia e noite. Tudo era dor. Eu pensava, às vezes, em colocar as mãos nos ouvidos e fingir que não era comigo, mas daí aparecia alguém. O detalhe é que só aparecia pra criticar, mas ninguém vinha para perguntar se eu precisava de alguma coisa. Ficava sozinha o dia todo pensando em coisas ruins. Tinha dias que eu só levantava para ir no banheiro e não tinha vontade de dar banho no bebê. Eu só queria dormir. Eu queria morrer. Meu marido nem conversava comigo quando chegava do trabalho e dos 5 dias que ele ficou comigo, era só o Enzo dormir que ele ia jogar futebol. Dizia que a licença era para ele curtir o filho, mas como ele estava dormindo ou mamando, que ele poderia fazer as coisas dele”.

Priscilla 29 anos autônoma, mãe de Enzo de 1 ano e 8 meses

“Não gosto de lembrar. Foi ruim. Até hoje não sei como passei por aquilo. Coisas assim deixam a gente mais forte, mas na verdade eu não precisava ter passado por aquilo. Acho que se tivesse me informado mais sobre como era passar tanto tempo tendo que cuidar de tudo e um bebê, teria me preparado para o baque”.

Vania 24 anos atendente de loja, mãe de Matheus Luiz de 4 anos

“Eu tive ajuda, mas só a noite, durante o dia ficava sozinha porque todo mundo trabalhava. Eu me sentia perdida, totalmente perdida. É algo que você não entende como começa a surgir. Lembro que tive ataque de pânico durante a amamentação, porque doía muito e eu sinceramente tinha vontade de desistir e sumir.”

Karine 24 anos mãe da Daniela de 2 anos

“A amamentação acabou com meu emocional, eu gritava muito. Tinha um vizinho que ficava fazendo piada. Eu fechava os olhos e batia a cabeça na parede enquanto amamentava. Depois descobri que estava fazendo a pegada errada, mas aí já era tarde, o bico do meu seio estava quase caindo. Eu andava sem sutiã pela casa porque não conseguia nem sentir o toque da blusa passando pelo mamilo.”

Izadora 35 anos autônoma, mãe de Felipe de 4 anos e 6 meses

“A amamentação me marcou muito. Lembro que liguei para uma tia e ela teve que sair do trabalho correndo porque eu estava sem coragem para colocar o Matheus no peito, tinha pingo de sangue no chão e eu nem limpava. Tinha feito cesárea e não estava nem aí para a casa. Lembro que ela chegou e ao invés de me abraçar e me acalmar, foi gritar comigo porque a casa

estava suja e que se vissem a casa do jeito que estava iam tirar meu filho de mim, porque eu era muito porca...”

Denise 22 anos, estoquista, mãe de Emanuela

“A falta de banho, isso eu lembro bem. Tomar banho depois que se tem filho é um luxo que você descobre depois de um tempo”.

Silvana 19 anos, mãe da Rafaela

Com a apresentação dos relatos das participantes da pesquisa, observa-se, quanto ao pré-natal, que todas as gestantes do presente estudo foram diretas a relatar o pré-natal apenas como um procedimento que visa o acompanhamento do desenvolvimento saudável primordialmente para o bebê. Diante do exposto fica evidente que o sistema segue perpetuando a ideia acerca das políticas de assistência materna ainda nos moldes de sua época de criação, não conseguindo de fato ser abrangente. Sendo visto como apenas uma leitura de dados: exames de sangue, taxas, peso, ultrassom do bebê e etc...

Acerca dos dilemas vividos durante o período do pré-natal e situações de julgamento, observa-se que a grande maioria apresentou quadros de depressão advindo da somatização do quadro familiar (problemas com familiares que não aceitavam muito bem a gestação) e conjugal. Tendo em vista que a maioria das entrevistadas desde a época era ou estava num processo de vir a se tornar mãe-solo. Enfoque para uma das participantes que externou certa indignação ao perceber que o sistema poderia tê-las unido. Todas foram unânimes sobre a falta de apoio e o quanto isso teria feito a diferença.

Percebe-se a representação pelo medo do parto e o excesso de inferiorização do sentimento pelo próprio corpo. As participantes relataram que se achavam estranhas, feias e com seus complexos anteriores já acentuados durante a gravidez.

Sobre a abordagem do parto e sobre o momento do parto, nota-se que as participantes relataram que processo do parto foi tratado de forma tardia. Quase nos últimos momentos da gestação. Para algumas das entrevistadas aconteceu nos últimos dias que antecederam ao parto. Observa-se também a superficialidade do conteúdo tratado. De forma compilada e direta: ritmo de contrações e ida ao hospital.

Nota-se que a fragilidade da mulher se revela na hora do parto e que em nenhum momento foi mencionado às entrevistadas sobre quem as acompanhariam no parto, com situações acerca desse acompanhamento, bem como do parto em si.

Verifica-se que nenhuma das participantes tiveram auxílio ou material fornecido para esse momento. Muitas foram para a sala de parto com a visão romanceada das novelas e filmes, de que era só fazer muita força que o parto aconteceria em pouco tempo. O que demonstra um grande problema, pois se a mulher se prepara para um processo que durará poucas horas ou até minutos, na visão de algumas, como a equipe médica do parto lidará com essa mãe que terá que enfrentar às vezes mais de 20 horas de trabalho de parto?

Dessa forma percebemos como se estabelece o pré-natal no Brasil e a necessidade de um plano nacional que garanta que todas as etapas do processo de informação e auxílio às gestantes. Estabelecendo não só sejam implementadas em todo o território nacional de forma igualitária, como também estabeleça meios de sanção aos estados e municípios quanto ao seu descumprimento.

Quanto às dificuldades do período do puerpério, verifica-se que todas relataram insegurança e totalmente dependentes da necessidade de ter companhia. A amamentação foi relatada com grande veemência como um episódio de terror, podendo ter sido amenizado com visitas domiciliares para averiguação de rotina, indicação de uso de bicos de silicone, compressas mornas e etc. Relatos sobre dificuldade com a própria higiene e com a do recém-nascido.

## CONCLUSÃO

Esse trabalho monográfico buscou entender a percepção materna, a organização das políticas públicas de saúde no contexto específico do pré-natal e do pós-parto, verificando se o sistema de assistência direcionado à mulher atende as necessidades desse grupo social. Apontou-se que as configurações do pré-natal, na atualidade, correspondem exclusivamente a saúdo do bebê, ignorando a mulher enquanto sujeito de direitos.

Foi identificado um modelo prescritivo do pré-natal em que existe a defesa institucional, por meio dos agentes de saúde, de um modelo de mãe idealizado e que prejudica a maternidade saudável, principalmente quando se referem as mães de primeira viagem, com a incidência de abstenção de cuidados até atos prejudiciais de julgamento e violência física e moral contra a mulher.

No primeiro capítulo foi apontado a banalização do corpo da mulher quando ocorre a instrumentalização desse corpo em prol da maternidade. A mulher, enquanto pessoa humana e sujeito de direitos, sofre o apagamento de sua identidade desde a infância com a socialização para a concepção e criação dos filhos. Apontou-se o modo como se criam mulheres-mãe e como é feito o controle do corpo da mulher para atender a uma lógica produtiva.

Existe, como foi apontado nessa pesquisa, a redução das capacidades da mulher como ser humano ao escopo da maternidade. Ocorre, como verificado, a sacralização do corpo da mulher, principalmente pela exigência de guardar a virgindade, se abster de sexo e de prazer. O sexo para a mulher, diferente do homem, é algo sacro e que tem uma finalidade direcionada a constituição familiar.

Buscou-se apontar a ótica da maternidade enquanto algo divino, de acordo com a produção social que se tem sobre esse fenômeno. Foi exposto o modo como a mídia e a cultura, imersas na ideologia patriarcal, reforçam uma falsa concepção de maternidade – a maternidade como uma missão sagrada da mulher, sendo que, como exposto, a mulher é educada desde pequena para assumir essa “missão”.

A educação da mulher para a maternidade foi exposta, no decurso do segundo capítulo, enquanto uma prática social lesiva que minora a dignidade da mulher e que reduz a sua liberdade e viola a sua igualdade. Essa violação é perceptível, como dito no presente trabalho, quando é atribuída as mulheres uma visão de amadurecimento mais rápido que dos homens, quando existe permissão ao homem para agir com imaturidade sem muitas consequências e a mulher incidem, sobretudo, cobranças.

Essas diferenças de educação social entre homens e mulheres foi exposta, inclusive, com relação a vestimenta permitida e valorizada entre homens, que difere daquelas permitidas as mulheres. Como visto, existe uma permissão aos homens par utilizarem roupas, praticarem atividades e vivenciar o prazer das experiências sociais com mais tranquilidade e menos responsabilidades do que as mulheres.

No terceiro capítulo pretendeu-se traçar as diferenças entre a ideologia romântica a gestação e da maternidade com a realidade desses momentos na vida da mulher. Buscou-se demonstrar o cenário de medo e ansiedade que advém com a experiência de algo que é desconhecido. Ainda que a mulher já tenha passado por uma gravidez, existe retenção de informação e procedimentos correspondentes à realidade do que ocorre com o corpo e a psique da pessoa no transcurso da gestação e da maternidade.

Como dito na pesquisa, a gravidez e o parto são sacralizados, cria-se o mito de dar à luz como algo sublime enquanto que é um momento de fragilidade e que exige cuidados para a manutenção da saúde e dignidade da mulher. Os próprios profissionais de saúde, a partir do fenômeno de instrumentalização e desumanização da mulher, atuam fora dos protocolos e perdem o direcionamento de seus atendimentos para o bem-estar da pessoa.

No quarto capítulo, foi realizado o panorama ideal de assistência à mulher no pré-natal e no pós-parto, expondo as exigências de procedimento, acompanhamento, consulta e atenção especializada.

Não obstante, com a intenção de desmistificar esses fenômenos, de analisar a eficácia das políticas de saúde direcionadas à mulher no Estado brasileiro, foi apresentado o conteúdo de entrevistas realizadas entre mulheres, mães-solo, que tinham passado pelo parto e tinham mais

de 5 meses de puerpério. Verificou-se o histórico de falta de acolhimento institucional e eficácia das políticas públicas de saúde para o bem-estar dessas mulheres.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, N. A. M., MEDEIROS, M., & SOUZA, M. R.. *Perspectivas de dor do parto normal deprimigestas no período pré-natal*. Texto Contexto Enfermagem, 21(4), 819-827, 2012.
- BADINTER, Elisabeth. *Um Amor conquistado: o mito do amor materno*. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BALOGH, Giovanna. *Tocofobia: saiba quando a mulher tem pavor da gestação e do parto*. Mães de Peito, 2017. Disponível em: <<http://www.maesdepeito.com.br/tocofobia-saiba-quando-mulher-tem-pavor-da-gestacao-e-do-parto/>>. Acesso em: 10 jul. 2019.
- BALOGH, Giovanna. *Como lidar com o luto gestacional e perinatal; livros ajudam mães e profissionais de saúde*. Mães de Peito, 2018. Disponível em: <<http://www.maesdepeito.com.br/como-lidar-com-o-luto-gestacional-e-perinatal/>>. Acesso em: 10 jul. 2019.
- BALOGH, Giovanna. *Projeto quer permitir entrada de doulas em todas as maternidades do país*. Mães de Peito, 2019. Disponível em: <<http://www.maesdepeito.com.br/projeto-quer-permitir-entrada-de-doulas-em-todas-as-maternidades-do-pais/>>. Acesso em: 10 jul. 2019.
- BASSO, Joéli Fernanda; MONTICELLI, Marisa. *Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado*. Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(3):[09 telas]mai-jun 2010.
- BRASIL. *Diretrizes do NASF*. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2019.
- BRASIL. *Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil*. Agência Senado, 2018. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/>>. Acesso em: 10 jul. 2019.
- COUTINHO, Emília de Carvalho et al . *Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães?*. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 48, n. spe2, p. 17-24, Dec. 2014.
- ECHEVERRIA, Malu; MENEZES, Renata. *#AcolhaUmaMãe: quem fez a diferença quando você se sentiu só?* Revista Crescer, 2018.
- GRISCI, Carmem Ligia Iocchins. *Mulher-mãe*. Psicologia, Ciência e Profissão, 1996.
- HADDAD, Samira El Maerrawi T.; CECECATTI, José Guilherme. *Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil*. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro , v. 33, n. 5, p. 252-262, May 2011 .

- LEONEL, Filipe. *Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil*. Fiocruz, 2016. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil>>. Acesso em: 10 jul. 2019.
- MALACARNE, Juliana. *Um em cada oito pais de primeira viagem tem depressão durante a gravidez da parceira*. Revista Crescer, 2016.
- MEDEIROS, Renata Marien Knupp et al. *Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição*. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20180233.
- MORAES, Eleonora. *O despertar do parto*. 2019, online. Disponível em: <<https://www.despertardoparto.com.br/prepare-se-emocionalmente-para-o-parto.html>>. Acesso em: 10 nov. 2019.
- MOUTA, Ricardo José Oliveira et al. *Plano e parto como estratégia e empoderamento feminino*. Rev baiana enferm. 2017;31(4):e20275.
- PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristinna; BALDINN, Nelma. *A dor e o protagonismo da mulher na parturição*. Rev Bras Anestesiologia. 2017;31(4):e20275.
- RATTNER, D. *Humanização na atenção a nascimentos e partos: Breve referencial teórico*. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 13(Supl. 1), 595-602, 2009.
- SAÚDE, Secretária da. *Pré-natal e puerpério – manual técnico*. Governo do Estado de São Paulo. São Paulo, 2017.
- SILVEIRA, Victória. *E quando a separação chega junto com o filho*. Blog leitorinha, 2018. Disponível em: <<https://leitorinha.com.br/blog/separacao-apos-nascimento-do-filho/>>. Acesso em: 18 set. 2019.
- SUÁREZ-CORTÉS, Maria. *Uso e influência dos planos de parto e nascimento no processo de parto humanizado*. Rev. Latino-Am. Enfermagem Forthcoming 2015.
- THOMPSON, John B. *Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.
- TORNQUIST, Carmen Susana. *Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil*. Cad. Saúde Pública [online]. 2003, vol.19, suppl.2, pp.S419-S427.
- VALENÇA CN, GERMANO, RM. *Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2010; (2): 11.
- ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho. *Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa*. Psicologia & Sociedade, 29, 2017.