

# Mulheres no Primeiro Parto: suas expectativas<sup>1</sup>

Laura Moraes Hamerski<sup>2</sup>  
Isabel Cristina Pacheco Van der Sand<sup>3</sup>

## Resumo

---

Esta é uma pesquisa com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva que busca apreender as expectativas da mulher em relação ao nascimento de seu primogênito, em hospital, e à assistência neste momento. Utilizou-se entrevistas semi-estruturadas para a coleta de dados com dez mulheres internadas para parto em um hospital paulista. A técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977) foi utilizada para análise das informações. Dentre outras expectativas, constata-se que as mulheres preocupam-se com a assistência que receberão no parto, com a saúde e bem-estar do recém-nascido e, ainda, com a possibilidade em ficarem sozinhas durante o parto, elemento ansiogênico no processo de nascimento. Destaca-se o medo da dor e da morte, ficando evidente a importância da promoção de acompanhamento durante o trabalho de parto

---

<sup>1</sup> Artigo originado de um tema oriundo do processo de análise dos dados coletados para o Trabalho de Conclusão de Curso, requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem da Unijuí.

<sup>2</sup> Formanda do curso de Enfermagem da Unijuí.

<sup>3</sup> Orientadora, professora adjunta do Departamento de Ciências da Saúde da Unijuí, mestre em Enfermagem Obstétrica pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

ou de possibilitar a escolha de um acompanhante para este momento, o que contribui para diminuir as possibilidades de que este parto se torne doloroso, difícil e traumatizante.

**Palavras-chave:** mulher, parto, nascimento.

### **Woman in the first childbirth: their expectances**

---

**Abstract:** This is a study with qualitative, exploratory and descriptive approach, of which the objective is to know the expectances of women about the birth of their firstborn child and about assistance in that moment. The population examined comprehended ten hospitalized woman for childbirth in a *paulista* hospital. The data were gathered through semi-structured interviews. For the analysis, the proposition of Bardin (1977) was taken into consideration. The study evidenced that women trouble about the assistance in the delivery, the health and welfare of the newborn baby and still about the chance of staying alone during childbirth, an anxiety element in the birth process. The fear of the pain and death stands out. It is evident the importance the promotion of attendance during birth or providing the choice of an attendant for that moment, contributing to reduce the possibilities of a dolorous, hard and traumatizing birth.

**Keywords:** women, delivery, birth.

## Introdução

Nossa vivência em unidade obstétrica nos impeliu investigar acerca dos sentimentos da mulher que chega à maternidade para ter seu primeiro filho, muitas vezes desconhecendo o que irá ser realizado, sendo submetida a perguntas, expondo seu corpo a pessoas estranhas e sendo aí (a) sujeitada, fazendo parte deste contexto sem que, ao menos, os seus sentimentos e anseios sejam considerados e respeitados.

Os procedimentos em maternidades são, muitas vezes, rotinizados, descaracterizando e desconsiderando as singularidades das mulheres que estão vivenciando um momento que é, em geral, marcante para elas à medida que estão se preparando para a parturição, ou seja, para receber uma nova vida. Tais constatações nos trouxeram preocupações em relação à humanização desses processos.

Segundo Cury (1997), para o meio social a gestação é um intermédio entre a situação de ser mulher e a de ser mãe. O parto, por sua vez, em estudo citado por esse autor, também significa, da mesma forma que a gravidez, mais que evento biológico, ou seja, é evento marcado por influência social e cultural. Destaca, assim, a importância do conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, do “*significado simbólico dos rituais e práticas nele inseridos*” (p. 80). Parece-nos importante salientar que este constitui, também, muitas vezes, situação de desconhecimento, medo e sofrimento físico e emocional.

De acordo com Simões e Souza (1997), nos grandes centros o parto ocorre em instituições, o que pode facilitar ou dificultar essa experiência, dependendo do modo como é realizado, e se a instituição é confiável e acolhedora ou fria e brutalizante. Em virtude dessas considerações, pensamos ser necessário ressaltar a importância da humanização na assistência em todos os momentos da vida dos pacientes, e, por isso, também no processo de nascimento, tentando entender o que significa este processo para a mulher, que exige adaptações tanto físicas como psíquicas e que marca sua transição existencial.

Em virtude do quadro empírico e teórico ora apresentado o *objetivo* deste estudo é apreender as expectativas das mulheres em relação ao nascimento de um primeiro filho e à assistência durante este processo, ocorrido em âmbito hospitalar.

## Revisão da literatura

Na gravidez ocorre uma série de transformações, tanto físicas como psíquicas, e que, algumas vezes, faz com que a mulher sinta-se grávida mesmo antes de receber a confirmação de sua suspeita, observando sinais presumíveis, como atraso da menstruação, seios mais arredondados, aumento do apetite, sono, náuseas e vômitos. Traz também alterações de humor e sentimentos como ambivalência e labilidade, sendo recomendável que tanto familiares como profissionais tenham conhecimento dessas alterações para entender os transtornos pelos quais a mulher está passando.

Ao longo da gestação a mulher começa a sentir que o bebê está se mexendo dentro de si, e então começa a ter a confirmação de sua gravidez. Assim, enquanto alguns anseios desaparecem, outros surgem, de acordo com o andamento da gestação. Neste sentido, Maldonado, Dickstein e Nahoum (1985, p. 28) referem que

um dos temores mais comuns é o medo de ter um filho com algum defeito físico ou mental, [...] o temor de ter um filho malformado pode estar associado a sentimentos de culpa, às vezes inconscientes e de longa data, ligados ao medo de punição ou castigo por ter feito algo errado [...]

Quando a data do parto se aproxima algumas expectativas e preocupações são formuladas pelas mulheres, companheiros e famílias. Para Simões e Souza (1997, p. 169), “[...] o trabalho de parto e o parto representam uma transição importante na vida da mulher e da família, um momento que necessita de apoio e compreensão para poder enfrentar o mais naturalmente a sua vivência”. A presença de alguém que seja

familiar talvez diminua a ansiedade destas gestantes, a qual decorre, também, por se encontrarem em um ambiente estranho e com pessoas estranhas.

O profissional deve fornecer orientações e auxílio sobre o que será realizado, como por exemplo sobre os procedimentos, o andamento do trabalho de parto, as contrações uterinas e, acima de tudo, fornecer acolhimento, contribuindo para que a ansiedade e insegurança da parturiente, inerentes a essa fase, diminuam, ao menos em parte.

O cuidado da equipe, conforme Armellini (2000), tem maior resolutividade no momento em que se prestam esclarecimentos às mulheres sobre os procedimentos e a evolução do parto. A autora afirma, também, que as mulheres têm expectativas claras e definidas em relação ao processo do parto e que desejam ser cuidadas. Expectativas estas que são construídas antes da internação, durante e após o parto. Diz, ainda, que é de grande importância conhecer estas expectativas para fornecer o atendimento adequado.

## Metodologia

Em virtude de seu objetivo, o estudo é de natureza qualitativa, conforme o entendimento de Minayo (2001). Delineia-se, ainda, como exploratória e descritiva, baseando-nos nos apontamentos de Gil (1995).

Os sujeitos do estudo foram dez mulheres internadas em uma instituição hospitalar do estado de São Paulo, escolhidas aleatoriamente, desde que tivessem de 18 a 40 anos e o primeiro parto ocorrido até no máximo oito anos atrás. Cabe ressaltar que a instituição serviu apenas de referência para localização dos possíveis sujeitos do estudo, os quais estavam internados nesta unidade para realizar tratamento obstétrico ou se encontravam no puerpério imediato. Assim, seu primeiro parto (objeto do estudo) pode ou não ter ocorrido neste local.

Os dados foram colhidos através de entrevista semi-estruturada, com a utilização das seguintes questões: – Conte-me o que você esperava ao ir para o hospital ganhar o seu primeiro filho? – Agora me fale como foi a sua experiência em relação a este primeiro parto? Fale livremente sobre isso. Após a transcrição dos conteúdos gravados, os mesmos foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977) e entendida conforme a definição de Gomes (2001), para quem, por este tipo de análise busca-se encontrar respostas para as questões anteriormente formuladas e observar as aparências além do que está sendo comunicado.

Em consonância à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde todos os sujeitos assinaram termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a eles foram designados codinomes a fim de manter seu anonimato (Conselho Nacional de Saúde, 2002).

## **Análise dos dados e interpretação dos resultados**

O estudo revela que as mulheres se preocupam com o bem-estar do bebê ao nascer, o que, para as mesmas, é comum a toda mulher desde que engravida e não só no momento de dar a luz. Observemos o que nos dizem as entrevistadas.

*“A preocupação que eu acho, que a maioria das mães têm, é de ver o bebê primeiro, ver se o bebê é perfeito, se não é... se tem saúde, se não tem. Isso aí eu acho que é uma preocupação geral, não só minha como de todo mundo. A partir do momento que você fica grávida, você já tem essa preocupação, não importa se é o primeiro, segundo ou do terceiro” (Atena).*

*“Eu acho que a preocupação maior, não só minha, mas de todas as mães, é do nenê nascer perfeito, com saúde, sabe. É o que eu pensava a todo o momento: ‘será que o meu filho vai*

*nascer perfeito? Será que ele vai ter saúde?’ Pedi a Deus que fosse uma criança perfeita, com saúde, né! E graças a Deus foi. Então era isso que eu pensava. Só isso!” (Hera).*

*Essas expectativas são confirmadas por Maldonado, Dickstein e Nahoum (2000, p. 63) para quem “a ansiedade, a apreensão e o temor estão sempre presentes, em diferentes graus de intensidade, em toda a gravidez. Um dos medos mais comuns é o de ter um filho com algum defeito físico ou mental”. Já Ávila (1998, p. 110), acerca do sentimento de medo frente ao parto, afirma que “hoje as pessoas grávidas continuam apresentando o medo da morte no parto, da dor, do parto traumático, por fórceps ou cesariano, do filho disforme e da morte do bebê. Isso ocorre porque o medo do parto tem raízes inconscientes, e a vivência do parto de cada pessoa está impregnada não só pela história pessoal, mas também pela sua cultura e educação recebida”.*

O fato de a mulher ser acolhida, por parte da equipe de enfermagem, de modo que suas angústias sejam contidas, através da escuta e de orientações, parece ser de grande importância para reduzir o estresse que é desencadeado pela própria gestação e aumentado pelo processo do nascimento (lembrando que nasce um filho e também uma mãe). Estar atenta para as necessidades da mulher em trabalho de parto nos parece se colocar como um dos diferenciais na assistência, pois, como refere Ávila (1998), já no título de seu livro “Atrás da barriga tem gente”, cada uma “dessas gentes” é uma pessoa em peculiar, e por isso necessita ser cuidada de modo especial. Neste sentido, vejamos o que expressa uma das entrevistas:

*“Aí, acho que a gente cai num estresse profundo. Vixe! Porque eu fiquei em depressão mesmo, ficava pensando só bobeira: ‘como será meu filho, se ele vai ser perfeito ou não, se vai ser doente ou não?’ Ficava pensando só bobeira. Acho que até o último mês, assim eu ficava pensando bobeira. Depois que eu vim, que eu cheguei aqui até a enfermeira conversou bastante comigo sabe, que eu tava em depressão do meu primeiro filho, aí o segundo já foi diferente [...]” (Hera).*

O acolhimento, na voz das entrevistadas, além da competência técnica, deve ser fornecido de maneira afetuosa, já que a mulher, nesta fase da vida, está mais sensível a sensações externas, vulnerável às condições do meio e ao seu próprio mundo psíquico, o qual está sendo re-significado por ocasião do nascimento de um filho. Assim, ter pessoas afetuosas, agradáveis e acolhedoras durante o processo do parto, permite que a mulher vivencie esse momento como algo inesquecível pelo seu lado positivo ou não, como se depreende das falas destas mulheres, pela imagem negativa que perdura no imaginário coletivo (nem tão imaginário, assim). Verifiquemos a fala da entrevistada Themis quando, de modo enfático, nos reporta à necessidade de afeto durante o processo do nascer de um filho.

*“Ah! o primeiro filho é sempre especial, né! A gente quer que venha com bastante saúde, perfeito, e espera... Fica mais sensível, né! As palavras de carinho... e quando a gente chega no momento de ter o filho, no meu caso era de um parto prematuro, a expectativa ainda era maior, né! que tudo ocorresse bem, tanto no parto quanto com o bebê. Que viesse perfeito, com todas as condições e que, principalmente, que eu pudesse amamentar, né! Porque o primeiro filho é amamentar, dar a vida também” (Themis).*

Cabe destacar que o nascimento de uma criança prematura, conforme informam Maldonado, Dickstein e Nahoum (2000) provoca um estado de crise na família grávida<sup>4</sup>. Os autores evidenciam que ao dar a luz a um filho prematuro a mulher tende a sentir-se prematura como mãe, pois a surpresa do parto pode fazer com que ela não se sinta, ainda, pronta para receber o bebê no mundo. Tais afirmações

<sup>4</sup> Salienta-se que não é somente o parto prematuro que implica em uma crise, pois a gestação, uma vez que exige respostas adaptativas, sejam orgânicas ou psicológicas, por parte das mulheres que a vivenciam, e até mesmo por parte de outros elementos do seu grupo familiar, conforma-se como uma crise evolutiva, ou seja, “implica na utilização de novos recursos e soluções, contribuindo, na medida de sua realização, para o desenvolvimento da personalidade do indivíduo e surgimento de novo período de equilíbrio” (Ericson apud Cury, 1997).

reforçam idéias que emergem neste estudo quando as mulheres, independente da idade gestacional, revelam que com o nascimento de um filho nascem preocupações inerentes ao tornar-se mãe, lembrando que toda a gestação é desencadeadora de crise, entendida, conforme Van der Sand, Campos e Sartori (2003, p. 8) como “*pensar uma crise é pensar uma ruptura, é uma questão dialética – no que está em vigor para o que irá vigorar. A crise é o período da transição, é o período das re-significações*”.

Uma das entrevistadas marcou ainda o desejo de amamentar seu filho. A amamentação, neste caso, é vista como uma continuação dos cuidados já iniciados na gravidez pela mãe para com seu filho. Nos parece que a mãe, ao deparar-se com a possibilidade de amamentar seu filho, vê-se com a possibilidade de dar vida à criança, o que talvez explique a linha tênue apontada, muitas vezes, socialmente, entre a maternidade e o sagrado.

Essa proximidade, na representação de maternidade que aqui emerge, pode ocorrer também porque na amamentação ocorre, além da transferência de nutrientes da mãe para a criança, o reconhecimento por parte do bebê de sua mãe, o que se dá através de fatores como o toque, o cheiro e pela troca de olhares entre os dois, e que para muitas mulheres é esperado e desejado. Quando a mulher se vê reconhecida pelo filho, possivelmente se reconheça enquanto mãe.

Neste sentido nos parece significativo apontar mais um atributo do aleitamento materno, destacado pelo Ministério da Saúde (2001) e também por Maldonado, Dickstein e Nahoum (2000), ou seja, a possibilidade de estabelecer vínculo afetivo entre mãe e filho através do processo da amamentação, o que reforça o apontado anteriormente.

Destacamos que uma das preocupações reveladas pelas mulheres, refere-se à possibilidade de ficarem sozinhas, sem o acompanhamento de familiares e até mesmo sem atenção integral por parte da equipe de saúde durante o primeiro período clínico do parto. Importante salientar que tal fato não é incomum na maioria das instituições,

o que não é diferente no local deste estudo, já que não é permitida a entrada de familiares na sala de pré-parto. Além disso, a depender da demanda da unidade, nesta ocasião, os membros da equipe de enfermagem não têm disponibilidade de ficarem, em tempo integral, ao lado da parturiente, o que contraria o sentido expresso na própria palavra obstetrícia, que se origina do latim “*obstare*” significando “*ficar ao lado*”. Vejamos um dos depoimentos:

*“Ah! De demorar no quarto e a criança nascer. Nascer sozinha. De eu ficar ruim. [...] Sei lá, desmaiar, passar mal, de ninguém tomar conta de mim. Essas coisas. A gente sabe que não! Mas recompensa todo o sofrimento, com certeza”* (Vênus).

Depreende-se dessa fala a importância da presença de uma pessoa que a mulher considere confiável para estar ao seu lado e com a qual possa contar com o apoio – desde familiares, companheiro, amiga (o), ou até mesmo algum profissional da equipe de saúde. A presença desta pessoa contribuirá para diminuir a ansiedade e o medo, mencionados anteriormente. Além disso, esta pessoa poderá proporcionar medidas de conforto à parturiente, o que será feito na medida em que a equipe forneça as orientações necessárias e cabíveis. Nos parece importante ressaltar que nosso intuito, ao fazer tal afirmação, não é a de sugerir substituição dos elementos da equipe de enfermagem pelos familiares.

Parece-nos relevante ressaltar que a mulher pode optar também pela presença de uma doula, que pode ou não ter recebido treinamento específico para prestar apoio à gestante e ao seu acompanhante durante o trabalho de parto, encorajando, aconselhando medidas para o seu conforto, proporcionando e orientando o contato físico e explicando sobre o processo do trabalho de parto e sobre os procedimentos obstétricos que devem ser realizados (Ministério da Saúde, 2001).

A Organização Mundial da Saúde – OMS (1996, p.13) manifestase, também, sobre o acompanhamento da mulher e acompanhante durante o trabalho de parto afirmando que se deve fornecer “[...] apoio

*emocional, constituído de elogios, reafirmação, medidas para aumentar o conforto materno, contato físico, [...]”, o que, sob nossa ótica, contribui para o desenrolar de um parto menos marcado por situações negativas.*

Ainda, dentre as expectativas da parturiente ao chegar na maternidade, como uma das preocupações que trazem consigo, evidencia-se a representação social acerca do parto institucionalizado. As mulheres revelam, como pode ser visualizado em suas falas, que em seu meio social veiculam informações oriundas da vivência de outras com as quais convivem. Estas informações marcam, de antemão, de modo negativo as parturientes, que chegam à maternidade acompanhadas pelo medo de serem mal-tratadas pela equipe, o que pode ser real ou não.

*“[...] Vim pra cá. Muita gente falava que se a gente reclamasse ou gritasse o médico judiava, né! Foi tudo bem graças, a Deus! Esperava, ah! Esperava um bom atendimento né! Não uma chata, porque tinha uma chata lá. É esperava um bom atendimento!” (Afrodite).*

Contribui com tal achado reflexão acerca do parto institucionalizado realizada por Davim e Menezes (2001), quando alertam para o fato de que nas maternidades brasileiras as mulheres são separadas de seus companheiros ou acompanhantes, confrontando-se com ambiente estranho, não dominando a linguagem técnica, sendo recebidas, muitas vezes, com hostilidade por profissionais mal remunerados e que trabalham em condições de estresse. As autoras chamam atenção para o fato que estes fatores podem contribuir para o surgimento de distócias de parto, contribuindo para o aumento da dor e do desconforto das parturientes – preocupações bastante enfatizadas pelas nossas colaboradoras e que será mais bem explicitada adiante.

Ainda em relação a atenção ao parto parece-nos importante destacar que o modelo centrado no hospital e, portanto, medicalizado, prima “*pela racionalidade, tecnicismo, mercantilismo e pela carência de princípios humanísticos, em que a mãe e filho deixam de ser vistos como pessoas e passam de sujeitos para objetos da assistência*” (Caron; Silva, 2002, p. 486).

Cordeiro e Sabatino (1997) ao se referirem sobre o momento do parto ressaltam que este é a resultante de fatores fisiológicos, emocionais e ambientais, que às vezes são expressos pela mulher por meio do grito, sendo, frequentemente, interpretado como descontrole em virtude da dor. Considerando ainda a afirmação destes autores, podemos entender que se a mulher se encontra em um ambiente no qual as pessoas lhe são hostis, se a assistência não está sendo contemplada de acordo com suas expectativas, esta tende a reagir de um modo através do qual as pessoas a enxerguem como um *Ser (sujeito)* que está ali e quer que o nascimento de seu filho seja marcado como um momento de felicidade e se isso não está acontecendo ela tende a demonstrar seus sentimentos através, dentre outras manifestações, do grito.

*“Elas lá no... (outro hospital), algumas são meio ignorantes com a gente, não têm paciência, porque pensam que a gente já sabe né! E a gente é primeira, com o filho da gente. A gente sofre né! Eu tava só gemendo, eu não gritei nada, não fiquei gritando, que nem um monte de mulher faz, só fiquei gemendo, mas eles xingam” (Vênus).*

*“É, não sei se era medo de ganhar a criança ou o que era. Ou se era medo do médico xingar por isso, por aquilo... Não sei! Alguma coisa que eu tava sentindo [...] Ah! Não sei, a gente que pensa, né! As coisas, né! A gente que é mulher, né! [...]” (Hestia).*

Chama-nos a atenção o conteúdo das entrevistas, pois além da dor física, que nos parece legítima, justificando os gritos, os gemidos, e outras possíveis manifestações, a enfermagem e demais elementos da equipe não podem esquecer que ao nascimento de um filho, como já mencionado, re-significa-se o próprio nascimento e, com isso, a própria vida, o que, emocionalmente, também pode ser doloroso, e por isso, manifesto sob múltiplas formas. Nossa assertiva assenta-se em afirmação de Cordeiro e Sabatino (1997, p.280) quando nos lembram que *“para um bom funcionamento do corpo humano é necessária uma*

*adequada inter-relação entre aspectos somáticos e psíquicos [...]*". Portanto, ao assistir a parturiente, deve-se acolher todas suas expressões, buscando manejá-las, a fim de manter o equilíbrio próprio de cada indivíduo, como manifestam estes dois autores.

A atitude temida por parte das mulheres deste estudo, quanto ao tratamento que poderia ser dispensado a elas durante o processo de nascimento, talvez possa ser remetida a questões culturais fortemente arraigadas em nosso meio, que estão relacionadas com o feminino e a maternidade. Cordeiro e Sabatino (1997) apontam para o fato de que a mulher representa dois aspectos: um, que simboliza o perigo, a tentação, e que raramente é associado à maternidade – esta é Eva, mulher erotizada e por isso associada ao castigo de ser expulsa do paraíso; outro, que simboliza a pureza, a mulher que concebeu sem pecado, ou seja, sem sexo – esta é Maria, que fica com a imagem da maternidade santificada, e que, sob nosso ponto de vista, é a “mulher” que emergiu neste estudo, quando uma de nossas entrevistadas refere que com o aleitamento materno (elemento inerente, para muitos, à maternidade) pode-se dar a vida. Tal possibilidade (dar a vida) está mais próxima ou mais desejada, socialmente, da imagem de Maria – a santa; e não de Eva – a mundana.

Com isso, queremos destacar os apontamentos de Cordeiro e Sabatino (1997, p.291) quando nos lembram que *“a gravidez e o parto fazem reaparecer estes dois símbolos do feminino”*. Portanto, o tratamento temido pelas colaboradoras do estudo pode ser fruto desta crença cultural, ou seja, tanto as parturientes, como a equipe, podem ter mais presente, em seu imaginário, no momento do parto, a Eva e não Maria.

O estudo revela, ainda, que as preocupações que a mulher apresenta, ao dar à luz um filho, não são centradas apenas na saúde da criança ou na assistência que espera receber. Esta mulher que vem à maternidade para ter um filho traz consigo uma história de vida que não é deixada à porta, na triagem da unidade. Em um relato, surgiu a preocupação referente aos cuidados com o recém-nascido, em virtude

do fato de a mãe encontrar-se separada do companheiro e não se sentir apta a satisfazer as necessidades do bebê, em especial, as relativas às demandas materiais.

*“Que tipo de coisas? Ah! Pensava assim, né! Às vezes também, eu não estava com o pai dela! Assim, eu pensava como ia ser difícil pra mim, né! Ajudar a cuidar! Comprar fralda, casa, roupa pra ela! Eu e o pai dela tava separado! estamos até hoje, né!”* (Hestia).

Vale ressaltar a importância do trabalho em equipe e da necessidade da enfermagem estar alerta para a mulher em seu todo, buscando o apoio nos demais elementos da equipe de saúde, a exemplo do serviço social.

O medo da dor e da morte está bastante presente quando se referem às expectativas relativas ao momento do parto, ou seja, frente ao desconhecido, a um momento que ainda não foi vivenciado e que durante a gestação foi, na maioria dos casos, tão esperado, acarretando acúmulo de expectativas ambivalentes, algumas até provindas de relatos de experiências de outras mulheres.

Maldonado, Dickstein e Nahoum (2000, p. 97) confirmam as inferências já realizadas, quando relatam que *“há mulheres que têm pavor do parto, por temerem perder o controle, não suportar ‘as dores’ ou ‘dar vexame’.* Muitas vezes, isso está vinculado à falta de informações corretas ou a um medo enorme por terem ouvido muitas histórias de partos ruins”. Além das expectativas pré-concebidas por influência da rede social na qual convivem, estas ainda são fortalecidas pelos meios de comunicação, que costumam transmitir mulheres parindo com muita dor e sofrimento, contribuindo para que algumas primigestas formulem ou fortaleçam tais idéias fantasiosas em relação ao parto.

*“Nervosa, muito nervosa! Ah! Era o medo de dor que eu nunca tinha sentido antes e tal, e tava com medo”* (Afrodite).

*“Ah! A gente pensa um monte de coisa, como é que eu vou falar pra você? Eu imaginava que ia sentir muita dor, né! O pior que não senti, nada fiz cesárea, né!”.* (Vênus).

Podemos perceber que algumas mulheres criam expectativas para realização de um parto normal o qual, por algum motivo, não acontece, podendo este acontecimento ser desencadeador de certa frustração. Maldonado, Dickstein e Nahoum (2000) referem que freqüentemente a mulher idealiza como será seu parto e fica decepcionada quando as coisas acontecem de outra maneira. Dizem que as mulheres podem estar preparadas sobre o modo correto de fazer respiração e relaxamento na expectativa de ter um parto vaginal e, por vezes, acabam fazendo uma cesariana, o que, sob nosso ponto de vista, pode ser responsável por sentimentos de frustração e menos valia.

Braghirolli, et al (2000, p. 194) afirmam que *“o medo é uma reação do organismo que busca manter sua integridade física ou psíquica”*. Pelo fato de durante o processo de parto a mulher sofrer extremas adaptações fisiológicas visando facilitar a expulsão do feto, o que se acompanha de dor intensa, surgirá o medo. Significa que este medo surge como elemento de defesa necessário à integridade desta mulher que está em pleno processo de nascer e fazer nascer (uma mãe e um filho), o que deve ser bem entendido pela equipe que cuida desta mulher, pois à medida que entendem os motivos deste medo terão elementos necessários para fornecimento de uma assistência qualificada e humana.

O medo da anestesia tem forte relação com o medo da morte. Este medo pode estar relacionado, também, com a preocupação em relação ao recebimento adequado de assistência por parte da equipe de saúde que poderá, como consequência do mal atendimento, levar à morte.

Conforme Caron e Silva (2002, p. 486) *“a obstetrícia moderna nasceu sob tutela da cirurgia e transformou o parto em um evento medicalizado, descaracterizando a essência original de fenômeno existencial e psicológico, para a mãe e filho, e acontecimento social, para o grupo familiar e sociedade”*. Com isso, quando a mulher se dirige ou se encontra em uma sala cirúrgica, em ambiente hospitalar, para receber o seu filho, pode lhe surgir a idéia de doença, acarretando associa-

ção com a morte. Por este aspecto a mulher que é submetida à cesárea se encontra frente a uma situação que, em seu imaginário, permeia vida e morte. Observemos o depoimento de Hebe:

*“Ah! era mais assim, da anestesia, que a gente vê falar tanta coisa. E eu nunca tinha tomado anestesia, foi a primeira vez, mas não tive problema nenhum”* (Hebe).

Ávila (1998, p. 112) afirma que

o medo de morrer, de sofrer, de ter dores, de ser anestesiada existe também para pessoas grávidas diante de um parto cirúrgico, podendo evidenciar-se conscientemente muitas vezes pelo medo da anestesia falhar ou acabar antes do término da cirurgia, pelo medo de ver o abdome aberto, pelo medo do filho ser arrancado ou cortado ou pelo medo de ser cortada e ‘mexida interiormente.

O medo aparece em evidência, também, parecendo significar que, mesmo frente ao fornecimento de orientação prévia sobre o processo do parto, as expectativas das mulheres ainda serão acompanhadas pelo medo – o medo do desconhecido, já referido anteriormente, especialmente quando é sua primeira vivência. A entrevistada refere-se à dor como “*a dor da morte*”, evidenciando aí uma relação direta entre o medo da dor e o da morte. Vejamos seu depoimento:

*“É o que as pessoas falavam né, o ginecologista da gente conversa bastante né, mas o que as pessoas falavam a gente fica com medo, porque é o primeiro e a gente não conhece né! Então a gente fica com medo, só isso o que as pessoas falavam. Independente do que as pessoas falam a gente fica com medo. Mulher que já tem uns cinco, seis filhos daí fala que é a dor da morte, é dor de não sei o que, e a gente morre de medo né, então era isso”* (Hera).

Levando em conta que do ponto de vista emocional o nascimento de um filho leva a um re-significar do próprio nascimento e da vida propriamente dita, pensamos ser importante lembrar que, de acordo

com Kovács (1996, p. 22), “o nascimento tem analogia com o processo de morrer, no sentido de que o indivíduo sai de uma situação protegida, aquecida, para um mundo frio, desconhecido. Embora não tenhamos registro na consciência, e dele não lembremos, as semelhanças com a morte são grandes”. Ainda nos parece importante ressaltar que a despeito da dinamicidade da vida, o que indica mudanças constantes no processo de viver, o ser humano tem uma tendência a resistir a qualquer processo de mudanças – medo da perda e medo do ataque (ansiedades básicas), definidos por Melanie Klein apud Pichon Rivière (2000). Assim, nos parece que ao nascimento de um filho a mulher está frente ao nascimento de uma nova mulher e, então, este processo, que pode ter grande similitude ao estado de onipotência original<sup>5</sup>, desencadeia nela certos medos que a imobilizam, impedindo, numa primeira instância, de assumir este novo papel/*status*.

Além disso, esse medo da dor pode, como já referido, ser fruto de fantasias concebidas durante a gestação e quando somadas à ansiedade e ao estresse do organismo durante o processo do parto, acabam por dificultá-lo, tornando-o mais prolongado e sofrido. Sob nosso ponto de vista, uma assistência qualificada no período pré-natal, no nascimento e no pós-parto, auxiliará na diminuição desses sentimentos, o que poderá influenciar no repasse de informações por parte desta mulher a outras de seu meio social, o que, aos poucos, poderá contribuir na mudança da concepção social e cultural acerca do processo de parto. Porém, não podemos esquecer que a vivência é subjetiva e, portanto, terá nuances específicas para cada mulher.

Neste sentido, utilizamo-nos novamente de Cordeiro e Sabatino (1997) para quem a mulher incorpora fantasias e começa a sentir medo da dor no momento do parto. Os autores enfatizam que o parto, do

---

<sup>5</sup> Quando nos referimos ao estado de onipotência original estamos fazendo alusão às reflexões de Osório (1997). Para o autor a cisão primordial do nascimento e a conseqüente necessidade de adaptar-se às exigências de uma realidade que confronta o ser humano com a evidência de sua incompletude (e posteriormente com sua finitude) o leva a desejar o retorno ao paraíso nirvânico, sem angústia, sem conflitos, sem desejos a demandar satisfações o que, por conseqüência, é o resultado da negação da vida e de suas contingências. Esta representação mental nos parece que ocorre também com o “nascimento da mãe”.

ponto de vista emocional, representa um processo de separação, e toda separação é vivenciada com dor. Esta representação, para nós, também deve ser de conhecimento de toda a equipe, o que contribuirá na assistência adequada à parturiente.

Por fim, no que se refere ao medo da dor, lançamos mão de Armellini (2000, p. 32) quando ressalta que “*os profissionais necessitam considerar o medo como um dos fatores da subjetividade das mulheres à parturição*”. Com isto podemos considerar que a assistência à parturiente não se constrói apenas por atendimento às necessidades fisiológicas, mas também psicológicas e socioculturais.

Muitas mulheres deste estudo, do mesmo modo que no de Armellini (2000), possuíam expectativas a respeito do andamento do parto, imaginando, por exemplo, que seu parto seria de forma rápida. Outras, porém, esperavam que o mesmo fosse um processo difícil e doloroso. Tais conceitos e expectativas podem ter sua origem a partir dos meios de comunicação que, como já mencionado, mostram mulheres chegando à maternidade com uma dor terrível e após alguns minutos a criança nasce. Outro fator que pode ser desencadeador dessas expectativas, também já apontado, é o meio social no qual as mulheres estão inseridas, que fornecem orientações vagas e, em algumas vezes, negativas, advindas, em geral, da vivência de outras mulheres deste ambiente. Estas considerações podem ser observadas a partir das falas das depoentes Hera e Nemesis.

*“Ah! Sei lá, acho que é primeiro filho, a gente vem... a gente pensa que já vai chegar e já vai ganhar. Eu pensava que ia chegar aqui e já ia ganhar o nenê, não sabia que ia ficar numa sala de pré-parto, então eu pensava que ia chegar já ia prá mesa, já ia ter o nenê e tudo né! Mas me colocaram naquela sala e fiquei esperando um tempão né! [...]”* (Hera).

*“Ah! Eu pensava que ia ser um horror, né! Você tá falando do primeiro né?! Eu pensava, assim que ia ser um horror, mas como você vai ser, como que não vai? Entendeu? Eu pensa-*

*va assim, e nem imaginava como que era, né! Todo mundo fala que cesárea é melhor. Ah! porque parto normal é melhor! Eu fiz a cesárea [...]*” (Nemesis).

Constatamos também a expectativa de um parto difícil, que se revela pelo medo de uma situação nova e desconhecida, porém, talvez por sua preparação pré-parto, as dificuldades esperadas/fantasiadas não ocorreram, o que parece indicar a pertinência da preparação das mulheres para o parto, seja da forma individual ou através de grupos operativos<sup>6</sup> de vivência.

*“Eu achava que ia ser mais difícil, mas no dia eu achei que foi até fácil, mais do que eu imaginei. Então assim, por exemplo, que ia ser mais complicado, que eu não ia lembrar como fazer os exercícios, e tal! [...]*” (Calliope).

Percebemos outra vez a influência social sobre as expectativas e as concepções a respeito do parto e da internação hospitalar. Esta apreensão nos indica a necessidade de compreensão sobre o entendimento e o conhecimento que as mulheres têm acerca do processo do parto, para que no momento da assistência, possamos suprimir ou tentar suprimir as eventuais dúvidas e fornecer informações pertinentes a cada mulher, o que, por consequência, proporcionará um ambiente de confiança aos sujeitos do processo, tornando-o positivo e gratificante.

*“Eu imaginava que, falavam que, que eu, como que eu vou dizer, assim? Ah! Os outros falavam que eu ia ficar mais tempo internada, né! Fiquei mesmo, né! E aquela coisa que falam, né! Não, não ia ganhar o neném logo né! É demorado. Foi tudo Ok”* (Hestia).

<sup>6</sup> Grupo operativo, é segundo Pichon-Rivière (2000, p. 234) um conjunto restrito de pessoas, que, ligadas por constantes de tempo e espaço e articuladas por mútuas representações internas, propõe-se, em forma explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui sua finalidade, interagindo através de complexos mecanismos de assunção e adjudicação de papéis.

Trazemos as reflexões de Ávila (1998, p. 120) quando refere que, *“mais importante do que informar as pessoas que vão ter seus filhos seria atendê-las nas suas dúvidas, nos seus medos e sentimentos para que pudessem expressar suas ansiedades verbalmente ou se emocionar, e não através de somatizações”*.

Um depoimento, em especial, nos chamou a atenção pela entrevistada apresentar autoconfiança e evitar assimilar, para si própria, as vivências de outras mulheres que passaram pelo processo do parto. Cabe, então, salientar que as representações nem sempre têm influência somente do grupo cultural a que pertencem, pois o indivíduo adulto tem condições de fazer escolhas e, assim, muitas vezes, optam por situações, comportamentos e crenças diferentes de seu grupo social. O ser humano, além de um ser biológico, social e cultural é um ser de subjetividades.

Significa dizer que no momento em que a equipe fornece assistência, seria coerente que investigasse os verdadeiros sentimentos que assolam a parturiente e os conhecimentos que traz consigo para que, desta forma, pudesse minimizar suas preocupações, auxiliando para a manutenção da tranquilidade da parturiente e contribuindo para uma parturição feliz.

No entanto, levar em conta os elementos da subjetividade dos sujeitos aos quais se presta assistência, a exemplo de mecanismos de defesas do ego<sup>7</sup>, nos parece importante, pois nem sempre o que é demonstrado pela parturiente é o que realmente está sentindo. Significa que a parturiente pode utilizar o mecanismo de racionalização, por exemplo, o que permite não formular idéias negativas frente ao parto com a função de proteger-lhe de possíveis sofrimentos, os quais poderiam emergir do conhecimento trazido de seu meio cultural. Vejamos relato de Atena:

---

<sup>7</sup> Para Zimerman (2000, p. 119) mecanismos de defesa do Ego são operações mentais que “têm por finalidade a redução das tensões psíquicas internas, ou seja, das ansiedades”.

*“A gente escuta várias coisas né, coisas boas e coisas ruim. Mas a gente sabe, que a gente não é igual a ninguém, cada um é um ser único, né! Então eu tentava não me basear muito pelo que as pessoas diziam, porque eu ia vivenciar... e o meu (parto) ia ser único para mim né! Então, eu não me preocupava muito com isso não” (Atena).*

Assim como o percebido através da expressão de medo, o estudo revela que as mulheres utilizam-se de estratégias para garantir, no processo de nascimento, sua integridade física e psicológica, o que merece ser de conhecimento e domínio da equipe que presta cuidados à mulher nesta fase de sua vida, para bem atendê-la.

## Considerações finais

O estudo evidencia que muitas das expectativas dos sujeitos relativas ao processo de nascimento de um primeiro filho, foram formuladas sob influência dos relatos de outras mulheres que fazem parte do meio social em que convivem. Além disso, permite vislumbrar que cultivam expectativas fantasiosas em relação à assistência e ao nascimento de seu filho.

As expectativas que se apresentaram, frente ao nascimento de um primeiro filho, foram referentes à assistência, à saúde e bem-estar do recém-nascido. Teve destaque, também, a preocupação em ficarem sozinhas durante o parto, elemento ansiogênico no processo de nascimento. Por outro lado, o estudo evidencia também a ausência, para algumas, de tais expectativas, em virtude de se tratar de algo novo, um primeiro parto, o que pode ser atribuído, em alguns casos, a possíveis mecanismos de defesa do ser humano, como a negação e a racionalização frente a alguma situação que cause perigo à sua integridade física e psíquica.

Podemos destacar, com este estudo, a importância de promover um acompanhamento durante o trabalho de parto ou oportunizar a escolha de um acompanhante para permanecer ao lado da parturien-

te, o que auxilia no processo através da transmissão de orientações e pelo fornecimento de apoio para a futura mãe. Tais medidas contribuem para diminuir as possibilidades que este parto se torne doloroso, difícil e traumatizante.

Fornecer assistência humanizada à parturiente não significa “empurrar” alguém para acompanhá-la, sem ao menos questionar se é isso mesmo o que ela planejou para o seu parto, porque quem vai parir é a mulher que, ao longo de sua história, produziu expectativas e formulou sentimentos em relação a este momento de sua vida. Portanto, devemos respeitar também aquelas que não desejam estar acompanhadas, o que contribui para uma assistência individualizada e própria para cada mulher.

Por fim consideramos que o estudo traz, de modo modesto, elementos importantes para a reflexão acerca da assistência que é fornecida aos sujeitos no processo do parto e de nascimento. Os achados, com a fundamentação teórica a qual lançamos mão, nos parecem que contribuem no sentido de satisfazer as necessidades de cada uma das mulheres que passam pelo nascimento de um primeiro filho, auxiliando no enfrentamento deste momento de transição existencial, à medida que propõe considerar a singularidade dos sujeitos da atenção em saúde.

## Referências

ARMELLINI, C. J. *Resgatando a palavra das mulheres: o acolhimento na parturição*. 2000. 253 f. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem).

ÁVILA, A. A. *Socorro, doutor! Atrás da barriga tem gente*. São Paulo: Atheneu, 1998. 216 p.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 1977. 225 p.

BRAGHIROLI, E. M. et al. *Psicologia geral*. 18. ed. Petrópolis, RJ: Ed Vozes, 2000, 219 p.

CARON, O. A. F.; SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Revista Latino-Americana de enfermagem – USP*, Ribeirão Preto, p. 485-492, jul./ago. 2002.

CORDEIRO, S. N.; SABATINO, H. Humanização do parto. In: TEDESCO, J. J. de A.; ZUGAIB, M.; QAUYLE, J. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 280-317.

CONSELHO Nacional de Saúde. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/deliberacoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/deliberacoes/reso_96.htm)>. Acesso em: set. 2002.

CURY, A. F. Psicodinâmica da gravidez. In: TEDESCO, J. J. de A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 77-84.

DAVIM, R. M. B.; MENEZES, R. G. P. Assistência ao parto normal no domicílio. *Revista Latino-Americana de enfermagem – USP*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p. 63-67, nov. 2001.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4. ed. São Paulo: Ed Atlas, 1995.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p. 67-80.

KOVÁCS, M. J. A morte em vida. In: BROMBERG, M. H. P. F.; et al. *Vida e morte: laços da existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 11-33.

MALDONADO, M. T.; DICSTEIN, J.; NAHOUM, J. C. *Nós estamos grávidos*. 6. ed. Rio de Janeiro: Bloch, 1985. 94 p.

\_\_\_\_\_. *Nós estamos grávidos*. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2000. 208 p.

MINAYO, M. C. de S. et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Febrasgo, Abenfo, 2001. 199 p.

OMS – Organização Mundial de Saúde. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra, 1996. 39 p.

OSÓRIO, L. C. Processos obstrutivos nos sistemas sociais, nos grupos e nas instituições. In: ZIMERMAN, D. E; OSÓRIO, L. C. e col. *Como trabalharmos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 69-74.

PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

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

VAN DER SAND; I. C. P.; CAMPOS, Í. F.; SARTORI, G. S. *Grupo de gestantes e familiares: uma alternativa de atenção interdisciplinar*. Ijuí: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Vice-reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, 2003. 14 p. (Projeto de Extensão do Departamento de Ciências da Saúde, Unijui).

ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos básicos das grupoterapias*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 244 p.