

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

MÔNICA DOS SANTOS MENDES

**CONHECIMENTO DA GESTANTE SOBRE O INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO:
a quem interessa?**

**Porto Alegre
2011**

MÔNICA DOS SANTOS MENDES

**CONHECIMENTO DA GESTANTE SOBRE O INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO:
a quem interessa?**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC -
apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola
de Enfermagem da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul - UFRGS, como requisito parcial
para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mariene Riffel

**Porto Alegre
2011**

À Giovanna que, mesmo sem entender...

... perdoou todas as minhas faltas, todos as inúmeras vezes que não pude passar o tempo ao seu lado.

Estivestes comigo durante todo o Curso de Enfermagem,
no início dentro de mim, em minha barriga..
... e agora, ao meu lado, sorrindo e me fazendo acreditar que TUDO valeu a pena...

Filha, esta vitória é nossa!

AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa não apenas a finalização de uma etapa muito importante de minha vida, em que muito aprendi e muito cresci, mas também representa a renovação de uma vida que só será possível graças à realização de um sonho: ser enfermeira.

Desta forma, agradeço, inicialmente a meu pai, Luciano, por tudo que sou. Esta pessoa que me tornei, foi graças à educação que me destes, aos princípios e valores de vida que sempre seguirei. Se tens orgulho da filha que tens, tenha certeza: eu é que tenho orgulho do grande Homem que és! Porém pai, não fizestes isso sozinho: agradeço também a Dinda, minha mãe de coração que aceitou o desafio que a vida lhe deu de me criar. Obrigada por me tomar as lições...foi graças a isto que hoje aqui estou! Agradeço a minha irmã Letícia pela amizade e momentos de distração.

Ao Leonardo, que está comigo desde o início desta caminhada, desde o tempo do cursinho, me acompanhando durante as provas do vestibular, depois, durante a matrícula no curso, algumas aulas de anatomia e agora, finalmente o fim. Léo, obrigado por ser tão paciente comigo, te amo.

À minha querida orientadora Mariene Riffel. Obrigada por toda paciência, carinho e ensinamentos, dedicando a mim um espaço seu na busca da realização deste sonho!

À minhas queridas amigas Andréia e Meíra (ordem alfabética para não dar briga!): Andréia – Obrigada por ter tornado meus momentos neste curso mais doces com sua presença. Obrigada pelos inúmeros empréstimos. Mas principalmente, obrigada por dedicar a mim esta amizade. Tenho certeza que seremos amigas para sempre e, aliás, eu sempre soube que a garota séria e estudiosa das aulas de fisiologia ainda se tornaria uma amiga-irmã! Meíra – Obrigada por ser este porto-seguro, minha querida enfermeira psiquiátrica. O que seria de mim sem as nossas DR's e os dados de realidade?? Obrigada por ter sempre estado ao meu lado durante todo este

curso, em todos os momentos e estágios, incentivando-me a seguir a caminhada.
Obrigada!

Á todas as mulheres maravilhosas e iluminadas por Deus (Vó Dinda, Tia Rejane, Tia Simone, Tia Ivani, Professora Luciana, Professora Priscila e Rose) que a longo deste curso contribuíram com o cuidado e educação de minha querida filha e que muitas vezes sem saber, estavam contribuindo com a minha formação acadêmica.

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) desenvolvido por meio de pesquisa qualitativa de caráter exploratório-descritivo e documental. Apresenta reflexões sobre conhecimentos que mulheres possuem sobre os sinais de início do trabalho de parto. Tem por objetivo descrever como vem sendo constituída a orientação de mulheres em relação aos sinais de início do trabalho de parto. Busca identificar interesses relacionados à circulação desse saber. Utiliza excertos de artigos científicos para responder a questão: a quem interessa o conhecimento de gestantes sobre o início do trabalho de parto? Utiliza ferramentas inventadas por Michel Foucault para melhor focar a análise. Narra como se produzem, ainda que de forma incipiente, os saberes sobre os sinais de início do trabalho de parto e como tais saberes circulam nos diferentes ambientes na atualidade. Aponta quais os especialistas indicados para colocar em operação as práticas que, conforme o Ministério da Saúde seriam as mais adequadas para a saúde da população. Conclui que a circulação do conhecimento sobre o início do trabalho de parto deveria interessar tanto ao especialista incumbido das práticas assistenciais quanto à mulher e família alvos desse conhecimento. E, também, ao governo que produz normas e manuais que indicam a forma com que as instituições deveriam colocar em operação a disciplina que provê a docilidade dos corpos das mulheres, de suas famílias e dos especialistas.

Descritores: Pré-Natal. Enfermagem. Sinais de Início do Trabalho de Parto. Michel Foucault.

SUMÁRIO

1 ONDE O CONHECIMENTO SOBRE O INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO SE ESCONDE?.....	9
2 CAMINHO PERCORRIDO.....	14
3 UMA BREVE HISTÓRIA DA CIRCULAÇÃO DOS SABERES SOBRE O PARTO E SINAIS DE SEU INÍCIO.....	19
4 SINAIS DE INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO: saberes e poderes.....	24
5 ENTRAM OS MÉDICOS..., SAEM AS PARTEIRAS... .E AS ENFERMEIRAS?	32
6 GOVERNANDO CONDUTAS – práticas que fazem circular o conhecimento sobre sinais de início do trabalho de parto.....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE – QUADRO DE ARTIGOS UTILIZADOS NA ANÁLISE DO ESTUDO.....	50

*As relações de poder estão talvez entre as coisas
mais escondidas no corpo social.
(FOUCAULT, 2007, p. 133)*

1 ONDE O CONHECIMENTO SOBRE O INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO SE ESCONDE?

A motivação para saber o que as gestantes conhecem sobre o início do trabalho de parto surgiu de minha experiência enquanto usuária da Assistência Pré-Natal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pois entendo que o (des)conhecimento sobre o momento adequado de procura de atendimento obstétrico interfere na atuação tanto da gestante, de sua família e da equipe que a atende em relação às práticas durante o trabalho de parto.

O acompanhamento pré-natal, período destinado ao preparo físico e emocional da mulher que espera um filho, é processo que envolve tecnologias e procedimentos para manter uma gestação saudável e/ou identificar situações de risco à mulher e seu bebê (OLIVEIRA, 2005) assegurando, ao final da gestação, “o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal” (BRASIL, 2005, p. 10).

De acordo com diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), o trabalho de parto é percebido pela “presença de duas a três contrações uterinas a cada dez minutos, com ritmo e frequência regulares. Estas podem ser acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas pela dilatação maior ou igual a dois centímetros e/ou esvaecimento maior que 50%” (p. 117-118).

Entre tais tecnologias para manter mãe e recém-nascido saudáveis está, também, a orientação da mulher sobre sinais e sintomas de início do trabalho de parto, o que indica normalidade quando ocorre no final da gestação, ou seja, acima de 38 semanas gestacionais. Assim, quando for observada presença de contrações uterinas em intervalos regulares que evoluem de acordo com o tempo em frequência e intensidade, não diminuindo com o repouso, ou rotura das membranas ovulares, tanto a mulher, quanto seus familiares poderão procurar um serviço obstétrico para atenção ao parto (BRASIL, 2001). Outros “sinais de alerta, como perda de líquido, sangramento uterino, contrações eficientes a cada 5 minutos e diminuição dos movimentos fetais, são orientações para que a parturiente retorne ao hospital no momento adequado” (p. 46).

Por isso é preconizado que o profissional da área da saúde se “responsabilize pelo atendimento à gestante de maneira segura, dando-lhe apoio e confiança, respondendo seus questionamentos de forma direta, dando suporte para que ela, através da formação do pensamento crítico, tome decisões, criando autonomia nos processos de gestação, parto e puerpério” (BRASIL, 2000, p. 9).

O governo brasileiro (BRASIL, 2005) propõe que durante o pré-natal sejam desenvolvidas práticas como “escuta ativa da mulher e seus acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas” (p. 10). Com esta afirmativa o governo brasileiro assume a importância do acompanhante não apenas como uma “memória acessória” da gestante, que a ela pode recorrer para lembrar-se das orientações recebidas durante as consultas, mas como alguém que, ao conhecer as condutas que deveriam ser adotadas auxilia esta gestante a compreender o que lhe acontece e a melhor forma de atender suas necessidades. Por isso, as “atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias” (p. 10) são práticas consideradas indissociáveis da consulta e decorrentes da escuta adequada. Então, é por meio de práticas de escuta ativa, do esclarecimento de dúvidas, do fornecimento de informações e atividades educativas em linguagem compreensível que o Ministério da Saúde recomenda o “estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico”. Além das práticas citadas, o Ministério da Saúde recomenda e descreve minuciosamente, que sejam desenvolvidos procedimentos como anamnese, exame clínico-obstétrico e exames laboratoriais a serem realizados a cada consulta.

O pensamento que prepondera na sociedade atual é de que o parto é um momento tenso, imprevisível, misterioso e repleto de dor, muitas vezes implicando em dificuldades de falar sobre sinais e sintomas que indicam o início do trabalho de parto, por ele poder ser associado às contrações uterinas regulares e, algumas vezes desconfortáveis desde o início de seu aparecimento (CARVALHO, 2004).

Sabe-se que o desconhecido é temido. Há dificuldades de enfrentamento daquilo que não se conhece. A insuportabilidade imaginada da dor do parto, ainda não sentida no caso das nulíparas, a memória de sua experiência em muitos casos de multíparas e, em ambos os casos o temor da dor, pode imprimir ao momento do nascimento algo tão aterrorizante que leva muitas mulheres à opção do parto cirúrgico sem que esse tenha uma clara indicação do ponto de vista obstétrico (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008). Por isso, mulheres que nunca tiveram filhos e/ou não tiveram orientações para o momento do parto são mais suscetíveis à angústia frente ao desconhecido e poderão mostrar-se tanto submissas aos profissionais de saúde e à instituição hospitalar, quanto arredias e com receio dos diferentes desfechos. Tais desfechos podem incluir injúrias, perdas ou imersão em suas fantasias fazendo com que a experiência do parto nem sempre seja tão gratificante quanto poderia.

Ao profissional da saúde atribui-se, então, parte da responsabilidade pela falta de aderência de mulheres à assistência pré-natal, apresentem elas ou não fatores de risco na gestação. Entre os fatores de risco mais importantes na atualidade estão a idade da gestante e o nível de escolaridade. No entanto, segundo Carvalho (2004), a principal causa do abandono ou início tardio do pré-natal, levando a altas taxas de riscos à gestante e seu bebê e, conseqüentemente, elevando os índices de morbimortalidade materna e perinatal, é a falta de qualidade da assistência prestada. Tal situação implica, necessariamente, na falta de orientação do início do trabalho de parto, momento em que é recomendável a procura de um serviço de atendimento obstétrico.

A falta de compreensão a respeito dos sinais indicativos de início do trabalho de parto poderá acarretar frequentes idas a serviços de urgências obstétricas, antes do momento considerado adequado para a internação, ocasionando preocupações nas mulheres quanto ao seu bem-estar e do bebê (ALBIZU; GOÑI; MEJÍAS; 2000; REIS; BONADIO, 2007). É aí que a educação em saúde, processo que visa capacitar os usuários para a promoção do autocuidado através de mudanças de seus comportamentos, costumes e rotinas, proporcionando uma forma de viver melhor (BRASIL, 2000), poderia ser utilizada como tecnologia adequada pelos profissionais da área da saúde para integrar a educação de seus clientes às práticas técnico-biológicas. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) preconiza que dentro das ações da assistência ao pré-natal estejam inseridas ações educativas como o incentivo ao protagonismo da mulher a fim de potencializar sua capacidade de dar à luz e educá-la quanto aos sinais e sintomas de início do trabalho de parto.

Alinhado ao seu próprio pensamento, em 2008, o Ministério da Saúde publica as seguintes orientações dirigidas especialmente às gestantes em seu Caderno n. 8, da série direitos sexuais e direitos reprodutivos “Conversando com a gestante” (BRASIL, 2008).

Quais são os sinais de parto? Para muitas mulheres, o trabalho de parto começa com contrações que parecem cólicas menstruais, ou, às vezes, são um endurecimento da barriga. Para outras sai um “sinal” pela vagina, que é como um catarro branco, com raias de sangue. As contrações começam nas costas e se espalham em direção ao quadril e à barriga. Para evitar alarme falso, deite-se do lado esquerdo por meia hora e conte o número de contrações. Se tiver três ou mais neste período, você pode estar entrando em trabalho de parto. O trabalho de parto do primeiro filho pode levar até mais de 12 horas. Do segundo filho em diante pode durar de 6 a 8 horas. Isso significa que você terá tempo para se arrumar, pegar as roupinhas do bebê e ir para a maternidade (p. 27).

Os sinais de parto, o tempo de duração do trabalho de parto, a frequência das contrações uterinas, as condições das membranas ovulares e do líquido amniótico e a presença de sangramento vaginal são descritos como indicadores do momento em que a gestante deverá pensar em procurar um serviço obstétrico. Nessa “conversa com a gestante”, o caderno descreve passo a passo os sinais que indicam quando procurar um serviço de atendimento obstétrico.

Quando devo ir para a maternidade? • Quando você estiver sentindo, pelo menos, três contrações no período de meia hora. • Quando a bolsa d’água se romper antes de começarem as contrações. (Preste atenção na cor e no cheiro do líquido, porque esta é uma informação importante para orientar os profissionais que vão atendê-la na maternidade). • Quando tiver sangramento, mesmo sem dor (p. 27).

Como se lê, há dois momentos precisos para a busca de atendimento em que envolve situações de normalidade em que os processos para o desfecho do parto se iniciam normalmente e outros que indica risco iminente para mãe e filho.

Um documento assim detalhado, certamente teria sido publicado para ampla distribuição. Daí buscar informações sobre sua edição. Constatei que não há especificação da tiragem nem da forma de distribuição. Para esclarecer estes aspectos entrou-se em contato com o Ministério da Saúde por meio do disque saúde, telefone 0800 61 1997 solicitando respostas a estes questionamentos. Tal ação gerou o protocolo de atendimento número 357871 no dia 17 de junho de 2011, cuja resposta foi a que segue:

Referente à sua demanda sob o protocolo: 357871. Esclarecemos que o departamento de ouvidoria do SUS tem como atribuições, dentre outras: receber solicitações, reclamações, denúncias, elogios, informações e sugestões encaminhadas pelos usuários do SUS e levá-las ao conhecimento dos órgãos competentes sejam eles federais, estaduais ou municipais. Por oportuno, informamos que esclarecemos que o Ministério não distribui material impresso. Os impressos do Ministério da Saúde são confeccionados tendo em vista uma demanda determinada, não gerando estoque desses materiais no âmbito do Ministério. No entanto, foi criada a biblioteca virtual em saúde que disponibiliza diversas publicações do Ministério da Saúde em textos completos. As publicações são acessíveis pela página da biblioteca virtual em saúde do Ministério da Saúde - BVS MS: <http://www.saude.gov.br/bvs> todas as publicações podem ser impressas, encadernadas e disponibilizadas para consulta, desde que citada à fonte, sem problemas quanto ao direito autoral. Informamos ainda que a Lei de Direito Autoral deverá ser observada, sendo vedada a utilização para fins comerciais e promoção pessoal. Com o objetivo de avaliar o atendimento prestado por esta ouvidoria do SUS, solicitamos gentilmente que o (a) Sr (a) entre em contato conosco para confirmar as informações acima, num prazo máximo de 60 dias a contar desta data. Caso não haja nenhuma manifestação contrária sua demanda será considerada atendida e arquivada. Atenciosamente, Ouvidoria do SUS. Mensagem automática. Não responda

este e-mail. Ouvidoria geral do SUS. Ministério da Saúde. Setor da Administração Federal (SAF) Sul. Quadra 2 lotes 05/06 ed. Premium Torre I 3º andar sala 305. 70070-600, Brasília-DF, 0800 61 1997.

Em vista disto outra mensagem foi enviada. No entanto, a resposta até o momento é o silêncio. Examinando o material na tela do computador há a seguinte informação: “Tiragem: 1ª Edição – 2008” (BRASIL, 2008, p. 6) indicando o ano de sua veiculação.

O meio de veiculação das informações de caderno, ou seja, o digital, fizeram-me buscar algumas informações sobre a população brasileira a partir do censo de 2010 (IBGE, 2011). Neste censo, a população brasileira é de 190.755.799 habitantes. Destes, 97.348.809 são mulheres. Destas mulheres, 62.112.637 encontram-se em idade fértil (entre 10 e 49 anos). Porém, a taxa de informatização da população brasileira é de 38,9% (R7, 2011), sendo que este percentual não indica quantos são mulheres em idade fértil. Daí outras perguntas: Quantas e quem são as pessoas que buscam informações na internet sobre os sinais de início do trabalho de parto? O Ministério da Saúde atende a demanda da população brasileira ao veicular esta informação em meio eletrônico?

A partir da publicação do caderno e outras recomendações do Ministério da Saúde pode-se pensar que, em geral, há dificuldades de orientação à gestante durante os encontros com os profissionais da saúde. Tais dificuldades são confirmadas por Carvalho (2004) ao afirmar que na maioria das vezes as gestantes não têm recebido a devida orientação nem o preparo adequado dos profissionais de saúde para a hora do parto.

Defronto-me, então, com os seguintes questionamentos: o que sabem as mulheres sobre os sinais de início do trabalho de parto? Quem informa estas mulheres sobre os sinais de início do trabalho de parto? Em que momento estas orientações são fornecidas? Estas informações são consideradas importantes? Para quem? Que mudanças podem ser observadas quando orientações sobre o início do trabalho de parto são fornecidas para a gestante e compreendidas por ela?

Assim, o estudo teve por objetivo descrever como vem sendo constituída a orientação de mulheres em relação aos sinais de início do trabalho de parto, buscando identificar interesses relacionados à circulação desse saber. E, considerando-se a pergunta que pretende instigar o leitor, colocada como título deste capítulo, pode-se dizer preliminarmente que o conhecimento sobre o início do trabalho de parto se esconde naquilo que tem sido escrito sobre o assunto e que pretendo abordar a seguir.

2 CAMINHO PERCORRIDO

Este estudo, exploratório-descritivo, documental, de abordagem qualitativa, buscou descrever significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, um espaço das relações e dos processos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1996) para responder a questão: a quem interessa o conhecimento da gestante sobre o início do trabalho de parto? Por isso utilizou-se textos já elaborados, constituído principalmente de manuais e artigos científicos (GIL, 2002) publicados pelo Ministério da Saúde e em bases de dados eletrônicas, tais como BIREME e SciELO, onde os principais termos de pesquisa foram **Acolhimento** e **Início do Trabalho de Parto**. Dentre os 481 artigos encontrados para o termo Acolhimento, 26 foram pré-selecionados após leitura dos resumos e dentre os 90 artigos encontrados para o termo Início do Trabalho de Parto, seis foram pré-selecionados. Após leitura exaustiva, foram selecionados cinco artigos que se enquadravam com a proposta do estudo. Um artigo foi excluído, visto ter sido produzido fora do país. Os artigos selecionados (APÊNDICE) foram escritos, em sua grande maioria, por enfermeiras obstetras. Apenas um dos trabalhos que compõe o material de análise foi escrito por um grupo interdisciplinar composto por médicas, pedagoga, socióloga e psicóloga. Quatro destes estudos apresentam como metodologia de trabalho a abordagem qualitativa; um apresentou abordagem quantitativa.

Este estudo não tem por finalidade discutir se os objetivos ou as metodologias apresentadas nos artigos selecionados estão adequados ou não. Porém, a partir da seleção de excertos dos artigos buscou-se descrever como o conhecimento sobre o início do trabalho de parto circula entre as gestantes na atualidade. Para isso, utilizou-se de algumas ferramentas inventadas por Michel Foucault para a análise de discurso. Na perspectiva pretendida, o discurso vai além das palavras nele contidas; ele as atravessa, retratando a cultura, o pensamento, os ideais, os valores daqueles que os descrevem, mostrando a sociedade dentro do indivíduo ou de suas práticas. O discurso seria uma forma de compor padrões de comportamento social dentro de cada sociedade; o que permeia as relações de poder e governabilidade dentro destas sociedades. O discurso não é analisado apenas em sua temática, mas de acordo com o momento social, seus atores e os efeitos que podem gerar na comunidade. Daí, ao pretender tal análise procurou-se explorar ao máximo os textos, pois eles não são compostos apenas por palavras transcritas, mas pela vontade e pelos saberes que existem nelas (FISCHER, 2001).

Assim, os excertos foram escolhidos por meio da leitura interessada sobre o que tem sido escrito sobre a orientação dada às mulheres em relação aos sinais de início do trabalho de parto. Buscou-se com tal leitura “saber aquilo que podemos aproveitar e aquilo que podemos descartar, deixar passar ou deixar de lado” (FISCHER; VEIGA-NETO, 2004, p. 17), dando visibilidade aos discursos do Ministério da Saúde, da Organização Mundial de Saúde e de outros documentos que regem o fazer obstétrico na atualidade. Para discriminar os excertos em relação às demais citações, coloquei-os em quadros. O texto final deste trabalho buscou preservar aspectos éticos ao referenciar os autores consultados, de acordo com Lei nº 9610, de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998).

A seguir apresento algumas informações gerais relacionadas aos textos estudados tais como a forma como foi realizada a coleta de dados, a população estudada e ano de publicação. A ordem de apresentação das mesmas não obedece a nenhum outro critério que não seja a aleatoriedade.

Assim, o primeiro artigo selecionado, intitulado “Conhecimentos e Expectativas de Gestantes Nulíparas sobre Sinais e Sintomas de Trabalho de Parto e Parto” foi publicado no ano de 2004 e teve como população estudada 120 gestantes nulíparas com idade gestacional maior que 36 semanas que participaram de, no mínimo, duas consultas pré-natais. Para a coleta de dados foi utilizado questionário aplicado em duas unidades básicas de saúde em Indaiatuba, São Paulo; a coleta de dados a que se refere o segundo artigo selecionado, “Assistência pré-natal da casa de parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias” se deu na Casa de Parto David Capistrano Filho, localizada no bairro de Realengo no Rio de Janeiro e foi obtida por meio da aplicação de questionários a 28 puérperas no ano de 2005. Os dados foram tratados estatisticamente pelo método descritivo não probabilístico; já o terceiro artigo selecionado, “O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica”, descreve sua coleta de dados por meio de instrumento aplicado a grupos focais composto por gestantes primigestas, multigestas e adolescentes reunidas no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros em São Paulo. As discussões decorrentes desses grupos focais foram gravadas e transcritas para análise temática dos conteúdos; para a coleta de dados que deu origem ao quarto artigo selecionado, “Jogo Educativo Sobre os Sinais do Parto para Grupo de Gestantes”, foram convidadas 99 gestantes para participar do jogo educativo a respeito dos sinais de parto. Essas gestantes faziam parte de grupos de gestantes do setor de Pré-Natal do Hospital Maternidade Amparo Maternal, localizado na cidade de São Paulo. Elas foram distribuídas em 14 grupos de, no mínimo, oito e, no máximo, dez gestantes/jogadoras que recebiam cartas com diferentes mensagens

afirmativas sobre os sinais e sintomas de parto. Tais grupos foram conduzidos por uma facilitadora que após solicitar a cada gestante que lesse a mensagem contida em sua carta ouvia a manifestação da mesma sobre seu pensamento a respeito do assunto. A questão contida na carta e a manifestação da gestante eram, então, discutidas no grupo. O procedimento foi seguido até a leitura de todas as cartas, ou seja, 24 afirmativas. A amostra populacional foi composta por 50 puérperas que participaram do jogo educativo durante o pré-natal, que não apresentaram intercorrências clínicas ou obstétricas até o momento da internação hospitalar e que foram acompanhadas durante o trabalho de parto e parto na referida instituição de saúde. Os dados foram coletados por consulta ao prontuário e entrevista individual a estas mulheres. A análise dos dados se deu por frequências absolutas e relativas; por último, a coleta de dados descrita no quinto artigo selecionado, “Conhecimento de gestantes acerca dos Sinais e Sintomas do Início do Trabalho de Parto”, foi por meio de entrevistas com 30 gestantes em três momentos distintos: antes de sua primeira consulta de pré-natal, durante a segunda consulta e em suas admissões para o parto. O local onde se deu este estudo foi numa maternidade filantrópica, localizada na região norte da cidade de Ribeirão Preto-SP.

Os objetivos descritos nos cinco artigos são congruentes, uma vez que todos indicam a necessidade de conhecer como o trabalho de parto é abordado se considerarmos as “orientações dirigidas especialmente às gestantes” descritas no manual do Ministério da Saúde intitulado “Conversando com a gestante” (BRASIL, 2008). Assim, destacam-se os objetivos descritos nos cinco artigos selecionados. No Artigo que denominei de um:

Avaliar o conhecimento de gestantes, atendidas na rede pública de saúde da cidade de Indaiatuba-SP, sobre sinais e sintomas de trabalho de parto e parto; Verificar o conhecimento que as gestantes possuem sobre os sinais e sintomas de trabalho de parto e parto; verificar as fontes de conhecimento das gestantes sobre sinais e sintomas de trabalho de parto e parto; Identificar as expectativas das gestantes no que diz respeito a seu parto (CARVALHO, 2004).

No Artigo dois:

Identificar o grau de satisfação das usuárias da Casa de Parto David Capistrano Filho com relação à assistência no pré-natal prestada pela instituição; Discutir a satisfação das usuárias em relação à assistência no pré-natal prestada na Casa de Parto David Capistrano Filho, a partir da idéia e dos conceitos de Humanização do Parto e Nascimento (SEIBERT; GOMES; VARGENS, 2008).

Já no Artigo três, os objetivos descritos foram:

focalizar representações de gestantes, usuárias do SUS, sobre o processo de gestação e parto, e de que forma estas repercutem nas suas expectativas em relação ao próximo parto (HOTIMSKY *et. al*, 2002).

No penúltimo artigo, o quatro, os objetivos foram:

verificar os sinais de parto percebidos pelas mulheres que participaram de jogo educativo que motivaram a procura da maternidade, além de identificar as condições obstétricas no momento da internação para o parto, das puérperas que participaram do jogo educativo no pré-natal; apontar as reações das mulheres que participaram do jogo educativo ao perceberem os sinais do parto (REIS; BONADIO, 2007).

E, por último, no artigo cinco:

Identificar o conhecimento sobre sinais e sintomas do trabalho de parto, entre gestantes em seguimento pré-natal a partir de 36 semanas de gestação, em uma maternidade de Ribeirão Preto – SP (MELO; GOMES; ALMEIDA, 2002).

Então, este TCC busca, nos pensamentos inscritos nos excertos escolhidos, elementos que dêem pistas do discurso que subjaz as palavras utilizadas. Pois é também por meio das palavras que os discursos manifestam o saber e a verdade que faz circular um poder que interessa às práticas relacionadas ao início do trabalho de parto de acordo com a sociedade em que vivemos. Isto é particularmente importante se considerarmos que cada sociedade tem sua política geral de verdade: isto é, os “tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro” (FOUCAULT, 2007, p. 12). Tais afirmativas permitem que se questione como informações sobre o início do trabalho de parto, que anunciam a proximidade do parto e do nascimento, consideradas importantes e necessárias para gestantes e famílias, têm circulado pouco entre profissionais, instituições, mulheres e famílias que geram, ou pretendem gerar e criar filhos saudáveis? Como o Ministério da Saúde (2008) faz circular aquilo que preconiza em seu caderno n. 8 “Conversando com a gestante”? A que economia está atrelada a circulação restrita dos conhecimentos sobre os sinais de início do trabalho de parto para a população leiga ou mesmo entre os especialistas? Para Foucault (2007) a verdade “é produzida e transmitida sob o controle, não exclusivo, mas dominante, de alguns grandes aparelhos políticos ou econômicos (universidade, exército, escritura, meios de comunicação); enfim, é objeto de debate político e de confronto social”. Para melhor focar a análise sobre o

assunto escolhido, utilizei palavras como verdade, saber, poder e disciplina conforme significados descritos em Michel Foucault e utilizadas por ele como ferramentas.

3 UMA BREVE HISTÓRIA DA CIRCULAÇÃO DOS SABERES SOBRE O PARTO E SINAIS DE SEU INÍCIO

Para descrever melhor como tem se mostrado a circulação de saberes sobre sinais de início do trabalho de parto na atualidade faz-se um breve recuo na história abordando aspectos que circundam esta prática.

Até meados do século XX, o parto, realizado em sua grande maioria no domicílio das gestantes e muitas vezes no aconchego de familiares, não era evento considerado nem doentio nem sadio. Assim como o parto, a gravidez era um acontecimento esperado dentro de determinadas condições como, por exemplo, em consequência dos casamentos como afirma Foucault (1985). Para o autor, o casamento foi fundamentado em uma série de razões, dentre elas o encontro indispensável do macho e da fêmea para a procriação. Desta maneira, o objetivo das relações sexuais dentro do casamento não estaria na volúpia ou no amor romântico, mas na reprodução. Daí que a mulher que não desse ao seu marido uma descendência legítima e feliz, poderia ter problemas em sua vida conjugal (FOUCAULT, 1984).

Os hospitais, até o advento da modernidade e da ciência, isto é, até o século XVIII, não eram locais destinados ao atendimento do corpo doente, mas à salvação das almas (FOUCAULT, 2007). E, as atividades desenvolvidas dentro daquela instituição, geralmente por mulheres tanto religiosas quanto leigas, eram executadas com vistas ao salvamento das almas mediante ações de caridade ou mortificação da carne (BELLATO, PASTI, TAKEDA, 1997).

A presença de profissionais da saúde nos hospitais inicia-se, lentamente, no século XVII, quando a inserção de parteiras começa, também lentamente, a se estabelecer dentro dessas instituições. No Brasil, a inserção de parteiras nos hospitais deu-se a partir do século XIX com a criação das escolas de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro em 1808, quando se viu a necessidade de atividades práticas de parto para o ensino da obstetrícia aos futuros médicos. Antes, a saúde, enquanto disciplina a ser ensinada e seguida, não tinha ligação com a sociedade e a medicina objetivava, em suas práticas, evitar a morte após o aparecimento dos sintomas das enfermidades. O surgimento das escolas de medicina no Brasil teve o efeito de atuar como braço científico do poder do Estado sobre a sociedade. Nesta perspectiva, as práticas médicas atuaram como polícia médica, vista como um meio de controlar e prevenir as doenças através de vigilância do comportamento e atitudes dos indivíduos e da organização e regulamentação da profissão médica (MACHADO *et. al.*, 1978). A ampliação das escolas de

medicina no Brasil e, portanto, do número de estudantes deste curso dentro dos hospitais, ocasionou a gradativa exclusão das parteiras nesse cenário. Concomitantemente houve a desqualificação dos saberes e práticas dessas mulheres, culminando em meados do século XX com o correspondente fechamento dos cursos para formação de parteiras ligada às escolas de medicina. Neste cenário foi criada a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde do Rio de Janeiro sob o decreto nº 16.300 de 31 de dezembro de 1923. Em 1926 passou a chamar-se Escola de Enfermeiras Anna Nery por meio do decreto 17.268 de 31 de março de 1926, implantando a carreira de Enfermagem no modelo “Nightingale” em nível nacional (TYRRELL, 2003). Ainda no ano de 1922, pelo Decreto 15.799, de 10 de novembro foi criada a profissão que designava a “enfermeira” cujas atribuições, descritas no artigo 54º estavam assim descritas:

A ella incumbirá a organização e distribuição dos serviços e cuidados aos doentes, da cozinha dietética e da rouparia, cabendo-lhe a responsabilidade pelo bom andamento destes serviços. Os cuidados aos doentes serão orientados pelos médicos-chefes cujas prescrições deverão ser rigorosamente cumpridas (BRASIL, 1922, p. 21475).

Em relação à inclusão da figura masculina no parto, encontram-se relatos de que só eram convocados em situações especialmente dramáticas. Pouco conheciam sobre o assunto voltando-se predominantemente para a homeostasia, suturas e drenagens (WOLFF; WALDOW, 2008). Entre o século XVII e XVIII, cirurgiões e parteiras são incitados ao trabalho conjunto para o melhor entendimento do parto. Os “parteiros” formados nas escolas médicas estrangeiras voltavam para as colônias brasileiras passando ser escolhidos em lugar das parteiras (ORSHAN, 2010). A entrada dos “médicos-parteiros” e da ciência na prática obstétrica não só esquadrinhou o corpo feminino, como passou a produzir um saber anatômico e fisiológico da mulher a partir de um olhar masculino (BRENES, 1991).

Entre o século XIX e XX, foi configurado o ordenamento de um sistema médico de saber e poder sobre o corpo das mulheres, que até então tinha apenas a função reprodutiva, tornando-o objeto de controle rigoroso por tais práticas (NOGUEIRA, 1994). Para que esse projeto pudesse ser levado adiante, também foi necessário o estímulo à alienação e ao desconhecimento do corpo feminino como dispositivo de controle da sociedade, que teve nas especialidades e nos especialistas, o monopólio de saberes que possibilitaram o ditame de normas de conduta.

Com a hospitalização das mulheres, o parto passou a ser objeto aprendido por profissionais cuja formação e vida profissional dava-se dentro do espaço hospitalar (FOUCAULT, 2007). Assim, o hospital passa ser um cenário a serviço da ciência e da

medicina cujos atores centrais são os profissionais detentores do saber científico e as doenças, seus instrumentos científicos de trabalho. Assim, mulheres, em situação de dar à luz nos hospitais, passaram a ser consideradas corpos onde se realizam práticas experimentais conduzidas por médicos (ORSHAN, 2010). Entretanto, isso tornou a atividade médica, de pouco prestígio e autoridade, valorizada pela modernidade e pelo saber científico. Os partos assistidos por parteiras ou mulheres que detinham um saber específico, passado de geração em geração, deixam de ser valorizados pela sociedade (BRANDÃO, 1998).

A ciência e os especialistas mantêm determinados conhecimentos sobre o parto e o corpo feminino enclausurados num dado círculo que envolve o ambiente hospitalar. Para tanto, uma gramática foi produzida para caracterizar tais saberes: a linguagem médica científica. Por isso tal linguagem é tão importante. Ela representa o homem em suas diversas práticas enquanto objeto e sujeito da ciência. Na linguagem científica, as palavras explicam as coisas numa descrição que não é isolada, mas efeito de inter-relações de “saberes relevantes para o estabelecimento do modo de existência destas ciências” (CANTUÁRIA, 2008).

A importância das palavras e das coisas, pouco acessíveis em livros didáticos, traz para dentro das universidades a figura dos “lentes” como importante prática para a leitura dos livros à comunidade universitária. Os “lentes” eram indivíduos que ensinavam os discípulos de medicina por meio da leitura de livros médicos escritos, a princípio em latim e mais tarde em alemão e francês, o que facilitava o estudo desta “arte” com a economia necessária ao momento histórico uma vez que a publicação de material escrito era muito limitada. Assim, os “lentes” tinham por responsabilidade tornar os estudantes aptos à ciência médica no tempo mais limitado possível além de prestar socorro à memória das coisas que eram ensinadas. Sanches (2003) também nos conta que os “lentes” do Hospital da Universidade de Bolonha “deviam explicar os sinais, causas, e indicações das enfermidades na Língua Latina, depois de se informarem na [língua] materna dos enfermos, da causa da sua doença” (p. 20). Daí pensar-se que o conhecimento da medicina circulava somente onde os que conheciam o latim ou eram médicos formados em escolas onde havia a figura do lente podiam ter acesso.

Até a invenção dos saberes sobre as condições em que se dá o início do trabalho de parto tal como é descrito na atualidade foi necessário agregar e associar um conjunto de saberes numa determinada linguagem que pudesse ser compreensível entre os cientistas. Para tanto, o parto precisou ser entendido como um processo que envolvia várias etapas. A partir do esquadramento do corpo feminino, destacando o útero como objeto de estudo, e do

parto, houve a possibilidade de descrevê-lo, primeiramente, em três fases principais: dilatação, expulsão e secundamento. A síndrome^a de trabalho de parto foi então descrita em sua primeira fase como um conjunto de fatores característicos que envolveria o apagamento do colo uterino, a dilatação cervical, a bolsa das águas, a emissão de mucosidade e a contração uterina. Para a identificação dos indícios do trabalho de parto é preciso que haja contrações uterinas com ritmo e características peculiares combinadas a modificações progressivas da cérvix e a formação da bolsa das águas (REZENDE, 1974) diferentemente daquilo que é descrito pelo Ministério da Saúde (2005) na atualidade para quem a formação a formação da bolsa das águas não faz parte deste parâmetro (p. 117).

Ao usarem-se palavras como contração associando-a ao útero, dilatação associando-a ao colo uterino e centímetro relacionando-o à dilatação deste órgão, a gramática inventada para descrever o início do trabalho de parto agrega conhecimentos de física e química ao funcionamento da musculatura uterina para explicar a contração miométrial. Outros elementos da física foram incluídos como intensidade e a frequência ao estudo da contração uterina. E a possibilidade de medir os eventos por meio do relógio tornou-se importante para registrar seus desdobramentos. Assim, as contrações passaram a ser medidas conforme a frequência, o intervalo de tempo e a duração (duas a cinco contrações a cada dez minutos). Também foi necessária a utilização do sistema métrico decimal, inventado no século XVIII, para medir a dilatação do colo uterino em centímetros e assim, identificar o estágio de início do trabalho de parto. Tais palavras e práticas só tornaram-se possíveis da forma como têm sido descritas com o surgimento da modernidade e da ciência (FOUCAULT, 2007).

Num determinado momento da história sinais como a descida do fundo uterino, popularmente dito “queda da barriga”, a perda do tampão mucosanguinolento, o amolecimento e apagamento do colo uterino e contrações dolorosas, porém irregulares em intensidade e frequência (CHAVES NETTO, 2004) eram considerados indícios de trabalho de parto.

Com o esquadramento detalhado do corpo feminino pelas disciplinas, decorrência da modernidade e da ciência, houve alterações na forma como a mulher tem sido descrita. Até o século XVII, a mulher era narrada como um indivíduo do sexo masculino cujos órgãos sexuais apresentavam-se atrofiados, portanto, um ser defeituoso. Até este momento, “o discurso médico não falava dos órgãos sexuais, se não de modo geral, em sua conformação de

^a Assim referiu-se Rezende (1974) por considerar os elementos que compõe o trabalho de parto sem valor se pensados isoladamente.

conjunto, a propósito de não importar quem e com uma grande reserva de vocabulário” (FOUCAULT, 2001, p. 86). A partir daí, começou a surgir descrições detalhadas e individuais, “onde as coisas são chamadas por seu nome” (p. 86). Descrições assim detalhadas podem ser lidas em parecer solicitado pela corte judicial sobre a sexualidade de um condenado. Nele, evidenciou-se a descrição dos órgãos sexuais e reprodutores como jamais antes se havia visto em discursos médicos, uma vez que “era bem normal que alguém que fosse mestre do saber não pudesse falar dos órgãos sexuais da mulher” (p. 86), seres particularmente desprezíveis. É com a valorização do útero, enquanto lugar onde foi gerado o “filho de Deus”, que este órgão deixou de ser repreendido entre as mulheres e passou a ser reconhecido e estudado com detalhes, pois “isso permitiria evitar mais as dores das mulheres e, sobretudo evitar que morram nos partos. Isto permitirá enfim, e, sobretudo, evitar que morram muitas crianças no momento de seu nascimento, ou, antes mesmo de seu nascimento” (FOUCAULT, 2001, p. 87). Desta forma o útero, antes apenas causa de comportamentos anormais, que vagava pelo corpo por obra do diabo (FOUCAULT, 1978) ou o responsável pelo comportamento histérico das mulheres, cujas lembranças reprimidas, de grande intensidade emocional, causavam neurose (ROWELL, 2011) chega à atualidade onde é alvo de uma quantidade considerável de informações que se referem ao útero gravídico tais como: altura uterina conforme idade gestacional, contratilidade uterina, toque vaginal, condições do colo uterino a cada consulta realizada além de coleta de exame citopatológico, caso não tenha sido realizado conforme aprazamento recomendado.

4 SINAIS DE INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO: saberes e poderes

Durante o acompanhamento do período gestacional denominado pré-natal são solicitadas informações que devem ser registradas no cartão da gestante como nome e endereço, unidade de saúde onde realiza seu acompanhamento, hospital de referência, data e horário das consultas realizadas e o profissional que a realizou, idade da gestante, data de sua última menstruação, data provável para o parto, histórico obstétrico, histórico de doenças pregressas, data e resultado de exames realizados, tipagem sanguínea, altura, esquema de vacinação, data de cada consulta com avaliação da idade gestacional, resultado da aferição da pressão arterial, peso, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, presença de edemas. Há também um curto espaço de uma linha na coluna destinado a observações que pode então, ser utilizado para registrar informações concedidas.

Tal acompanhamento é descrito pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) como uma forma de atender a

população através da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, com fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (p. 10).

Este atendimento deveria ser acompanhado de

explicações, esclarecimentos e apoio sobre o que acontece na gravidez e no parto, incluindo os sinais e sintomas do trabalho de parto (MELO; GOMES; ALMEIDA, 2002, p. 176).

A conduta acolhedora preconizada pelo Ministério da Saúde não encontra espaço para registro no cartão da gestante. Nele, não há espaço para descrições de condutas educativas que se dão através do diálogo e da resposta aos questionamentos. Dos inúmeros cartões de gestante que chegaram até mim nas diversas situações de cuidado, raras foram as ocasiões em que encontrei informações sobre esclarecimentos de suas dúvidas ou anotações sobre orientações fornecidas e, destas nenhuma sobre sinais de início do trabalho de parto.

Dentre os parâmetros^b estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) para a assistência pré-natal estão:

a) escuta ativa da mulher e de seus (suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas; b) atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias; c) estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico (p. 10).

Daí que a escuta ativa, as questões educativas dirigidas à mulher e aos seus acompanhantes, com respostas às indagações da mulher e da família são descritas como determinantes ao desenvolvimento de uma atenção pré-natal de qualidade. Entretanto,

apesar de um número significativo de gestantes apresentar mais de seis consultas, foi constatada a insuficiência de informações e conhecimentos sobre os assuntos relativos ao parto (CARVALHO, 2004, p. 40),

ainda que tenha ficado evidente o

grande interesse em ser informadas e orientadas a respeito do parto não [tendo] a oportunidade de esclarecerem suas dúvidas durante a gravidez, apesar do número adequado de comparecimento no pré-natal (SEIBERT; GOMES; VARGENS, 2008, p. 39).

Daí, o pré-natal ser descrito por Carvalho (2004) como uma assistência que

^b Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação; realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; [...] d) anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante; e) exames laboratoriais (...); f) imunização antitetânica (...); g) avaliação do estado nutricional da gestante (...); h) prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais; i) prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama; j) tratamento das intercorrências da gestação; l) classificação de risco gestacional e detecção de problemas, a serem realizados na primeira consulta e nas subseqüentes; m) atendimento às gestantes com problemas ou comorbidades, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado; n) registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação e atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral” e da consulta puerperal, até o 42º dia pós-parto” (p. 10 e 11).

não parece estar preocupada em fornecer esclarecimentos, informar à cliente sobre o período gestacional, contribuindo para que a mulher deixe de ser passiva e passe a ser um agente ativo não só no decorrer da gravidez como também na hora do parto (p. 35).

Na opinião de Pereira (2004), a ausência de esclarecimentos sobre condutas, bem como exames solicitados e seus resultados está deslocando o usuário ao “seu lugar”. Daí a pergunta: que lugar é este? Seria o da espera, o da falta, o da não informação sobre o que se procura ou se encontra no seu corpo?

Nos artigos estudados, o pré-natal surge como prática que oferece um

atendimento ritualizado, através do qual [as mulheres são] submetidas a exames físicos e laboratoriais, não havendo tempo nem espaço para seus questionamentos (CARVALHO, 2004, p. 40).

A utilização de práticas ritualísticas coincide com a entrada dos ritos hospitalares, no período da modernidade, quando o corpo não mais pertence ao seu dono, mas à ciência e seus especialistas, e disciplinas como a obstetrícia. Assim, ao submeterem-se ao acompanhamento pré-natal, as mulheres deparam-se com um

atendimento ritualizado que submete-as a exames físicos e laboratoriais e não prevê tempo nem espaço para seus questionamentos (CARVALHO, 2004).

Tal ritualização pode ser considerada uma forma de categorização de grupos sociais dentro de um campo de saber. Em outras palavras, ordenam campos de saber na forma de ritos que definem quem pode ter exposto o seu corpo e quem o expõe, onde ele pode ser exposto e em nome de quais outras instituições isso será feito. Isso permite que em nome da ciência e, portanto em nome do que é bom e verdadeiro, os órgãos sexuais da mulher grávida passem por ritos que permitem serem vistos, vasculhados, esquadrihados sem quaisquer constrangimentos por parte dos que legitimamente estão aptos a fazê-lo: assim está definido pela ciência que arbitra sobre o corpo e suas necessidades. No caso da mulher gestante, parturiente ou puérpera, esse arbítrio pode ser visibilizado, por exemplo, quando tal mulher não é consultada sobre as manipulações a que será objeto, já que para o especialista a conduta que tomará se justifica pela implicação tácita existente entre a necessidade do corpo que se apresenta e ele mesmo (PEREIRA, 2004). Apenas através do domínio do corpo feminino, fortalecido pela visão enviesada dos especialistas de que a mulher é um ser destituído de saber

e incapaz de entender o que está acontecendo com seu próprio corpo é que estas práticas se tornam possíveis. A premissa utilizada é a que somente os especialistas sabem o que está acontecendo e o que estão fazendo, devendo a parturiente ser submissa aos seus cuidados (SANTOS, 2008). Wolff e Waldow (2008) alertam que frequentemente, dentro de instituições de saúde, ocorre uma situação denominada de “violência consentida”, quando as mulheres, por medo, opressão ou por estarem vivendo um momento emocionante de suas vidas, não se queixam do tipo de tratamento que lhes é prestado, permitindo que uma rotina de desrespeito se estabeleça.

Daí que, como efeito de mudanças ocorridas nas histórias do nascimento, continua-se produzindo mulheres que, mesmo imersas em malhas do conhecimento sobre Sinais que indicam o início do trabalho de parto, permanecem sem essas informações. Mesmo imersas nas malhas do conhecimento sobre sinais de início do trabalho de parto e tendo seus corpos utilizados pela ciência, as mulheres, em geral, permanecem sem tais informações o que, eventualmente, coloca em cheque

sua capacidade de dar à luz (SEIBERT; GOMES; VARGENS, 2008, p. 759).

Isto

têm sido considerado, por essas mulheres, uma falha no atual modelo de assistência por não orientá-las adequadamente sobre o processo reprodutivo (HOTIMSKY *et. al*, 2002, p. 1306).

Ao queixarem-se, as mulheres evidenciam a assimetria existente entre o especialista^c e elas, durante o acompanhamento pré-natal realizado, fazendo com que deixem de realizar tal acompanhamento caso não obtenham respostas aos seus questionamentos como disse uma das mulheres estudadas:

eu pergunto as coisas pra médica [...] ela finge que não escuta (HOTIMSKY, *et. al*, 2002, p. 1306).

Na verbalização da gestante citada anteriormente, pode-se perceber que a relação entre profissional de saúde e cliente é desigual. Frequentemente é descrita como uma relação onde o primeiro impõe sua vontade e o segundo aceita, seja por medo, submissão ou privação de liberdade às práticas a que será submetido (WOLFF; WALDOW, 2008). Quando há poder não há suplício ou violência (ALBUQUERQUE, 1995). O poder produz efeitos positivos

^c Este especialista é, no caso deste estudo, principalmente o profissional médico ou enfermeiro.

sobre o corpo, tanto o individual da gestante, quanto o corpo de muitas cabeças que é representado pela sociedade. A prática violenta ou de dominação sacrifica e destrói o corpo, mas a disciplina, uma forma produtiva do poder, apropria-se dele tornando-o dócil com a finalidade de tirar deste corpo o máximo de produtividade. Para Foucault (2007), o poder é uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social e nunca uma instância negativa que tem por função reprimir. O poder não existe como algo isolado; ele só pode dar-se nas relações. Portanto, ao utilizarmos o referencial de Foucault para falar de relações de poder, temos que afirmar que tais relações se dão entre iguais, mesmo que em circunstâncias assimétricas; que “em vez de se exercer de forma intermitente, ele se exerce permanentemente; em vez de agir de cima para baixo, submetendo, ele se irradia de baixo para cima, sustentando as instâncias de autoridade; em vez de esmagar e confiscar, ele incentiva e faz produzir” (ALBUQUERQUE, 1995, p. 5).

Quando alguém faz uma pergunta e o outro finge que não escuta, situação relatada anteriormente, não parece haver uma relação de poder e sim de violência. Este tipo de violência é denominada, por Nogueira (1994), violência por comissão, pois está embutida nas práticas de saúde, nos procedimentos indesejáveis e/ou desnecessários e na consequente repercussão sobre a saúde e a vida da população assistida. Santos e Shimo (2008) advertem que esta prática é percebida mais claramente quando a clientela é feminina, acentuando ainda mais a desigualdade e hierarquização institucionalizada entre a mulher e a maioria dos profissionais da saúde. Isso seria, também, a expressão de práticas exploratórias, de opressão e de dominação de um indivíduo sobre outro ou de uma classe sobre outra como entre profissionais e cidadãos ou, melhor dizendo, entre instituição médica e doença.

Assim,

quando ao final da gestação uma mulher refere que a angústia desencadeada por não reconhecer os sinais e sintomas indicativos do parto é uma situação que a leva a procurar a maternidade várias vezes (MELO; GOMES; ALMEIDA, 2002; REIS; BONADIO, 2007)

pode-se pensar que a desinformação a que a mulher é submetida e que a leva a esta angústia é uma forma de violência do especialista em relação a ela, enquanto indivíduo e também da ciência em relação à sociedade. Além disso, reconhece-se aí, uma prática pouco econômica que provoca a sensação

de insegurança das gestantes (CARVALHO, 2004, p. 38)

fazendo com que muitas procurem a maternidade sem necessidade, numa situação denominada de falso trabalho de parto. A necessidade de esclarecimento também é evidenciada quando as mulheres dizem:

a gente precisa saber exatamente como é a dor, porque às vezes é uma dorzinha de nada e não está na hora (p. 38).

Foucault (2007) nos ensina que a economia do poder acontece à medida que os procedimentos permitem fazer circular seus efeitos de forma ao mesmo tempo contínua, ininterrupta, adaptada e "individualizada" em todo o corpo social (p. 8). Sendo assim, educar as gestantes para reconhecer os sinais de início do trabalho de parto significa disponibilizar a elas tecnologias eficazes e muito menos dispendiosas do que utilizar-se de "intervenções espetaculares" (p. 8), o que vai ao encontro de certos preceitos disponibilizados pelo Ministério da Saúde. A dificuldade de circulação das informações e do poder gerado por esta dificuldade torna, então, o atendimento superficial, deixando as gestantes sem respostas aos seus questionamentos, levando-as a buscar formas de resolução dos seus problemas, muitas vezes pouco econômicas para si e, portanto também para sociedade. A não disponibilização de informação, não pode ser considerada um espaço vazio onde nada consta. Aí se encontra a falta que justifica a possibilidade de inclusão de práticas que interessam. Nestas circunstâncias,

observa-se o aumento do número de cesarianas, que em sua maioria são desnecessárias, devido principalmente à falta de informação das gestantes, à experiência prévia negativa e ao uso indiscriminado da tecnologia (SEIBERT; GOMES; VARGENS, 2008, p. 759).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), a violência institucional exerce influência na escolha do tipo de parto, culminando, muitas vezes, em cesarianas desnecessárias (OMS, 1996). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a taxa de cesariana considerada razoável para os países é estipulada entre 7% a 15%. Porém, o Brasil, país mais representativo nesta taxa, alcança três vezes mais do que o preconizado, ou seja, 43% (CARMELLO, 2008). Assim, o Brasil é "um dos poucos lugares no mundo em que a gestante pode pedir cirurgia no lugar do parto sem qualquer indicação de risco, por motivos pessoais [...]; um dos poucos países em que os próprios médicos, além de toparem marcar cesariana a pedido, recomendam e agendam cirurgias sem qualquer indicação clínica" (RODRIGUES, 2011).

A partir desta realidade, o Ministério da Saúde vem tentando incentivar o “parto normal e a redução da cesárea desnecessária”. Entre as estratégias utilizadas, aprovou mudança na legislação do SUS ao editar a “Lei do Acompanhante” (FELÍCIO JR., 2008) reconhecendo que, na presença deste, a mulher possa sentir-se mais segura e capaz de um parto vaginal (BRASIL, 2005, p. 15). Hotimsky *et. al.* (2002) entendem que os motivos que levam o Brasil a obter altos índices de cesarianas são

a organização da assistência obstétrica, a formação dos profissionais de saúde e a demanda por cesarianas por parte das parturientes (p. 1304).

Na perspectiva dos autores, a diferença de remuneração entre a cesariana e o parto normal, a importância dada ao uso de tecnologias pesadas e ao parto cirúrgico nos cursos de obstetrícia, bem como o desejo das mulheres em obter laqueadura tubária, além do medo da dor no trabalho de parto e parto são fatores que contribuem para esses índices. Autores como Rodrigues (2011) salientam que tais fatores não levam em conta os riscos a que o recém-nascido estará exposto, tais como a prematuridade, o baixo peso e os problemas cardíacos e pulmonares.

Outra estratégia que mostra a preocupação do Ministério da Saúde para redução da taxa de cesárea é a publicação do caderno n. 8 “Conversando com a Gestante” (BRASIL, 2008), que visaria instruir a população sobre os assuntos referentes à gestação e ao parto. Neste caderno, há informações sobre importância do pré-natal e do cartão da gestante, os exames e as vacinas a serem realizados neste período, os cuidados corporais a serem realizados, dúvidas quanto a relações sexuais, os direitos jurídicos da gestante e da puérpera, os acontecimentos que ocorrem durante todos os meses de gestação, quais são os sinais de parto, o que acontece na maternidade, como é o trabalho de parto, o que acontece após o parto, a consulta após o parto, a importância da amamentação, os cuidados com as mamas, dúvidas sobre a menstruação, dúvidas comuns durante a gravidez, espaço para anotações de dúvidas para perguntar nas próximas consultas, espaço para anotações de coisas boas que a gestante sente e gostaria de lembrar e informações sobre o bebê (p. 9) trazendo à tona uma outra verdade.

A verdade aqui estudada constitui-se de um conjunto de regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribuem ao verdadeiro, efeitos específicos de poder. Desta maneira, deter a verdade passa a ser uma forma de exercer o poder na sociedade, pois ela não existe fora do poder ou sem poder (FOUCAULT, 2007). Os enunciados científicos

são formas de poder circulantes, o que nos fazem lembrar que o poder só existe quando circula. Portanto pode-se dizer que as informações sobre os sinais de início do trabalho de parto têm poder limitado, pois pouco se observa sua circulação.

Daí a pergunta: Quem detém o saber sobre o parto na atualidade? Quem são os especialistas encarregados de disseminar as informações sobre os sinais de início do trabalho de parto?

5 ENTRAM OS MÉDICOS..., SAEM AS PARTEIRAS... . E AS ENFERMEIRAS?

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) existem práticas a serem realizadas durante a atenção pré-natal por diversos profissionais que compõe a equipe de saúde. Cabe à enfermeira^d

realizar ações educativas para as mulheres e suas famílias e; consulta de pré-natal de gestação de baixo risco; solicitar exames de rotina e orientação de tratamento conforme protocolo do serviço; encaminhar gestantes identificadas como de risco para o médico; realizar atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera; realizar visita domiciliar, quando for o caso; fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta e realizar coleta de exame citopatológico (p. 148).

Neste mesmo material, o Ministério da Saúde descreve as práticas de responsabilidade do médico:

a realização de consulta de pré-natal, intercalando com a enfermeira; solicitação de exames e orientação de tratamento conforme as normas técnicas e operacionais do Ministério da Saúde; orientação às gestantes quanto aos fatores de risco; identificação das gestantes de risco e encaminhamento para a unidade de referência; realização de coleta de exame citopatológico; fornecimento do cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta; participação em grupos de gestantes e realização de visita domiciliar quando for o caso; atendimento às intercorrências e encaminhamento das gestantes para a unidade de referência, quando necessário (p. 148-149).

Então, as ações educativas voltadas para a normalidade e o baixo risco destinadas às mulheres e seus familiares são descritas como de responsabilidade da enfermeira. Na prática, não há a formação de uma rede composta de enfermeiras que promova práticas educativas e coloque em circulação os saberes e poderes preconizados pelo Ministério da Saúde. Carvalho (2004) afirma que em sua

trajetória profissional, enquanto enfermeira obstétrica [pôde] confirmar que muitas mulheres chegam ao final da gravidez sem ter recebido, por parte dos profissionais de saúde, um preparo adequado para vivenciar o parto como uma experiência gratificante, portanto não conhecem sua função definitiva e ativa na hora de dar a luz (p. 35).

^d No Rio Grande do Sul existem 103.758 profissionais de enfermagem cadastrados no Conselho Regional de Enfermagem – COREN-RS, sendo destes, 16.901 enfermeiros. 10% dos alunos dos cursos de graduação de enfermagem são indivíduos do sexo masculino (PEREIRA, 2008). Por isso sempre que me referir ao profissional graduado em enfermagem me referirei utilizando-o no gênero feminino.

Tal afirmativa não é clara em relação à que categoria profissional a autora se refere. Com certeza é uma crítica realizada a uma determinada categoria. Seria relacionada à categoria das enfermeiras a qual se inclui? Seria uma crítica em relação ao número de enfermeiras e ao Ministério da Saúde que não promove a ampliação da rede de enfermeiras para atuação na rede básica? Ou seria uma crítica ao profissional médico que não realiza tal orientação?

As atribuições diferenciadas de médicos e de enfermeiras na atenção ao pré-natal de baixo risco causaram surpresa, visto que, até a realização deste estudo, pensava-se que a ambos estariam preconizadas as mesmas atividades. No entanto, os textos publicados pelo Ministério da Saúde deixam claro que atribuições são específicas a cada categoria, destacando-se as ações da enfermeira focadas para o atendimento da normalidade. A disputa acirrada quanto à realização do acompanhamento pré-natal normal entre as duas categorias profissionais é bastante evidenciada nas entidades de classes. Algumas enfermeiras sofrem desrespeitos e “proibições” em relação a sua atuação profissional na realização de consultas pré-natal por parte dos médicos. Assim, desqualificadas, as enfermeiras são afastadas das gestantes que cuidam, o que gera, eventualmente, o afastamento destas mulheres dos serviços de saúde. (NARCHI, 2010b). Este fato pode ser constatado quando um médico, ao não aceitar e desconhecer a atuação da enfermeira na área obstétrica, diz: “Eu acho que é mais por essa história das pessoas não conhecerem os limites [...] às vezes existe o enfermeiro que não conhece o limite dele [...] eu sei que ela sabe fazer parto direitinho, mas ela não sabe o limite dela. Eu tenho implicância com ela...” (ANGULO-TUESTA *et. al*, 2003, p. 1434). Narchi (2010a) afirma que 24% dos obstáculos enfrentados por enfermeiros para a realização de suas atividades em obstetrícia estão relacionados a problemas enfrentados com a equipe médica que “não respeitam, não aceitam ou não consideram o trabalho das enfermeiras obstétricas” (p. 153).

Assim, percebe-se que as enfermeiras têm dificuldades em se apoderar de práticas a elas prescritas não por falta de conhecimento, mas pela disputa existente entre as categorias, onde uma delas recusa-se ao trabalho da outra. Assim, como nos ensina Foucault, o poder está em quem se apodera das regras, de quem as utiliza, de quem as faz circular, pois elas são inventadas, circulam e são tencionadas nas relações (GONÇALVES, 2006).

O Ministério da Saúde descreve a enfermeira como a profissional que tem a incumbência de orientar a população quanto a situações de normalidade no parto. No entanto, quando nos deparamos com publicações que destacam a

diferença de qualidade do atendimento pré-natal nos serviços de saúde onde a enfermeira realiza consulta de enfermagem à gestante (CARVALHO, 2004, p. 35),

permitindo que as mesmas recebam

orientações necessárias, encorajando-as e beneficiando-as para a experiência do parto e da maternidade (p. 35)

percebemos que há um contra-discurso que qualifica a atuação da profissional baseado em ações desenvolvidas junto à população.

A diferença indicada por gestantes na assistência prestada foi relacionada ao interesse do profissional em atender suas necessidades por meio da escuta oferecida. As orientações realizadas partem das dúvidas que as gestantes expõem. E foi a partir do entendimento de que as gestantes têm necessidade de serem ouvidas por um especialista que HOTIMSKY *et. al.* (2002) identificou muitas mulheres que não usufruem de qualquer informação relacionada aos sinais de início do trabalho de parto ao dizer

há uma grande demanda por informações e pela escuta clínica (p. 1306)

neste período.

No mesmo manual em que afirma a responsabilidade dos profissionais de saúde a ações educativas para com as gestantes e seus familiares, o Ministério da Saúde (2005) afirma a “necessidade de desenvolvimento da escuta ativa da mulher e de seus (suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e fornecendo informações” (p. 10). Para Incerti (2008) a escuta teria uma função de assimilação natural dos questionamentos presentes nos diálogos, deixando a apreensão da verdade para a memória e passaria a ser o principal canal de acesso à verdade. Ainda para Incerti (2008), “não há aquisição da verdade pelo sujeito que não aconteça a partir de um conjunto de práticas [...] como a escuta, a leitura, a meditação, a escrita e a palavra, na qual a primeira e indispensável será a escuta” (p. 28). Porém, os excertos apontam para a falta de interesse dos especialistas em ouvir e esclarecer as dúvidas das gestantes, instrumentos importantes para a socialização da “verdade”. Ao afirmarem que

tem que ter uma pessoa pra estar explicando pra você [pois mesmo] lendo ali, não [entendo] nada do que está acontecendo (HOTIMSKY *et. al.*, 2002, p. 1306)

indicam a necessidade de alguém que traduza as informações escritas e, na ausência deste,

buscam seus conhecimentos sempre nos mesmos lugares e com as mesmas pessoas: os leigos (CARVALHO, 2004).

Daí que o conhecimento leigo do parto, o mais citado pelas mulheres e que tem como

fonte mais representativa deste conhecimento a mãe (SEIBERT; GOMES; VARGENS, 2008, p. 38)

é considerado insuficiente na voz das próprias mulheres que

gostariam de saber tudo sobre o parto, do começo ao fim [...]; de ter todas as informações para [sentirem-se] preparadas (p. 39).

Na avaliação de Carvalho (2004) as mulheres têm noções sobre os sinais e sintomas de trabalho de parto, visto que descrevem tais sinais e sintomas de maneira imprecisa, ou se já, não

correlacionam e [não] determinam as diferentes formas (p. 38)

de seu início. Assim, o saber leigo é descrito como parcial, insuficiente e desqualificado para dar às mulheres a sensação de que estão preparadas para reconhecer os sinais de início do trabalho de parto. E, ao ser descrito desta forma, coloca no saber científico a totalidade do conhecimento. Daí lembrar Foucault (2007) quando se refere ao modo como se constrói a verdade da ciência ao questionar:

Quais tipos de saber vocês querem desqualificar no momento em que vocês dizem ser esse saber uma ciência? Qual sujeito falante, qual sujeito discorrente, qual sujeito de experiência e de saber vocês querem minimizar quando dizem: ‘eu, que faço esse discurso, faço um discurso científico e sou cientista? (p. 97).

Desta forma, o saber leigo e desqualificado sobre o parto passou a constituir

uma situação de desconhecimento, medo e sofrimento físico e emocional, além da submissão ao poder médico e institucional (CARVALHO, 2004, p. 35).

A desqualificação do saber dá-se de diferentes maneiras no que se refere aos sinais de início do trabalho de parto. Para Pereira (2004) a não-informação, a informação negada, a informação fragmentada e a informação confusa são faces diversas de uma mesma prática. Para esta autora a “não-informação é aquela que não é dada de forma proposital, consciente, pelo pressuposto que o outro não vai conseguir entender mesmo o que seria explicado.” Já, “a

informação negada é aquela que é solicitada, procurada, mas não é dada por razões diversas, ou seja, não se atende ao apelo do outro que procura pela informação.” No terceiro tipo de informação que descreve, ou seja, a informação fragmentada, a autora afirma que é aquela “dada por um único profissional, mas em linguagem inacessível [...] com abuso de termos do jargão técnico e profissional.” Por último, há a descrição da informação confusa, em que “cada profissional a fornece de um jeito diferente, não contribuindo para a formação de um conjunto coerente para quem a ouve” (p. 393).

Os atendimentos, usualmente rotineiros e embasados no modelo biomédico e, portanto não singularizados, dão pouco espaço para a transmissão de conhecimento, potencializando dúvidas inerentes ao início do trabalho de parto e ao parto. Daí que ações educativas que promovam a circulação do saber e, portanto façam circular o poder da ciência, precisariam aliar práticas como o exame às práticas de comunicação para que a orientação sobre sinais de início do trabalho de parto produza efeitos desejados. Tal associação serviria, então, como modo de prevenção de práticas iatrogênicas por possíveis intervenções que possam colocar vidas em risco.

A partir da circulação do saber sobre os sinais de início do trabalho de parto, a população e também o especialista tornam-se sabedores dos riscos que correm a partir de condutas adotadas. Para Foucault “produzir e reproduzir saberes promove a gerência sobre si, responsabilidades pessoais e culpabilização dos indivíduos pelos próprios sucessos e insucessos existenciais” (CARVALHO, 2007, p. 2). Daí ao atribuir-se a mulher a culpabilização sobre o não reconhecimento dos sinais indicativos ao início do trabalho de parto, também se retira dela o direito de saber quais eles são. Assim agindo, passa-se a observar

a dificuldade da gestante em compreender a evolução do processo. Por isso, geralmente em sua chegada ao hospital pouco traz de informações a respeito dos sinais e sintomas inerentes ao trabalho de parto (CARVALHO, 2004, p. 35).

O aumento da ansiedade e da insegurança enfrentada pelas mulheres em trabalho de parto tem sido considerado pelos especialistas uma incapacidade de saber e de assumir riscos do que irá acontecer e, por outro lado,

um salto no escuro pelas mulheres (REIS; BONADIO, 2007, p. 460).

Para os especialistas, os saberes científicos relacionados às práticas obstétricas sobre o início do trabalho de parto não são totalmente conhecidos, visto que, na atualidade,

tem como peculiaridade o fato de não poder ser totalmente controlado (MELO; GOMES; ALMEIDA, 2002).

Desta maneira, e de certa forma, tanto as mulheres quanto os especialistas desconhecem algo sobre o início do trabalho de parto.

6 GOVERNANDO CONDUTAS - práticas que fazem circular o conhecimento sobre sinais de início do trabalho e parto

A sociedade em que estamos inseridos torna-nos indivíduos adestrados de acordo com sua necessidade. A população nela constituída é o principal alvo e objeto de seu poder. É na sociedade que são forjados corpos sociais que possibilitam, por sua vez, atribuir características de docilidade aos indivíduos ao torná-los úteis e produtivos, aumentando, desta forma, sua submissão e obediência. Assim, torna-se mais fácil controlar e modelar atitudes, gestos e comportamentos (GAMA, 2009). Para Foucault (2004), esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que se pode chamar de disciplinas.

A disciplina organiza os espaços, mesmo que estes espaços estejam no plano dos pensamentos, que para Foucault é o exercício maior da filosofia: “pensar o pensamento” (FOUCAULT, 1984). Assim, o espaço das disciplinas é sempre celular, de uma solidão “necessária do corpo e da alma” (FOUCAULT, 2004, p. 122). Se o espaço das disciplinas é celular, o poder disciplinar se exerce “tornando-se invisível: em compensação impõe aos que submete um princípio de visibilidade obrigatória” (p. 82). Por ser visto sem cessar e por sempre poder ser visto, o poder “mantêm sujeito o indivíduo disciplinar” (p. 82) por meio da técnica do exame. Desta maneira, o exame faz com que o poder, em vez de emitir seus sinais ou de “impor a sua marca aos seus súbditos, capta-os num mecanismo de objetivação (FOUCAULT, 2004, p. 155).

O poder disciplinar produz e atravessa disciplinas como a economia, a biologia, a psiquiatria, a medicina e a criminologia, e sistematiza um saber sobre eles mesmos. Para Foucault (1994) o essencial não é tomar esse saber e nele acreditar piamente, mas analisar essas pretensas ciências como outras tantas verdades, ou jogos de verdade, que são colocadas como técnicas específicas dos quais os homens se utilizam para compreenderem aquilo que são (FOUCAULT, 1994). Daí outro questionamento: estão as mulheres em condições de analisar o que são verdades sobre os sinais de início do trabalho de parto? Elas poderiam utilizar-se destas verdades para compreender o que lhes acontece? Sem o conhecimento, haveria a possibilidade de escolha por estas mulheres?

Para que a parturiente possa exercer algum tipo de escolha durante o seu trabalho de parto e parto é necessário que esta tenha conhecimento de quando e como este processo se inicia. Este conhecimento é adquirido tão somente se os poderes conferidos pelo conhecimento deste processo circular e chegar até ela tornando-a em condições de emitir

opiniões que possibilitem que ela tome decisões sobre a maneira de cuidar de si e do outro, que no caso, é seu próprio filho. Neste contexto SEIBERT; GOMES; VARGENS (2008) dizem que

instrumentalizar a gestante significa resgatar seu poder decisório, colocando a mulher como protagonista de todo o processo. Dessa forma, o cuidado passa a ser mais resolutivo, baseado na troca de informações e conhecimentos entre a gestante e a equipe que lhe assiste, valorizando-se a escuta, a demanda e as expectativas de cada família individualmente (p. 763).

Entretanto o que encontramos nas instituições hospitalares é um jogo do saber invertido onde a gestante submete-se a uma porção de procedimentos em nome da ciência, em nome do conhecimento de outros, no caso os especialistas e seus iniciantes, não sobrando espaço para que elas também se instrumentalizem sobre os processos de gestação e parto. Percebe-se aí uma falta de coerência nas condutas a que são submetidas que as tornam inseguras com tantas informações desencontradas. Este fato é comumente visto em hospitais devido à maneira como se organizou a assistência, “sempre em função do ensino e nunca em relação à pessoa internada, como se ensino e assistência fossem instâncias estanques e não relacionadas” (PEREIRA, 2004, p. 398). Desta maneira, pode-se concordar com a afirmativa de que a

estrutura da instituição e a qualidade do atendimento em saúde tornam-se responsáveis pela formação de conhecimento da gestante sobre o processo de gerar (MELO; GOMES; ALMEIDA, 2002, p. 180).

As instituições de ensino, em que se incluem os hospitais, deveriam contribuir para a circulação do saber entre as gestantes, tornando-as “sujeitos ativos, na medida em que contribuem para valorizar capacidades, auto-estima, autoconfiança e auto-realização” (ZAMPIERI *et. al*, 2010, p. 720).

Assim, quando o modelo assistencial utilizado na atenção disponibilizada às mulheres vem ao encontro do que é proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) para o período de gestação, parto e puerpério, produz-se o desejo de serem e estarem informadas sobre os sinais de início do trabalho de parto. Tal desejo, por sua vez, produz a necessidade de atender

as expectativas da clientela e fortalecer o vínculo familiar, em busca de uma melhor forma de nascer (SEIBERT; GOMES; VARGENS, 2008, p. 764).

E assim, entendido por ambas as partes, Estado e mulheres, como um modelo que diferencia e distingue as mulheres e suas famílias, pode ser implementado pelo governo e ser

bem aceito pela população assistida (p. 764).

Nem sempre se desejou o que hoje se deseja; em determinado momento

a assistência obstétrica se organizou em nosso sistema de saúde de forma a permitir a elevação das taxas de cesáreas, formando profissionais e atribuições sócio-culturais tais como o desejo de laqueadura tubária e o medo da dor do parto (HOTIMSKY *et. al*, 2002, p. 1304).

Estes acontecimentos foram preponderantes na década de 1980 em que a realização indiscriminada da laqueadura tubária era um procedimento ilegal e era então realizado junto ao parto cesáreo, principalmente na rede privada. A esterilização feminina foi regulamentada apenas em 1997, porém a laqueadura tubária segue sendo ilegal durante período de 42 dias após parto e aborto e para que sejam respeitados os direitos reprodutivos do indivíduo é preciso adequar-se a uma série de critérios, entre eles idade maior a 25 anos, paridade de dois ou mais filhos, consentimento do cônjuge, autorização judicial, não estar no período pós-parto ou aborto, ter passado por serviço de aconselhamento, assinatura de consentimento informado e informações de riscos de morte a que está submetendo-se (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003).

Nesse processo de formação do desejo está o

oferecimento de atividade educativa em grupo às gestantes [como] essencial por possibilitar a troca de experiências entre as mulheres (REIS; BONADIO, 2007).

Ao trocar experiência entre seus pares, a gestante expõe o desejo

de ser acolhida, poder demandar o serviço, poder fazer perguntas e obter respostas (HOTIMSKY *et. al*, 2002, p. 1310)

fazendo com que as mulheres que dividem com ela este espaço de fala e escuta sintam o mesmo desejo por ela explicitado. Já em relação ao momento do parto, a expressão de seus desejos se dão por meio de pensamentos que indicam a importância de

obter a vaga; ser respeitada, ter espaço para sua dor e vulnerabilidade, poder gritar se o desejar; ter assistência de boa qualidade, com acesso disponível à tecnologia quando necessária; ser reconhecida como alguém que tem vontades, desejos e necessidades e, finalmente, poder compartilhar com os

profissionais os temores, as alegrias e os prazeres da gestação e do parto (HOTIMSKY *et. al*, 2002, p. 1310) .

As tecnologias leves^e são práticas eficazes na circulação do saber e que podem ser utilizados pelos especialistas nos encontros realizados com suas clientes a partir de consulta pré-natal, de grupos de gestantes e de divulgação de pesquisas realizadas nesta área. Uma das tecnologias leves mais utilizadas para a formação do desejo são as oficinas. Estas atividades

buscam instrumentá-las [as gestantes] para as diversas situações que poderão vivenciar durante o pré-natal, o parto e o puerpério (SEIBERT; GOMES; VARGENS, 2008, p. 760),

da mesma forma que nos grupos de gestantes, onde os desejos podem ser manifestados e também forjados. Para produzir estes desejos nas gestantes, os especialistas abordam temas como:

modificações na gravidez, direitos da mulher, exercícios e dinâmica corporal, vínculo, gênero, tecnologias de cuidados, trabalho de parto, parto e cuidados com o recém-nascido (p. 760).

As tecnologias leves tornam viável a circulação do saber entre as gestantes e são descritas como

jogos educativos (REIS; BONADIO, 2007, p.466).

Tais jogos envolvem saberes que são aplicados a grupos de gestantes a fim de prepará-las para o

reconhecimento dos sinais e sintomas [de trabalho de parto] de maneira segura e sem ansiedade (p. 466).

A partir da abordagem do assunto por meio de uma atividade lúdica, as gestantes passam a ter disponibilizadas informações sobre os sinais de início do trabalho de parto, que as auxilia a

tomar decisão oportuna e segura, fato este importante para os adequados resultados maternos e perinatais e para enfrentar com segurança algumas ocorrências do trabalho de parto (p. 466).

^e Tecnologias produzidas no trabalho vivo em ato, de caráter relacional, que possibilita produzir o acolhimento, vínculo e responsabilização (MERHY, 2003).

Porém, quando não se percebe a presença do especialista como fonte de conhecimento e como facilitador no processo de circulação destes saberes há dificuldade das mulheres em apreenderem este poder circulante, pois nem sempre os materiais educativos nem sempre são assimilados e

por si só, não são suficientes para esclarecer as dúvidas e não suprem a necessidade de orientação pelos profissionais (HOTIMSKY *et. al*, 2002, p. 1306).

A partir desta afirmativa, vê-se que os materiais produzidos não substituem a presença de um profissional que oriente adequadamente as gestantes, ou seja, não foram criados para dispensar o conhecimento científico, mas para reafirmar seu poder.

Na atualidade existe outra forma de atenção que vem sendo discutida entre os especialistas e disponibilizada para a população: os Centros de Parto Normais (CPN). Estas instituições foram criadas pela Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999, com o intuito de oferecer assistência humanizada e qualificada na gestação, parto e puerpério. Tais Centros têm por atribuições “desenvolver atividades educativas e de humanização, visando à preparação das gestantes para o plano de parto nos CPN e da amamentação do recém-nascido; acolher as gestantes e avaliar as condições de saúde materna; permitir a presença de acompanhante” (BRASIL, 1999), entre outras. O quadro de recursos humanos dos CPNs é constituído de uma enfermeira obstetra, uma auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e um motorista de ambulância, não havendo necessidade de médicos nesta formação. No modelo assistencial desenvolvido pelos CPN

“existe um alto grau de satisfação das usuárias em relação aos serviços de pré-natal oferecidos pela Casa de Parto” (SEIBERT; GOMES; VARGENS, 2008, p. 764).

A invenção do desejo de ter uma orientação adequada sobre os sinais de início do trabalho de parto vai em direção ao desejo de ter um parto vaginal. Tal desejo contrapõe-se às altas taxas de cesariana encontrada no Brasil (43%). O parto vaginal passa, então, a ser propagado como mais adequado para o corpo da mulher e para a saúde do bebê e faz com que Michel Odent (2002), porta voz deste discurso, se questione sobre quanto a angústia experimentada contribui para a distócia durante o trabalho de parto, dado a atuação da ocitocina endógena na contratilidade uterina, e o efeito negativo do estresse e da insegurança sobre sua liberação aumentam a necessidade de realização da cesariana.

Durante o trabalho de parto, ao liberar mais ocitocina endógena a mulher teria, também, mais chances de uma amamentação bem sucedida e assim, menos chances percentuais de desenvolver câncer da mama e de ovário e mais anticorpos transmitidos de forma passiva ao recém-nascido, protegendo-o de doenças infecciosas e estreitando os laços afetivos entre mãe e bebê. A amamentação seria, então, considerada em sua economia, visto ser um alimento saudável produzido naturalmente e de maneira individual para cada criança e, também “uma forma muito especial de comunicação entre a mãe e o bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança” (BRASIL, 2009, p. 18).

Daí a necessidade de criação de modos de atenção ao parto que garantam

“o direito de escolha da população e principalmente a melhoria da qualidade da assistência pré-natal recebida pelas mulheres e suas famílias” (SEIBERT; GOMES; VARGENS, 2008, p. 764)

a fim de que estas mulheres tenham um parto vaginal e amamentem, situações consideradas saudáveis para sociedade e decorrentes de uma boa atenção pré-natal. Tais modos seriam também considerados práticas altamente econômicas uma vez que nelas não se utilizam tecnologias pesadas e, portanto, mais dispendiosas. Mas, produzem na mãe um olhar vigilante e disciplinador sobre seu filho, garantindo a qualidade de vida para que cresça e se torne um adulto saudável e útil à sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca de conhecer como vem sendo constituída a orientação de mulheres em relação aos sinais de início do trabalho de parto e identificar interesses relacionados à circulação desse saber aceitei, também, o desafio de estudar o pensamento de Michel Foucault por meio de alguns conceitos, por ele denominado “ferramentas”.

Ao iniciar este trabalho, acreditava-se que o médico era o único profissional descrito nos manuais do Ministério da Saúde como responsável pela realização do pré-natal. A partir do aprofundamento nas leituras sobre as políticas de saúde que regem a população descobri, com grande surpresa, que a enfermeira é descrita como profissional responsável por fazer circular o conhecimento sobre os sinais de início do trabalho de parto, visto que é também responsável pelo pré-natal de baixo risco. Remeto-me, então, à motivação para a realização deste trabalho: minha experiência enquanto usuária da Assistência Pré-Natal no âmbito do SUS quando nunca tive qualquer contato com a enfermeira da unidade básica de saúde durante a realização do acompanhamento referido. Também não tive orientações sobre o assunto que motivou este trabalho de qualquer outro profissional. Isto teria ocorrido somente comigo?

Assim, os questionamentos colocados no início do trabalho - o que sabem as mulheres sobre os sinais de início do trabalho de parto? Quem informa estas mulheres sobre os sinais de início do trabalho de parto? Em que momento estas orientações são fornecidas? Estas informações são consideradas importantes? Para quem? Que mudanças podem ser observadas quando orientações sobre o início do trabalho de parto são fornecidas para a gestante e compreendidas por ela?- deram-me pistas que permitem afirmar que as orientações sobre os sinais de início do trabalho de parto são preconizadas pelo Ministério de Saúde que tem interesse que sejam veiculadas por enfermeiras, já que prevê para elas a realização de ações educativas e da realização do pré-natal de baixo risco. Entretanto, tais informações não são fornecidas de forma sistemática nos serviços de saúde, exceto quando fazem parte de atividades previstas em ações de ensino e pesquisa. Percebe-se também, que quando a mulher faz parte do atendimento circunscrito à rede privada de saúde, não há interesse em fornecer-lhes orientações sobre sinais de início do trabalho de parto.

Então, ao final deste trabalho, percebo que as informações, objeto deste estudo, são prestadas de maneira muito particular em serviços que possuem em seus quadros enfermeiras que realizam pré-natal e grupos de gestantes. Exemplos destas instituições são alguns serviços públicos, em particular os Centros de Parto Normal, e instituições de ensino e saúde que

servem ao ensino da obstetrícia. Todos estes, locais que colocam em operação a disciplina que provê a docilidade dos corpos da população, seja ela representada por especialistas ou gestantes e suas famílias, de acordo com o poder e o saber que o Estado faz circular.

REFERÊNCIAS

- ALBIZU, L; GOÑI, A; MEJÍAS, A. Educacion maternal y reconocimiento del início del parto. **Anales del sistema sanitario de Navarra**, Pamplona, v. 23, n. 2, p.337-342, 2000.
- ALBUQUERQUE, J. A. G. Michel Foucault e a teoria do poder. **Tempo Social**; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, n. 7, v.1-2, p.105-110, 1995.
- ANGULO-TUESTA, A; GIFFIN, K; GAMA, A. S; D'ORSI, E; BARBOSA, G. P. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1425-1436, 2003.
- BELLATO, R; PASTI, M. J; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Rev.latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 75-81, 1997.
- BERQUÓ, E; CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p.441-453, 2003.
- BRANDÃO, N. S. **Da tesoura ao bisturi, o ofício das parteiras – 1897-1967**. 1998. 263f. Dissertação de Mestrado em História na área História do Brasil. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 1998.
- BRASIL. Decreto lei nº 15.799/22, de 10 de novembro de 1922. Aprova o Regulamento do Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**, v.1, p. 21475, 1922.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 985/GM Em, 05 de agosto de 1999**. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0985.html>. Acesso em 22 de junho de 2011.
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. _____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil- aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. _____. _____. _____. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. _____. _____. _____. **Conversando com a gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência pré-natal: Manual técnico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Presidência da República. **Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/L9610.htm. Acesso em: 10 set. 2010.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, 1991.

CANTUÁRIA, S. A. **Entendendo Foucault -2008**. Disponível em <http://foucaultealinguagem.blogspot.com/2008/11/entendendo-foucault.html>. Acesso em 25 de junho de 2011.

CARMELLO, C. Por que o Brasil é campeão mundial de cesarianas? **Super Interessante**, ed. 259, 2008.

CARVALHO, I. L. E. Conhecimento e expectativas de gestantes nulíparas sobre sinais e sintomas de trabalho de parto e parto. **Nursing**, São Paulo, n. 69, v. 7, p. 34-40, 2004.

CARVALHO, M. Risco, dispositivos de informação e a questão do governo em sua relação com a saúde nas sociedades contemporâneas. **Estudos em Comunicação**, Coimbra, n.2, p.147-170, 2007.

CHAVES NETTO, H. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Atheneu, 2004.

FELÍCIO JR, R. **O direito ao acompanhante no parto, 2008**. Rev. Jus Navegandi. Disponível em <http://jus.uol.com.br/revista/texto/12138/o-direito-ao-acompanhante-no-parto>. Acesso em 29 de junho de 2011.

FISCHER, R. M. B; VEIGA-NETO, A. Foucault, um diálogo. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 7-25, 2004.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 197-223, 2001.

FOUCAULT, M. **Dits et Écrits**. Paris: Gallimard, 1994.

_____. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **História da sexualidade 2: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **História da sexualidade 3: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **Microfísica do poder**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

_____. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Vigiar e Punir**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

GAMA, G. O; GAMA, C. O; PINHO, L. C. Foucault, o corpo e o poder disciplinar. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 14, n. 136, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, J. F. G. Foucault, a descontinuidade histórica e a crítica da origem. **Revistas Aulas**, n. 3, 2006.

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

IBGE. Censo 2010. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil**. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00>. Acesso em 23 de junho de 2011.

INCERTI, F. A escuta e a cultura de si: a subjetivação da verdade. **Rev. Controvérsia**, v. 4, n. 1, p. 01-10, 2008.

MACHADO, R; LOUREIRO, A; LUZ, R; MURICY, K. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MELO, L. S; GOMES, F. A; ALMEIDA, A. M. Conhecimento de gestantes acerca dos sinais e sintomas do início do trabalho de parto. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 176-181, 2002.

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Rev. saúde em debate**, Rio de Janeiro, ano XXVII, v.27, n. 65, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

NARCHI, N. Z. Análise do exercício de competências dos não médicos para atenção à maternidade. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.1, p.147-158, 2010a.

NARCHI, N. Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo–Brasil, São Paulo, **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 266-73, 2010b.

NOGUEIRA, M. I. **Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.

ODENT, M. A cientificação do amor. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

OLIVEIRA, D. L. Org. **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula**. Porto Alegre: UFRGS, 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

ORSHAN, S. A. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

PEREIRA, P. F. **Homens na enfermagem:** atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional. Porto Alegre: UFRGS, 2008. 104p. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

PEREIRA, W. R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 13, n. 3, p. 391-400, 2004.

R7. **Quase 40% da população brasileira já tem acesso à internet.** Disponível em <http://noticias.r7.com/tecnologia-e-ciencia/noticias/quase-40-da-populacao-brasileira-ja-tem-acesso-a-internet-20110318.html>. Acesso em 24 de junho de 2011.

REIS, S. E. H; BONADIO, I. C. Jogo educativo sobre os sinais do parto para grupo de gestantes. **Nursing**, São Paulo, v. 10, n. 113, p. 460-466, 2007.

REZENDE, J. Obstetrícia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1974.

RODRIGUES, A, V; SIQUEIRA, A, A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, v.8, n.2, p. 179-186, 2008.

RODRIGUES, C. **Brasil, o campeão mundial de cesarianas eletivas.** Sul 21. Disponível em <http://sul21.com.br/jornal/2011/06/brasil-campeao-mundial-de-cesarianas-eletivas/>. Acesso em 27 de junho de 2011.

ROWELL, M. H. **Histeria.** Páginas de Freud. Disponível em <http://www.freudpage.info/freudhisteria.html>. Acesso em 20 de junho de 2011.

SANCHES, A. R. **Método para aprender e estudar a Medicina.** Universidade da Beira Interior: Covilhã, Portugal, 2003.

SANTOS, J. O; SHIMO, A. K. K. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12, n.4, p.645-50, 2008.

SEIBERT, S. L; GOMES, M. L; VARGENS, O. M. C. Assistência pré-natal da casa de parto do rio de janeiro: a visão de suas usuárias. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 758-64, 2008.

TYRRELL, M. A. R. **Breve Histórico Institucional da EEAN.** 2003. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/sobre/index.htm>. Acesso em: 20 jun. 2011.

WOLFF, L. R; WALDOW, V. R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008.

ZAMPIERI, M. F. M; GREGÓRIO, V. R. P; CUSTÓDIO, Z. A. O; REGIS, M. I; BRASIL, C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n. 4, p. 719-27, 2010.

APÊNDICE – QUADRO DE ARTIGOS UTILIZADOS NA ANÁLISE DO ESTUDO

Artigo Um	
Referência	CARVALHO, I. L. E. Conhecimentos e Expectativas de Gestantes Nulíparas sobre Sinais e Sintomas de Trabalho de Parto e Parto. Nursing . São Paulo, v.69, n. 7, 2004.
Artigo Dois	
Referência	SEIBERT, S. L; GOMES, M. L; VARGENS, O. M. C. Assistência pré-natal da casa de parto do rio de janeiro: a visão de suas usuárias. Esc. Anna Nery Rev. Enferm . Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 758-64, 2008.
Artigo Três	
Referência	HOTIMSKY, S. N; RATTNER, D; VENANCIO, S. I; BÓGUS, C. M; MIRANDA, M. M. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad. Saúde Pública . Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, 2002.
Artigo Quatro	
Referência	REIS, S. E. H; BONADIO, I. C. Jogo Educativo Sobre os Sinais do Parto para Grupo de Gestantes. Nursing . São Paulo, v. 10, n. 113, p. 460-466, 2007.
Artigo Cinco	
Referência	MELO, L. S; GOMES, F. A; ALMEIDA, A. M. Conhecimento de gestantes acerca dos sinais e sintomas do início do trabalho de parto. Rev. Enferm. UERJ . Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 176-181, 2002.