

**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFAAT
PSICOLOGIA**

MARINA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA

**O ACOLHIMENTO À PARTURIENTE NO PROCESSO DE
GESTAÇÃO, PARTURIÇÃO E PUERPERIÇÃO: A PARTIR DE
UMA PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA HUMANISTA.**

**Atibaia, SP
2018**

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFAAT
PSICOLOGIA

MARINA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA RA 1514094

**O ACOLHIMENTO À PARTURIENTE NO PROCESSO DE
GESTAÇÃO, PARTURIÇÃO E PUERPERIÇÃO: A PARTIR DE
UMA PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA HUMANISTA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia do Centro Universitário UNIFAAT, sob orientação do Prof. Ms. Emerson Domingues da Silva.

Atibaia, SP
2018

Oliveira, Marina Conceição de
O48a O acolhimento à parturiente no processo de gestação, parturição e puerperício: a partir de uma perspectiva da psicologia humanista. / Marina Conceição de Oliveira, - 2018.
47 f.; 30 cm.

Orientação: Emerson Domingues da Silva

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Centro Universitário UNIFAAT, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia da Faculdades Atibaia, 2018.

1. Psicologia humanista 2. Abordagem centrada na pessoa 3. Acolhimento à parturiente 4. Doula I. Oliveira, Marina Conceição de II. Silva, Emerson Domingues da III. Título

CDD 150.1986

CURSO DE PSICOLOGIA

Termo de aprovação

Marina Conceição de Oliveira RA: 1514094

“O acolhimento à parturiente no processo de gestação, parturição e puerperição: a partir de uma perspectiva da psicologia humanista”

Trabalho apresentado no curso de Psicologia, para apreciação do professor orientador Ms., que após sua análise considerou o Trabalho _____, com Nota _____.

Atibaia, ____ de _____ de 2018.

Prof. Ms. Émerson Domingues da Silva

DEDICATÓRIA

Dedico, em primeiro lugar, esta pesquisa à Jah Rastafari, Rei dos Reis, Senhor dos Senhores, Leão Conquistador da Tribo de Judah. Pois, durante todo meu processo de graduação foi a minha fé que me manteve alicerçada para concluir o objetivo de me tornar Psicóloga.

Em segundo lugar, dedico a todas as mulheres, em especial as que, independente do motivo, geram uma vida em seu ventre, para que neste momento importante, único e bastante delicado possam ser respaldadas por acompanhamento e acolhimento justo e humanizado, isento dos malefícios da medicalização do parto.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de dedicar o sentimento de gratidão à minha mãe Pedrina Conceição, que é parte da minha vida, e além de me fortalecer financeiramente nessa jornada, me ensinou a andar no caminho do amor e da determinação.

Aos amigos e familiares, Madrinha Angélica; Aline; Blenda; Felipe; Francisco; Gabriela; João; Lais; Luana; Nicole; Thainá, que me encheram de esperança e cada um em sua singularidade me auxiliou a dar asas ao meu sonho permitindo que eu seja autêntica comigo mesma.

As minhas colegas de curso e profissão, Ana; Cristiane; Flávia; Júlia; Natália; Pamela; Rafaella, umas mais próximas no início do curso, outras no final, e algumas durante todo o processo, de qualquer forma, vocês me ensinaram bastante nessa troca contínua que estabelecemos em nosso relacionar. Em especial, agradeço a Tatiana que foi minha professora no segundo semestre e a carrego hoje como irmã de coração, vivência e profissão; só me agregou.

Ao professor, supervisor e orientador Emerson Silva, que me trouxe inúmeras possibilidades dentro do universo da corrente fenomenológica humanista e existencial, ao ensinamento e à promoção de supervisões, as quais reinaram a democracia, fomentando um grupo de reflexão tão necessária nesse processo final de graduação.

Aos mestres, Paula Andrada e Raphael Cruz, Paula pelo seu cuidado nas orientações e ensinamentos, por tornar a teoria consoante com a prática e mostrar que é possível uma atuação afetiva e ética; Raphael, orientador em iniciação científica, pela confiança depositada e os ensinamentos compartilhados. Á ambos dedico minha gratidão pelo incentivo, por ampliar meu olhar para além do contexto institucional, por acreditarem em meu potencial e me fazer acreditar também.

RESUMO

Esta presente pesquisa foi realizada através da metodologia narrativa de literatura e buscou discorrer sobre o acolhimento à parturiente tanto nos seus períodos gestacionais, parturais e puerperais, na perspectiva da Psicologia Humanista. Entende-se por período gestacional as aproximadamente 40 semanas de gestação; por período partural as horas ou dias de processo de parto e o parto propriamente dito; período puerperal o pós-parto. Desta forma, para dialogar a importância e possibilidade deste acolhimento, foi realizada breve discussão acerca das consequências que a medicalização do parto trouxe para estas mulheres, procurou-se abordar os aspectos negativos – no qual é discorrido sobre a violência obstétrica – e aspectos positivos, além disso, foi realizada uma reflexão acerca da desigualdade de gênero que incide na sociedade e como isto também está relacionado nestes fenômenos, como o parto, bem como feito um recorte racial. Outrossim, para além da equipe médica e a atenção humanizada que a parturiente carece nestes períodos, foi discutido não somente o acolhimento, mas também o acompanhamento da doula e do pai da criança – utiliza-se o termo pai, pois muitas vezes a pessoa do gênero masculino não seja o conjugue e/ou companheiro atual da parturiente. Por fim, buscou fomentar a importância de um acompanhamento psicológico sob a ótica da Psicologia Humanista e a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), e como este acompanhamento é respaldado por lei do Estado, tal como foi informado às consequências e fragilidades da mulher que passa por estes períodos sem acompanhamento. Ademais, foi discutido o compromisso social da psicologia para com a população e oferecido em forma de proposta possibilidades de atuação no acolhimento da parturiente através do serviço de plantão psicológico.

PALAVRAS-CHAVES: Psicologia Humanista; Abordagem Centrada na Pessoa; Acolhimento à Parturiente; Doula.

ABSTRACT

This present research was performed through the narrative literature methodology and pursued to lecture about the reception of the parturient either in their gestation, parturial and puerperal period, in the perspective of the Humanistic Psychology. It is understood as gestation period, the approximately 40 weeks of gestation; the parturial period, the hours or days of the process of childbirth and the childbirth itself; the puerperal period is the post childbirth. Therefore, to dialogue about the importance and possibility of this reception, a brief discussion related to the consequences of the childbirth's medicalization to some women was made, it was attempted to approach the negative aspects - which were discussed about the obstetric violence - and positive aspects, beyond that, it was performed a reflection about the gender difference that affects society and how this is also related with this phenomenon, such as childbirth, and a racial cut has also been made. Likewise, beyond the medical team and the humanized attention that the parturient lacks in this periods, it was discussed not only the reception, but also the assistance of a doula and the child's father - the term father is used, because many times a person from the masculine gender may not be the parturient's current spouse and/or partner. Lastly, it was sought to promote the importance of a psychological attendance under the optics of the Humanistic Psychology and the Person Centered Approach (PCA), and how this attendance is supported by State law, as it was informed the consequences and fragilities of the women who goes under this periods without attendance. In addition, it was discussed the social compromise of psychology towards the population and it was offered in the format of proposal, possibilities of acting in the reception of the parturient trough the psychological on duty service.

KEYWORDS: Humanistic Psychology; Person Centered Approach; Parturient reception; Doula.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1. CONSEQUÊNCIAS DA MEDICALIZAÇÃO DO PARTO.....	14
1.1 Entendendo a violência obstétrica.....	18
1.2 Da violência patriarcal á cor da pele.....	22
2. ACOMPANHAMENTO E ACOLHIMENTO DA PARTURIENTE NO PROCESSO DE GESTAÇÃO, PARTURIÇÃO E PUERPERIÇÃO	24
2.1 O papel da doula.....	25
2.2 O papel do marido.....	30
<u>3.3.ACOLHIMENTO A PARTURIENTE A PARTIR DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA (ACP).....</u>	<u>32</u>
3.1 Depressão pós-parto Materna (DPP-M).....	36
3.2 Psicologia e seu compromisso social.....	38
3.3 Possibilidades através do plantão psicológico.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana” (Carl Jung).

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa teve como objetivo discutir a importância de se haver acompanhamento e acolhimento durante a gestação e parturição, a fim de pontuar os benefícios psicológicos e físicos para a gestante no processo da gravidez e durante o parto, bem como no período do puerpério. Tal discussão foi realizada a luz de uma abordagem humanista da psicologia.

O tema escolhido originou do interesse da pesquisadora para refletir a respeito do acolhimento que é oferecido à gestante na contemporaneidade. Além de contribuir significativamente sob um novo olhar da forma de gestar e parir, bem como refletir sobre uma possível pesquisa, nessa área, posteriormente a graduação. Destaca, então, a principal característica que a pesquisadora julga importante: uma gestação e parturição circundada de acolhimento e afeto.

Devido as grandes mudanças que o mundo pós-moderno vem sofrendo, como o avanço da tecnologia, por exemplo, tornou-se comum que diversos campos modificam-se de acordo com o mesmo. Em específico, um fato comumente observado discorre sobre essas mudanças que afetam também o campo da gestação e principalmente da parturição e, acaba por tornar cada vez mais estreita a relação médico-paciente resultando-a em uma relação de poder, na qual só tem direito à fala quem assume o topo da hierarquia, bem como uma relação isenta de afeto e/ou composta somente de emoções que emergem reações tumultuadas como pontua Costa & Almeida (2017) respaldados na teoria walloniana.

Além disso, o avanço tecnológico possibilitou que o parto conhecido como um método natural desse espaço ao parto cirúrgico, o que em alguns casos torna-se imprescindível devido ao risco de vida que muitas mães e bebês podem sofrer (MATOS, 2009). No entanto, configurar o processo de parturição apenas com meio cirúrgico e da forma que é realizado, desconfigura o acolhimento nesse momento de grande importância para a parturiente, bem como atribui cada vez a medicalização ao parto.

Desse modo, faz-se necessário o diálogo para repensar novas práticas no contexto da parturição e a reflexão sobre como se produz o acolhimento à parturiente em seu processo de gestação e parturição, bem como a necessidade de os psicólogos assumirem postura nesse âmbito para além de seu compromisso ético, político e social. Nesse sentido, o teórico Carl Rogers traz contribuições

relevantes sobre a práxis psicológica no fenômeno em questão, além de contribuir satisfatoriamente para o campo científico da Psicologia.

A referida pesquisa possui relevância para a sociedade, pois contribui significativamente para a população feminina, englobando principalmente mulheres que estão grávidas ou pretende engravidar, ou mulheres que estão no ciclo de convivência de pessoas gestantes. Além de contribuir para homens que são parte integrante da família dessas mulheres, como conjugues, entre outros. Essa contribuição diz respeito à compreensão de um acompanhamento mais humanizado à gestante e circundado de afetos favorecendo o acolhimento, fomentando reflexões sobre a autonomia da parturiente no que se refere ao seu parto e no decorrer de sua gravidez, além de uma discussão de como a Psicologia pode contribuir nesse processo.

Acerca do fenômeno da parturição, Aquino (2014) diz que as iniciativas para alterar o quadro de como é realizado o parto refletem lutas políticas e ideológicas na área da saúde e, esse processo da modificação da atenção ao parto demanda discussões a respeito da participação da mulher neste cenário e, principalmente, a atuação dos profissionais da obstetrícia.

Nesse âmbito, o objetivo da humanização do parto foi resgatar o protagonismo da mulher em seu período de gestação e parturição, com mínimas intervenções médicas ou quase ausentes. Porém o cenário atual é outro, visto que o médico possui foco central, atribuindo ao parto uma mera cirurgia, segundo Maia (2010).

Referente às propostas do movimento sanitário e do feminismo, Aquino (2014, p. 9) discorre sobre feminismo, o qual visa superar a perspectiva materno-infantil e inserir “a noção de mulher como sujeito, ultrapassar sua especificidade reprodutiva, e assumir abordagem ampliada de saúde”.

Neste intuito, Costa *et al* (2013, p. 19) informa que “em 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) implementado pelo Ministério da Saúde do Brasil, elaborado com base nas evidências científicas e incentivado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)”, fez recomendações afirmando que as parturientes devem ser acompanhadas por pessoas de sua confiança.

Com o objetivo de consolidar a prática dessa recomendação, a Lei que garante o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e pós-parto às parturientes foi sancionada no Brasil em 2005, de acordo com

Costa *et al* (2013). Sendo o trabalho da doula reconhecido cientificamente apenas em 2013.

Em conformidade com Costa *et al* (2013) *doula* vem do grego cujo significado é “quem serve”, remete às mulheres que possui um tipo de formação especial para a promoção de conforto físico e o apoio emocional à parturiente. Tal apoio ocorre por meio de esclarecimentos sobre situações que envolvem a assistência ao parto, estímulos do contato físico, como segurar as mãos da mulher e realizar massagens, ou simplesmente, elogiar e ser uma presença amiga, de confiança e que faça a parturiente sentir-se à vontade.

No entanto, vale ressaltar que a presença imprescindível da doula, não descarta de maneira alguma o apoio psicológico de um (a) profissional da área da Psicologia. Questão esta, que será pontuada no decorrer do desenvolvimento da pesquisa.

Portanto, utilizou-se do referencial teórico de Carl Ransom Rogers, o qual tem obras consideradas relevantes para se discutir sobre o acolhimento à parturiente. Para isso, julga-se necessário esclarecer a teoria humanista de Rogers para posteriormente relaciona-la com o fenômeno da parturição e gestação.

De acordo com Souza, Lopes & Silva (2013), a corrente Humanista da psicologia se desenvolveu como uma resposta de oposição aos modelos behaviorista e psicanalítico de explicação do comportamento. Ambos foram criticados por seu determinismo, o primeiro por ser focado no reforço do comportamento estímulo-resposta e dependente da pesquisa animal e, o segundo por forças irracionais e instintivas determinando o pensamento e o comportamento humano.

A corrente Humanista foi denominada de “terceira força”. Nasceu, então, a nova proposta teórica de psicoterapia de Rogers, a qual foi intitulada de “Psicoterapia Não-Diretiva ou Aconselhamento Não-Diretivo, tal como publicado em 1942 em seu livro *Psicoterapia e consulta psicológica*” (MOREIRA, 2010, p. 537).

Carl Rogers sofreu uma evolução em seu pensamento no decorrer de sua carreira profissional, alterando, inclusive, a intitulação de sua proposta teórica. Sendo nomeada posteriormente de “Terapia Centrada na Cliente, Ensino Centrado no Aluno, Liderança Centrada no Grupo e, por último, Abordagem Centrada na Pessoa, que, segundo ele, é a denominação mais adequada a sua teoria”, é o que diz Moreira (2010, p. 538) com base em seu estudo nas obras do teórico Rogers.

As referidas mudanças dizem respeito à alternância de foco do teórico ao longo de sua vida. O ponto inicial dessa jornada deu-se quando Carl Rogers realizou um trabalho clínico com crianças, onde com base em suas observações o levou a propor o conceito de tendência positiva atualizante, definido como uma tendência inerente capaz de levar o ser humano a desenvolver-se a uma direção positiva. Pois, o indivíduo tem tendência à autorrealização, a qual é definida pelo alcance do potencial para atingir um alto nível de realização, na medida em que o indivíduo possua condições adequadas para essa autorrealização. Tal conceito passou a ser uma ideia central de suas obras, independente das mudanças de denominações e foco (MOREIRA, 2010).

Foi todo esse processo que permitiu Rogers ampliar suas teorias a diversos campos. A denominação Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) configurou-se apenas em 1977, tendo os primeiros trinta anos da ACP focado no desenvolvimento de um sistema de mudança na personalidade, e os trinta anos posteriores focados em intervenções sociais (MOREIRA, 2010).

Ainda acerca da teoria psicológica que contemplou esta pesquisa, foi discorrido sobre o plantão psicológico, o qual é parte importante no estudo em questão. Destarte, em meados dos anos 60, a professora Rachel Lea Rosenberg do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), foi coordenadora do Serviço de Aconselhamento Psicológico (SAP) o qual, contemplou a origem do Plantão Psicológico como uma modalidade proposta do SAP. O objetivo do plantão era atender a clientela que comumente se encontrava em uma longa fila de espera, bem como ser uma alternativa ao modelo puramente clínico (REBOUÇAS; DUTRA, 2010).

Nesta época, como já mencionado, o surgimento da corrente Humanista que era oposto aos modelos tradicionais e vigentes até então, impulsionou Rosenberg nos estudos e a acreditar em uma Psicologia que ultrapassava a sala de consultório e chegava até as comunidades (REBOUÇAS; DUTRA, 2010).

Rebouças & Dutra (2010) contam que no plantão, o psicólogo deve acolher qualquer demanda e, o sujeito frente ao psicólogo será facilitado a se posicionar diante seu sofrimento e decidir se o atendimento possuirá caráter de aconselhamento, orientação ou uma psicoterapia. O psicólogo ao investigar a queixa, deve explorar também outras possibilidades diante da mesma.

O Plantão Psicológico, portanto, se configurou como um aconselhamento psicológico, tendo em vista a quantidade de demanda e a urgência dos pacientes/clientes. Bem como o plantão psicológico se constitui pela disponibilidade e flexibilidade em propor alternativas de ajuda (REBOUÇAS; DUTRA, 2010).

Ademais, sobre o histórico do plantão, Rebouças & Dutra (2010) acrescenta que nos anos 80 o plantão psicológico passou por uma crise que manifestou as contradições existentes entre a prática e a teoria, visto que o serviço idealizado não contemplava toda a demanda. Mais tarde, na década de 90, a crise foi superada e o SAP manteve sua proposta de plantão gratuito as pessoas, fomentando também um espaço de discussões de projetos e pesquisas para aprofundar melhorias no referido serviço.

Deste modo, o SAP influenciou diversos profissionais e se instaurou como referências para muitos. Facilitando a inserção do plantão psicológico em diferentes instituições, como hospitais, escolas, empresas, delegacias, varas de famílias, entre outras, com o intuito de focalizar em práticas alternativas que contemplem a realidade social das demandas do mundo de sua época (REBOUÇAS; DUTRA, 2010)

Para melhor compreensão do que foi apresentado acima, será discutida em três capítulos a temática da presente pesquisa, a qual buscará responder qual o sentido do acolhimento da parturiente no processo de gestação e parturição? Com o propósito de possibilitar a abertura para debates a esse respeito. A referida busca se dará por meio da metodologia de revisão narrativa de literatura, aprofundando-se em artigos e livros considerados relevantes para o meio científico-acadêmico.

Sendo assim, o primeiro capítulo aborda as consequências da medicalização do parto, levando em consideração os benefícios e malefícios atribuídos a este fenômeno, bem como discorrer brevemente sobre a violência obstétrica.

O segundo capítulo visou investigar como se dá o acolhimento e acompanhamento da parturiente no processo de gestação e parturição, dividindo-se em dois subcapítulos: o papel e a importância da doula nesse processo, e o papel e importância do pai.

Por fim, no terceiro capítulo foram discutidas as contribuições da psicologia humanista no acolhimento da gestante, fomentando a importância de se ter um acompanhamento psicológico, e possibilitando uma atuação no plantão psicológico.

1. CONSEQUÊNCIAS DA MEDICALIZAÇÃO DO PARTO

As consequências ocasionadas pela medicalização do parto transitam no campo de adventos positivos e negativos. Sendo, no geral, mais comum trazerem impactos negativos. Entendem-se, aqui, por impactos negativos, segundo Silva & Botti (2005), consequências que afetam a vida das parturientes e puérperas.

Parturiente é a mulher protagonista do parto, quem pari. Enquanto puérpera é a mulher em seu processo pós-parto, o qual recebe a nomenclatura de “puerpério”, e estatísticas mostram que 80% das mulheres passam pelo puerpério. De acordo com Silva & Botti (2005) o processo puerperal é comumente conhecido pela sua fase de alterações profundas na esfera social, física e psicológica da mulher.

Pois, para Silva & Botti (2005) o parto é o momento propício que desencadeia inúmeras mudanças intra e interpessoal, além disso, após o nascimento essas mudanças se tornam intensas e afetam a esfera familiar ou até mesmo a própria mulher. A qual, por sua vez, pode começar a demonstrar instabilidade emocional. Visto que o puerpério possui a característica de acarretar uma série de sentimentos que são traduzidos em diversas reações.

Além das questões pontuadas acima, durante o período do puerpério, é comum o sentimento de incapacidade emergir nas mulheres. Isto ocorre, em geral, pela intensa doação da mãe ao cuidado do bebê recém-nascido, e por outro lado, haver pouco ou quase isento o reconhecimento das pessoas que a circunda, bem como não sentir-se reconhecida pelo próprio bebê, pois a mãe espera, muitas vezes, que demonstre tranquilidade, uma idealização de infância serena (SILVA; BOTTI, 2005).

Depois de explicado o puerpério, Matos (2009) disserta sobre o parto, o qual é importante enfatizar que transcende o aspecto biológico do fenômeno, e alcança aspectos culturais e sociais – por afetar suas relações e sua identidade enquanto mulher.

Matos (2009) enfatiza que durante muito tempo o parto foi considerado sendo como exclusivamente do universo feminino. Porém, com o advento da medicina, o saber médico passou a transitar nesse universo, o qual passou a atribuir conhecimentos científicos ao parto, bem como alegar algumas teorias.

Quanto à medicalização, Moura, Lopes & Santos (2009) informam que pode ser compreendida como extensão das práticas médicas, pelo viés do cuidado

individual, da mesma forma que instalou um tipo de saber médico e a invenção de desvios e patologias que desnaturalizam a subjetividade e a vida cotidiana.

“O processo de medicalização é, também, relacionado ao poder simbólico que os profissionais da medicina detêm, e que é o poder de fazer ver e fazer crer, impondo uma visão e o reconhecimento desse poder, que passa a ser visto como natural” (MOURA; LOPES; SANTOS, 2009, p. 183). Tanto para o médico (o qual é caracterizado como quem detém o poder) quanto para a parturiente (a qual é submetida e esse poder), reforçando a relação assimétrica que estes profissionais do campo da saúde estabelecem, e esquecem que tal campo também pertence ao campo social.

Moura, Lopes & Santos (2009) explica que no espaço social, os agentes são divididos em funções referentes aos seus princípios, e que no Brasil, os mais eficientes são o capital cultural e econômico. Isto faz com que se o valor do capital de um campo for posto diante de questionamentos, as lutas dentro desse campo se fortificarão, pois geralmente é tido como uma ameaça à estrutura e ao equilíbrio no cerne do campo e às posições dos agentes detentores desse capital do campo, ou seja, os médicos.

Esta discussão, mesmo com toda sua complexidade, explica o aumento de cesarianas realizadas no Brasil. Pois, em conformidade com Aquino (2014) nos serviços públicos é frequente a falta de articulação entre a atenção ao parto e ao pré-natal, a incansável busca de internação. Enquanto nos serviços privados, a cesariana agendada previamente mesmo sem a parturiente entrar em trabalho de parto alcança a maioria dos casos.

Com base em Costa & Ramos (2005) é um procedimento fácil para os médicos aprenderem e realizarem cesarianas do que aprenderem a fazer partos. Visto que as cesarianas possuem agendamentos prévios, bem como levam menor tempo do que o acompanhamento a um trabalho de parturição e o próprio parto.

Todavia, tem sido o “aumento da segurança do procedimento o que tem dado a cesariana o grande número de adeptos nos últimos anos” (COSTA; RAMOS, 2005, p. 571). Até o século passado, havia menos médicos habilitados para realizar o procedimento da cesariana, pois sua realização era circundada de riscos maternos muito significativos, diz Costa & Ramos (2005). Vale ressaltar que apesar da segurança sobre a cesárea ter aumentado, ela ainda é um procedimento de risco, visto que possui caráter cirúrgico.

De modo a complementar, há três tipos de partos, segundo Matos (2009), sendo eles: natural, normal e cesariana. O natural é o parto vaginal, no qual não ocorre nenhum tipo de intervenção médica. O parto normal é o parto vaginal com algum tipo de intervenção médica (seja anestesia, ocitocina sintética, entre outros). O parto através de cesárea é a cirurgia propriamente dita.

Contudo, é imprescindível enfatizar que a cesárea não é composta de malefícios, pelo contrário, graças ao saber médico e também a tecnologia esta cirurgia já salvou inúmeras vidas. Deve-se reconhecer que há partos naturais e normais que colocam a vida em risco do bebê e também da mãe, fazendo-se necessário a intervenção médica. No entanto, os casos são mínimos perto da taxa de risco de uma cirurgia (qualquer que seja). Portanto, recomenda-se que a cesariana seja priorizada somente em casos de riscos para uma das partes envolvidas no processo de parturição, ao invés de ser um procedimento padrão (MATOS, 2009).

Conforme o Dicionário Médico (1988, *apud* MATOS, 2009, p. 19), no âmbito convencional o parto pode distribuir-se em quatro períodos, sendo o primeiro a dilatação ou abertura do colo do útero que tem início nas primeiras contrações e dura até à dilatação chegar a seu nível máximo (10 cm) “subdividindo-se em três fases (latente, ativa e a de transição), o segundo é o período expulsivo que decorre desde a dilatação completa até à expulsão”, o terceiro ocorre desde o contato inicial com o bebê até à saída da placenta e, por fim, o quarto período que compreende as horas posteriores ao parto.

Referente ao segundo período (da expulsão do bebê) há discussões sobre inúmeras posições que podem facilitar a saída, bem como amenizar a dor da parturiente, sendo a posição vertical e de cócoras as que mais possuem vantagens (MATOS, 2009).

Porém, com o médico transitando no campo da parturição, atribuiu ao último caráter cirúrgico em sua grande maioria. Como consequência da medicalização, também está à posição que a mulher está fadada a ficar, sendo muitas vezes amarrada e deitada na maca sem seu consentimento. Posição que favorece ao médico ao invés de favorecer a parturiente. Nesse sentido, Matos (2009) reforça a importância de elucidar a mulher quanto as suas preferencias e seu bem estar durante esse processo, de modo a respeitar o saber médico, estabelecendo uma relação simétrica.

Pois, de acordo com Moura, Lopes & Santos (2009) o saber científico tem muito a agregar, visto que o papel das universidades é de tornar o saber em conhecimento e torna-lo útil aos interesses da sociedade. No âmbito da saúde as formações dos profissionais devem ser consoantes com as mudanças que este setor sofre ou pode vir a sofrer, ou seja, priorizar uma práxis que esteja voltada para as demandas da realidade social.

Deste modo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem reconhecido a importância de assistências à enfermagem, bem como o Ministério da Saúde (MS) tem inserindo enfermeiros no cuidado à mulher em processo de parturição, segundo diretrizes de políticas de saúde que contemplem a área, com foco na desmedicalização e humanização da assistência ao parto (MOURA; LOPES; SANTOS, 2009).

Tendo em vista que o parto é um processo pelo qual a parturiente irá se recordar pelo resto de sua vida, este processo deslumbra um momento de sexualidade e afeto plenos e, qualquer intervenção que não seja medida e cautelosa de acordo com o momento pode acarretar efeitos nocivos: físicos e psicológicos (MATOS, 2009).

Matos (2009) também diz que o contato direto da mãe com o bebê após seu nascimento influencia de modo positivo a vivência do parto, sendo um fator praticamente imprescindível. Outra experiência que traz benefícios à mulher é o apoio que esta recebe durante seu período de gestação e parturição, o que interfere significativamente em sua capacidade de cuidar do bebê.

Outro aspecto de suma importância é o papel ativo da mulher durante o parto e as decisões médicas, isto é, seu protagonismo e participação de maneira indescartável, conforme Matos (2009). No entanto, com a medicalização do parto sabe-se que isso pouquíssimas vezes acontece, principalmente se contar a grande estatística de casos de violências obstétricas, o que também é consequência maléfica do processo de medicalização e também confirma o quão os médicos não sabem lidar com o papel ativo da parturiente.

1.1 Entendendo a violência obstétrica

Com o intuito de complementar o que foi dito anteriormente, Diniz & Chacham (2006) reforçam que o propósito de desenvolver mais a segurança à assistência ao parto o conduz cada vez mais à medicalização e a adoção de procedimentos desnecessários, sem avaliação adequada de sua eficácia. Pois, a própria avaliação científica manifestou que no caso do parto normal, a intervenção mínima é o paradigma que deve ser seguido.

Deve-se compreender que de forma inegável, o parto é um dos momentos mais importantes e inesquecíveis na vida de uma mulher, sem dizer que é um momento único. Portanto, o cuidado dos profissionais da saúde diante à assistência ao parto deve centralizar o protagonismo da mulher, tornando-o natural e humanizado. Visto que o processo de parturição difere-se de outros acontecimentos que necessitam mais e exclusivamente de cuidados hospitalares. Pois, o parto é fisiológico e normal, seus maiores cuidados são, em geral, um apoio, atenção, acolhimento e principalmente a humanização (ANDRADE; AGGIO, 2014).

A humanização no parto refere-se a prestação de assistência ao parto de forma cuidadosa, englobando conhecimentos, atitudes e práticas que garantam o parto de forma saudável, atribuindo ao mesmo uma experiência humana. Além disso, a humanização garante o respeito quanto aos direitos da parturiente, sua singularidade e sua cultura, bem como a valorização do profissional que a acompanhará, regularizando o lado humano das pessoas envolvidas (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Deste modo, para continuar a discorrer sobre este fenômeno, faz-se necessário entender o que é, afinal, a violência obstétrica. Nesse ínterim, segundo Lange (2015) a violência obstétrica, também possui a nomenclatura de violência institucional em maternidades, sua definição originou-se das leis argentina e venezuelana. Tal violência encontra-se tipificada e é manifestada como crime realizado contra as mulheres, o qual deve ser prevenido a priori, punido e erradicado a posteriori.

Sendo assim, a violência obstétrica remete a qualquer ação executada pelos profissionais da saúde no que condiz ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres proferidos de uma atenção desumanizada, abuso de poder, ou seja, de

ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos, complementa Andrade & Aggio (2014) fundamentados em seus estudos.

No bojo dessa discussão, o MS criou Políticas de atenção integral a mulheres, garantindo a elas direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) exemplifica essas políticas, pois busca avanços no serviço do pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, tanto para mulheres quanto para seus filhos (BRASIL, 2001).

Em contrapartida, Diniz & Chacham (2006) informam que as escolas de medicina do Brasil, em sua maioria, ensinam aos profissionais da medicina o modelo intervencionista, dando valorização aos sofisticados exames patológicos e habilidades cirúrgicas. Diferentemente do cuidado à mulher que fica geralmente para segundo plano, bem como o parto natural e interação com a parturiente recebem pouca atenção.

Diniz & Chacham (2006) também fazem menção à maneira de organização dos serviços de maternidade nos setores públicos e privado interferem na qualidade da atenção e atuação dos serviços obstétricos, facilitando para o aumento dos índices de episiotomia e cesárias desnecessárias.

Diante disso, uma a cada quatro mulheres sofrem a violência obstétrica, aponta a pesquisa realizada pelo Instituto Perseu Abramo. Tal pesquisa facilitou o reconhecimento desse fenômeno que atinge e deixa danos em diversas mulheres. A banalização do sofrimento e a relação assimétrica entre médico-paciente corroboram para a fortificação dessa violência, o que além de deixar marcas e cicatrizes nos corpos das mulheres, também contribuem para marcas psicológicas, fomentando traumas e medos para seus projetos de vida, inclusive (LANGE, 2015).

Ademais, o MS explanou diversas formas de violência obstétrica. Uma delas é a violência durante a gestação, a qual traz precariedade aos cuidados de qualidades e dignos para a gestante. Sendo descritos, como: faltar com respeito a gestante, manifestando falas que ofendam sua etnia, contexto socioeconômico, quantidades de filhos, escolaridade, religião, entre outros (BRASIL, 2002).

Outras evidências da violência obstétrica durante a gestação são, segundo Brasil (2002), o médico causar empecilhos para que a gestante obtenha acesso

ao serviço de saúde para seu acompanhamento do pré-natal; Negligenciar um acompanhamento de qualidade; Ofender a gestante independente da situação que se apresente; Agendar previamente a cesária, priorizando interesses clínicos, não obtendo justificativa coerente.

No processo de parturição também existem formas de violência obstétrica, que se apresenta através da omissão de informações e direito da mulher, omissão esta que muitas vezes a parturiente não possui devido ao acompanhamento do pré-natal desqualificado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) atendentes pelo SUS e, inclusive, convênios particulares. Referente a isso, o Ministério de Saúde (BRASIL, 2002) informa que a violação ao parto ocorre da seguinte maneira:

Recusa de acolhimento nos serviços de saúde, obrigando a parturiente procurar por conta própria leitos (BRASIL, 2002).

Referente a essa peregrinação da mulher em busca de leitos, Diniz & Chacham (2006, p. 82) refletem sobre um dado importante:

Um estudo realizado em 2002 na cidade de São Paulo mostrou que entre as mulheres de baixa renda 76% percorreram mais de um hospital durante o trabalho de parto para encontrar um leito, 61% foram a mais de uma instituição e 15% tinham ido a três ou mais. Para mulheres com gravidez de alto risco esta "peregrinação" para encontrar um leito pode ser fatal. Em São Paulo, 55% das mortes maternas ocorreram durante ou logo após essa peregrinação.

Recusar acompanhantes antes, durante e após ao parto; Negar alimentação; Proibir a parturiente de se movimentar, bem como imobilizá-la; Administrar medicamentos apenas para facilitar o trabalho da equipe médica; Não informar e obter a permissão da mulher para qualquer procedimento que será realizado e seu corpo (cirúrgico e/ou interventivo); Cesariana sem indicação ou sem consentimento da parturiente; Qualquer forma de expressão verbal e/ou não-verbal que causa inferioridade, medo, insegurança, coação, perda de dignidade e que cause instabilidade emocional; Impedir o contato da mãe e bebê sequencialmente ao fim do parto, bem como impedir o aleitamento ao bebê em sua primeira hora de vida, também são formas de violação ao parto (BRASIL, 2002).

Além de se haver violência obstétrica em casos de abortamento. Sendo características dessa violência à permanência da mulher que acaba de perder seu filho em local com outras gestantes; Demorar em executar o atendimento ou

a recusa do mesmo; Questionamentos pejorativos ou coação para saber a causa do aborto; Procedimentos invasivos sem consentimento da mulher; Culpabilização da mulher; Coação para identificar possível caso de denúncia (BRASIL, 2002).

No que diz respeito aos procedimentos que podem ser considerados inadequados conforme cada caso, o MS adverte que alguns não devem ser adotados no parto, tais como a *Tricotomia* que é a raspagem dos pelos pubianos, considerada totalmente desnecessária; A *Episiotomia*: corte no períneo - região entre a vagina e o ânus – feito com a intenção de facilitar a fase de expulsão/saída do bebê. Tendo em vista que a episiotomia causa mais malefícios as mulheres do que benefícios, portanto, seu uso deve ser limitado à casos que sejam realmente necessários (BRASIL, 2002).

Outros procedimentos são o *Enema* que é a lavagem intestinal, esse procedimento incomoda e promove constrangimento para muitas mulheres, seu uso não traz benefícios para o trabalho de parto, portanto, não deve ser feito. E a proibição de ingerir líquidos ou alimentos leves durante o trabalho de parto, pois a OMS conscientiza que o trabalho de parturição demanda de alta quantidade de energia, tendo em vista que não há previsão do tempo que durará, é necessário à reposição das energias para garantir bem-estar da mãe e do bebê (BRASIL, 2002).

Além disso, Lange (2015) acrescenta que a manobra de *Kristeller* é puramente ineficiente, não podendo deixar passar batido os casos que ela se faz presente. A referida manobra consiste em efetuar uma pressão no fundo do útero durante o período expulsivo a fim de acelerar o nascimento, o que pode vir a prejudicar o útero, períneo e o bebê. Porém, infelizmente a manobra de Kristeller é ainda defendida por muitos obstétricas, no Brasil.

Apesar das mulheres serem as maiores vítimas da violência obstétrica, não se pode esquecer-se dos bebês, os quais também sofrem este fenômeno. Esta violência configura-se com a execução de procedimentos desnecessários e um tanto quanto questionáveis no que diz respeito à sua atuação benéfica, de acordo com Lange (2015). A Medicina Baseada em Evidências (MBE) “atesta que muitas intervenções são dispensáveis e, em sua maioria, não trazem nenhum benefício para o recém-nascido” (LANGE, 2015, p. 25).

Dentre os procedimentos, Lange (2015) destaca o colírio (nitrato de prata) qual é aplicado nos primeiros minutos de vida do recém-nascido, e que foi inserido em 1881 para evitar a contaminação de uma espécie de conjuntivite grave. No entanto, continuam a usar esse procedimento atualmente, mesmo com bebês que nascem de cesareas, a autora ainda questiona sobre o procedimento, que deveria ser utilizado somente aos casos que se fazem necessário.

Outro ponto destacado é a sensibilidade que o recém-nascido possui, tanto em aspecto auditivo quanto visual. Deste modo, qual seria a necessidade de luzes fortes diante à criança e uma equipe grande na sala, que muitas vezes, não são imprescindíveis naquele ambiente (LANGE, 2015).

1.2 Da violência patriarcal á cor da pele

A violência contra a mulher se apresenta de várias formas e se configura como parte crucial do patriarcado. Pois, desde que a sociedade passou a ser regido pelo modelo patriarcal, o masculino passou a exercer certo domínio sobre o feminino, resultando em medo. No entanto, o patriarcado se manifesta de inúmeras formas, principalmente de forma sutil e mascarado através do respeito, conhecimento e autoridade; são relações naturalizantes (AMARAL, 2006).

Com base no exposto acima e fundamentando na pesquisa de Lange (2015) a violência contra a mulher é algo que se encontra naturalizado na sociedade patriarcal. Além disso, a mulher que não possui poder aquisitivo, geralmente usuária do SUS e moradora de periferia está – se levar em conta sua falta de privilégio na sociedade – mais sujeita à violência, aqui no caso, a obstétrica.

Se além das características citadas essa mulher for negra/preta, ela vai estar mais sujeita a violência obstétrica. Além de sua saúde ser diferente da saúde da mulher branca. Procedimentos que até mesmo o SUS desconsidera (BRASIL, 2001).

Há políticas que visam à superação da divisão do hiato étnio-racial, bem como seja superado a mortalidade materna – infantil da população negra e que levem em considerações fatores da saúde que são predominantemente em mulheres negras, tais como hipertensão arterial e anemia falciforme (BRASIL, 2001).

Tendo em vista que as mulheres negras possuem seis vezes mais predisposição biológica para obter hipertensão e diabetes do que a mulher branca. Entretanto, há fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde e à falta de ações específicas ao caso em questão, e capacitação dos profissionais da saúde a real demanda da maior parte da população brasileira (BRASIL, 2001).

Além disso, Wisniewski (2013) conta que foi James M Sims, médico americano, quem criou o espécuro, que é o instrumento pelo qual o médico consegue exergar e examinar o interior da vagina, em meados dos anos 50.

Nessa época, Wisniewski (2013) afirma que James utilizava o espéculos em escravas negras para testar a eficácia do instrumento, estes testes eram circundados de dor, sem condições higiênicas adequadas e sem qualquer método que aliviasse a dor daquelas mulheres. Estes testes levou a aprovação do instrumento para ser utilizado em mulheres brancas.

Todavia, o que pouco se dialóga é que devido a esse acontecimento histórico, bem como a outros similares, começou a propagar a ideia de que a mulher negra é mais resistente à dor. Portando, a dose de anestesia aplicada as mulheres negras podem ser menores do que em mulheres brancas, fato errôneo que perpetua até hoje no ideal da sociedade (WISNIEWSKI, 2013).

2. ACOMPANHAMENTO E ACOLHIMENTO DA PARTURIENTE NO PROCESSO DE GESTAÇÃO, PARTURIÇÃO E PUERPERIÇÃO

Este capítulo aborda o acolhimento da parturiente em seu processo de gestação, parturição e puerperição, focalizando o papel da doula e do pai do bebê que está prestes a nascer, bem como discute a importância desses papéis nos referidos processos. Além disso, as informações expostas transitam no campo do que é realizado atualmente e no que poderia ser.

Para isto, cabe contextualizar o fenômeno em questão e relacionar com o primeiro capítulo. Deste modo, consoante com Leão & Bastos (2008) o século XIX foi palco do início da institucionalização e medicalização da assistência ao parto com ajuda da obstetrícia e da medicina em si. Devido a essa mudança, as parturientes começaram a serem assistidas apenas por profissionais da saúde, tendo qualquer outra companhia (familiares, amigos, doulas) desconsiderada, bem como a própria assistência ao parto domiciliar.

As práticas que antes do processo de institucionalização e medicalização eram consideradas correntes e benéficas passaram a ser plano terciário e muitas vezes nem se configurava como um possível plano. Agora, ressalta Leão & Bastos (2008) tais práticas passam a ser novamente incentivadas, mas com a força de respaldos científicos e, dentre estas práticas encontra-se o apoio e acolhimento oferecido à mulher, antes, durante e após ao parto.

Tal incentivo possibilitou a implementação da “Lei nº. 11.108, que preconiza a presença de um acompanhante junto à parturiente durante toda a transição do parto” (SILVA *et al*, 2011, p. 2784), a qual foi sancionada no Brasil em 2005 (COSTA *et al*, 2013).

Este acompanhamento respaldado de acolhimento seja do pai do bebê, da doula, da parteira, de algum amigo ou familiar traz benefícios indescritíveis a saúde psicológica da parturiente (COSTA *et al*, 2013).

Informa Costa *et al* (2013) que o MS reconhece tais benefícios e a ausência de riscos relacionados à presença de algum acompanhante durante o trabalho de parto, por este motivo recomenda e incentiva a inserção do mesmo no cenário da parturição. Entretanto, apesar do número crescente de casas de parto, ainda encontra-se um número insuficiente de doulas para tantas demandas.

“Entretanto, na prática assistencial, a implementação dessas recomendações tem sido realizada de forma lenta, gradativa e seletiva” (BRUGGEMANN, 2005, p. 30). Pois, grande parte das mulheres ainda não desfruta do direito de obter a presença de um acompanhante de sua escolha (pai do bebê, familiares, amigos) ou de pessoa que tenha como função dar apoio durante todo o processo do nascimento (doula) (BRUGGEMANN, 2005). Deste modo, para enaltecer a importância desse acompanhamento será enfatizado, sequencialmente, o papel da doula.

2.1 O papel da doula

O conceito da nomenclatura *doula* vem do grego e remete o significado de se doar; servir. Segundo Silva *et al* (2011), a doula exercia seu papel de assistência à mulher após o parto, lhe oferecendo auxílio tanto com o bebê quanto com as tarefas domésticas. Já atualmente a doula também presta seus serviços durante o período perinatal, no processo da gestação, durante o trabalho de parto, o parto e no processo de amamentação.

Como já citado anteriormente, a doula possui formação especial para conforto físico e emocional da parturiente, o qual ocorre de inúmeras formas e é sempre adaptado ao que a mulher sente-se mais a vontade (COSTA *et al*, 2013).

Doular antes do parto, isto é, no processo de gestação pode configurar-se como um acompanhamento e acolhimento durante esse processo como uma amiga que serve e acolhe, esclarecer dúvidas acerca do parto, realizar um plano de parto, ajudar com procedimentos burocráticos, auxiliar na busca de casas de partos, leitos, hospitais e equipes mais humanizadas, com base em Costa *et al* (2013), pois a doula possui conhecimento da realidade obstétrica da sua região, bem como dar suporte para desvendar mistérios da dor do parto para mães de primeira viagem, e também enfatizar para as mães que já possuem filhos, tendo em vista sempre que cada parto é diferente do outro.

A dor do parto é um dos principais fatores que rouba a cena da parturição, além de todo o conjunto de temores, sensações, percepções, emoções e sentimentos que se manifestam nas inúmeras dimensões da vida da mulher. Seja na dimensão cognitiva, afetivo-emocional, história de vida, no plano fisiológico (esfera somática), socio-cultural, socioinstitucional, identificação e

pertencimento com valores e práticas de um grupo social específico, entre outros (LEÃO; BASTOS, 2008).

No que diz respeito à dor do parto e aos inúmeros fatores que desmembram dela, todo este conjunto intervem de certa forma na experiência do parto e no manejo das dores que estão associadas ao mesmo. Estes aspectos acabam por estabelecer uma relação e por determinar a qualidade da experiência vivenciada pelas mulheres nessa situação (LEÃO; BASTOS, 2008).

O medo de sentir dor acompanha o processo do parto há séculos, bem como aparece em diversas culturas. Por outro lado, o que difere é o acervo de recursos disponíveis no enfrentamento dessa dor, ou o que ocorre em muitos casos; no medo de sentir essa dor (LEÃO; BASTOS, 2008).

Portanto, pode-se dizer que o papel da doula no processo da gestação está associado ao acolhimento da gestante diante dos anseios do que pode vir a ser, da dor, das pressões sociais e familiares, dentre inúmeros fatores que muitas vezes podem passar despercebidos pelo círculo de convívio da mulher, em conformidade com Silva et al (2001). Kalu Gonçalves Brum (2015, s/p) ainda acrescenta em uma entrevista que a doula:

escuta o que a mulher/casal pede e apresenta caminhos. A doula tira dúvidas sobre fisiologia do parto, sobre questões emocionais. Mas o principal é criar um vínculo afetivo com essa mulher para que possa ajudar com todas as técnicas e experiência, mas, sobretudo ser uma alma humana diante de outra.

Já durante o trabalho de parto e ao próprio parto, esse período é o qual consideram o papel crucial e mais importante da doula. Pois, ela é reconhecida como a profissional que conhece as etapas e desafios do parto (BRUM, 2015).

É pertinente fazer um parenteses acerca da atuação da doula, a qual não é autorizada a realizar nenhum procedimento médico como, por exemplo, exames de toque, entre outros que dizem respeito somente aos profissionais da área da medicina. A formação técnica da doula consiste em auxiliar no período de gestação e parturição como uma acompanhante que visa acolhimento e um serviço humanizado prestado à mulher. Por este motivo seu papel é descrito como quem serve (BRUM, 2015).

A doula durante o trabalho de parto e parto trabalha para incentivar a mulher, sugere posições, traz o acompanhante da mãe ou pai do bebê para a cena do nascimento fazendo não só a mediação entre o casal, como também faz a

mediação entre a parturiente e a equipe obstétrica. Outro fator interessante, é que a presença da doula auxilia na redução de procedimentos interventivos e da realização da cesária sem necessidade (BRUM, 2015)

Ademais, a doulagem durante o trabalho de parto auxilia no suporte da parturiente em enfrentar suas dores. Nesse sentido, Leão & Bastos (2008, p. 180) informam que os múltiplos recursos de diversas culturas acessíveis revelam a incansável busca para superar a dor e o “sofrimento contingente à existência humana”.

Ainda segundo Leão & Bastos (2008), o conhecimento da relação da parturiente com a dor, favorece intervenções que auxiliam no enfrentamento da dor. Bem como, uma abrangente noção de ambiente que baseia a comunicação verbal e não-verbal entre as pessoas, o conforto físico e psicológico, qualidade do suporte oferecido, iluminação, temperatura, familiaridade com o ambiente, espaços adequados a movimentação desejada pela parturiente, entre outros.

Deste modo, a doula utiliza de algumas técnicas de respiração, relaxamento e qualquer outra que transite nesse viés para o alívio e amenização da dor física da parturiente (LEÃO; BASTOS, 2008).

Além disso, a doula atua com elementos que favorecem a liberação da ocitocina, faz modificações relevantes no ambiente, tais quais citadas acima. Trabalha com a técnica do rebozo, massagens, ajuda a mulher para descansar, repor as energias, sugere banho e o uso do chuveiro, com palavras de incentivo fortalece as escolhas já realizadas pela parturiente (BRUM, 2015).

Outrossim, o período do puerpério também é campo de atuação para as doulas. Pois, segundo Silva & Botti (2005) é um momento que desencadeia inúmeras mudanças nas esferas da vida da mulher, bem como aumenta a pressão externa e interna para que esta exerça seu papel de mãe. Diante esta transformação que ocorre na vida da mulher, a qual vem carregada de múltiplas coisas boas também traz consigo o sentimento de insegurança, incapacidade e fracasso. O puerpério é considerado como uma das fases mais ambivalentes na vida emocional da mulher.

Diante disso, o acolhimento da doula neste momento puerperal tão frágil vivenciado pela mulher traz benefícios para o reconhecimento do apoio que a puerpéra, muitas vezes, sente em não ter (SILVA; BOTTI, 2005).

Bem como, esse acolhimento propicia conforto e segurança para que a mãe exerça seu papel e fortifique seu vínculo com o recém-nascido (COSTA *et al*, 2013). A presença da doula, a qual se destaca aqui como importante para puerpéra, não desconsidera de forma alguma o papel crucial do pai do recém-nascido e o acompanhamento psicológico por precaução com a saúde mental ou em casos mais graves como uma Depressão Pós-Parto (DPP). No entanto, tais fenômenos serão discutidos posteriormente.

Em suma, as ações de apoio oferecidas pela doula contemplam quatro dimensões apontadas por Hodenett & Osborn (1989): dimensão emocional que visa o acompanhamento contínuo e a propiciar tranquilidade; dimensão informacional, com instruções e explicações acerca do fenômeno em questão; dimensão “palpável” que engloba conforto físico, massagens e afins; dimensão de intermediação que tem como objetivo buscar compreender os desejos da mulher e fazer a ponte com os profissionais da saúde.

Sendo assim, a doula oferece uma atenção humanizada. De acordo com Souza, Gaíva & Modes (2011) a atenção humanizada possui um conceito amplo e que engloba um conjunto de práticas, conhecimentos e atitudes que priorizam a oferta de um parto e nascimento saudáveis e visam à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal.

Demanda de uma atenção humanizada o período do pré-natal até o puerpério, focalizando em procedimentos que centralizem benefícios para a mulher e o seu bebê, com o intuito de preservar sua privacidade e autonomia, e sem intervenções consideradas desnecessárias neste período (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Souza, Gaíva & Modes (2011) informam que um dos benefícios para a mulher e o bebê advindo da atenção humanizada é a priorização do vínculo maternal, isto é, após o nascimento é recomendado que os cuidados com o recém-nascido sem índices de risco “se resuma em exugar, aquecer, avaliar e entrega-lo a mãe, a fim de proporcionar um contato íntimo e precoce” (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011, p. 482). Pois, a separação desnecessária do recém-nascido com a mãe também configura-se um tipo de violência obstétrica.

É importante ressaltar que essa atenção humanizada cabe ao serviço que deve ser prestado por todos os profissionais da instituição hospitalar (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011), faz-se imprescindível aqui, destacar os profissionais que

compoem a equipe de atenção ao parto. No entanto, a doula é a que melhor exerce esse papel e oferece segurança e acalento à parturiente.

Destarte, no que diz respeito à equipe de atenção ao parto, é pertinente salientar a pesquisa realizada por Bruggemann¹ (2005), a qual traz relatos da expectativa da referida equipe em relação ao acompanhante dentro da sala de parto durante a parturição. Estes relatos retratavam, em sua maioria, uma visão negativa e que o acompanhante poderia prejudicar o processo, no caso, médico. O que pode-se perceber nitidamente o foco central no modelo médico, ao invés de centralizar a parturiente.

Todavia, o relato da equipe após passar pelo parto na presença de um acompanhante durante o trabalho de parto se modificou e apresentou um teor de surpresa. Houve reconhecimento de que não atrapalhou; como em alguns casos pôde melhorar. Pois, os relatos coletados disseram que na grande maioria, a assistência não muda independente se tem alguém ali ou não, o cuidado maior é de explicar para este acompanhante os procedimentos a serem tomados, seus motivos e afins, ou seja, deixar o acompanhante a par do que ocorre (BRUGGEMANN, 2005).

Já no que diz respeito ao acompanhante estar presente durante o parto, a equipe confessou, nos relatos da pesquisa de Bruggemann (2005) que o acompanhante desperta uma ansiedade na equipe em realizar tudo com excelência e em tempo hábil. Além disso, se ocorre algum imprevisto no decorrer do processo a equipe pôde vir a se sentir pressionada por aquele olhar a mais presente na sala de parto.

Diante disso, é importante ressaltar que a equipe de atenção ao parto também possui seus anseios, porém dentre inúmeros partos que esta equipe pode vir a fazer, para a parturiente este evento é único, independente de quantos partos essa parturiente venha a ter. O fato de centralizar a parturiente como protagonista, apenas descentraliza o modelo médico, o que é destoante de desconsiderar a equipe. No mais, focaliza-se aqui, a importância da doula

¹ Bruggemann (2005) em sua pesquisa qualitativa e exploratória sobre o apoio a mulher advindo do acompanhante, traz os relatos da equipe de profissionais da saúde em seu anexo intitulado “Discurso do Sujeito Coletivo – Profissionais de Saúde”.

como acompanhante no período de gestação, parturição e puerperição – o que remete a outra fase tão delicada quanto, senão mais.

Por fim, será debatido a seguir a importância do papel do pai nesses procedimentos em questão.

2.2 O papel do pai

Ao iniciar a discussão acerca do papel do pai no acompanhamento e acolhimento a Parturiente, é necessário em um primeiro momento reconhecer que esta discussão debate também a cultura das diferenças de gêneros.

Para melhor compreensão, Oliveira *et al* (2009) explica que esta cultura que promove as diferenças de gênero e as divisões de tarefas entre gêneros é algo que há muito tempo está presente na sociedade. Pois, o papel de pai e mãe se encontravam em campos distintos, sendo o cuidado que advinha da mãe associado ao afeto; cuidadora primária, e o cuidado que advinha do pai seria o de provedor das necessidades materiais da família.

Atualmente, vem-se percebendo uma pequena mudança nesse cenário, visto que os homens têm assumido postura mais igualitária diante das diferenças de gênero. Tal mudança também se estende à gestação e parturição, já que os homens vêm possuindo mais consciência sobre seu papel e importância nesse período, seja para a parturiente e/ou para o bebê (OLIVEIRA *et al*, 2009).

Diante disso, pode-se perceber que as diferenças, leia-se desigualdades, de gêneros afeta também o homem/pai. Estas desigualdades excludentes do afeto do pai e da sala de parto são encaradas por Caires & Vargens (2012) de uma discussão que engloba gênero e poder.

Nesse ínterim, a exclusão do pai do processo gestacional e parturicional é nitidamente fruto da sociedade patriarcal, seja nas diferenças de gêneros ou a intensificação dessa exclusão quando o parto passou a ser um processo cirúrgico e medicalizado. Nogueira & Ferreira (2012) ainda acrescentam que apesar de muitos pais estarem quebrando alguns paradigmas em relação à problemática abordada, há inúmeros empecilhos que dificultam sua inserção neste contexto, tais como a própria medicalização do parto.

Ademais, Oliveira *et al* (2009) diz que o fato de a gravidez ser desejada ou não interfere significativamente na relação “pai-mãe-bebê”. Diante do

conhecimento de uma gravidez, geralmente os pais em seu caráter afetivo tem reações emocionais de euforia, negação, alegria, tristeza, aceitação, exclusão, inutilidade, entre outras. No entanto, estes estados também permite o homem ser partícipe do processo de gestação e parturição, respeitando e estando ciente dos aspectos subjetivos que circundam este evento. Portanto, a experiência do homem no processo gestacional ocorre com base na interação que ele estabelece com a gravidez.

Outrossim, a maioria dos homens se sente/sentiam no papel do pai somente com o nascimento do bebê, porém ao passo que o homem se integra ao período gestacional da mulher, este homem passa a entender cada vez mais sua importância, e alcança sua paternidade, pode-se dizer que, precocemente. Além disso, a presença do pai nos processos que antecedem o nascimento do bebê é um fator positivo que facilita o fortalecimento dos laços familiares, mesmo que este pai não seja mais o companheiro conjugal da parturiente, irá fortalecer o laço do pai e bebê (OLIVEIRA *et al*, 2009).

Em conformidade com Oliveira *et al* (2009), para alcançar bons resultados na gestação e parturição, faz-se imprescindível uma assistência adequada ao pré-natal. Por isso, a OMS informa que tanto o cuidado da atenção pré-natal quanto o perinatal e puerperal deve ser focalizado nas famílias e ser dirigido pelas necessidades dos mesmos, tendo em vista que o parto é um evento não somente da mulher, mas do casal em questão.

Deste modo, pressupõe-se que a vida de ambos (homem e mulher) se modificará diante da chegada de um bebê. No entanto, o processo fisiológico da parturição diz respeito a um protagonismo que pertence à mulher, e por este motivo o acompanhamento e acolhimento têm como foco a parturiente.

Portanto, com base no que expõe Oliveira *et al* (2009) o pai tem papel fundamental durante o período de gestação, parturição e puerperição, pois o acompanhamento por si só diante essas três fases que a mulher pode significar como acolhimento. Além disso, o apoio físico, e na maioria das vezes, emocional pode desencadear a confiança da mulher para sua nova fase, bem como para o processo do parto em si.

3. ACOLHIMENTO A PARTURIENTE A PARTIR DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA (ACP)

Antes de discorrermos sobre o assunto proposto neste terceiro capítulo, cabe ressaltar que, por lei as gestantes/parturientes – e estamos nos referindo ao contexto brasileiro – possuem o direito de uma assistência psicológica diante das mudanças que o gestar e parir pode trazer a essa mulher. Ou seja, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) traz em seu Capítulo I “Do direito à vida e à saúde”, no artigo 8º, as seguintes diretrizes (BRASIL, p. 08, 2010):

§ 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal.

§ 5º A assistência referida no § 4o deste artigo deverá ser também prestada a gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção.

Ora, diante disso, faz-se importante discorrermos sobre a Psicologia e seus benefícios no acolhimento à parturiente no processo de gestação e parturição. Para tanto, abordar-se-á sobre a Psicologia Humanista focalizando em um dos principais teóricos contribuintes desta abordagem: Carl Ronsem Rogers, o qual construiu a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). Faremos também menção a evolução da ACP tanto em seu aspecto psicoterapêutico quanto de relações humanas.

O teórico Carl Rogers – pioneiro da corrente Humanista – passou por inúmeras mudanças em sua teoria, alterando diversas vezes a nomenclatura. Nesse caminhar da teoria rogeriana, pode-se perceber que metade de sua dedicação foi direcionada aos aspectos da psicoterapia, e a outra metade as relações humanas. Moreira (2010) traz a divisão em fases da Abordagem Centrada na Pessoa originalmente formulada por “Hart & Tomlinson (1970), citada por Cury (1987), colocada por Wood (1983) em seu esquema das tendências em meio século da Terapia Centrada na Pessoa e ampliada por Moreira em (1990; 2001; 2007) e, posteriormente, por Holanda (1998)”. (MOREIRA, 2010, p. 538). Sendo a divisão: Fase não-diretiva (1940-1950); Fase reflexiva (1950-1957); Fase experiencial (1957-1970); Fase coletiva ou inter-humana (1970-1987); Quinta fase pós-rogeriana ou neorrogeriana.

De acordo com Moreira (2010) Carl Rogers realizou um trabalho clínico com crianças e através de suas observações empíricas o levou a propor o conceito de tendência positiva atualizante, a qual é a base de suas teorias, definida como uma tendência inerente capaz de levar o ser humano a desenvolver-se a uma direção positiva. Tal conceito passou a ser uma ideia central de suas obras, independente das mudanças de denominações e foco.

Além disso, foi Rogers quem inseriu os psicólogos no universo clínico (MOREIRA, 2010), pois até então, a Psicologia era exclusivamente dominada por médicos nos Estados Unidos da América.

Cabe explicar que Rogers (1997) adotou a palavra “cliente” ao invés do termo “paciente”, com o objetivo de desvincular-se da mecanicidade associada à abordagem biomédica. Pois, para Rogers o cliente é alguém que deseja um serviço que não pode exercer sozinho, porém permanece em grau de igualdade, é uma pessoa ativa em tratamento, e que possui uma inerência capaz de compreender e atuar sobre a sua própria situação. Diferentemente do paciente, que possui função passiva diante de profissionais ativos que supostamente detém mais saber do outro do que o outro de si.

Depois de contextualizado, e tendo em vista que a principal contribuição para a presente pesquisa é a ACP, em primeira instância, destacar-se-á os principais conceitos desta abordagem, conforme quem a originou Rogers (1997):

O primeiro conceito refere-se à atenção ao impulso sutil e sempre existente em direção ao crescimento, saúde e ajustamento. Em outras palavras, a terapia configura-se em um processo de ajuda em prol da libertação do cliente em seu rastreo natural para o crescimento e desenvolvimento comum (ROGERS, 1997).

Diante do exposto e no intuito de fazer uma analogia ao processo da parturiente enquanto ser-humano. Pode-se dizer que, exercer o papel de mãe exige esforço e bastante crescimento para lidar com novas experiências, anseios, alegrias e tristezas, pois como diz Silva & Botti (2005) é uma mudança que ocorre em todas as esferas da vida da mulher. Portanto, a parturiente que se beneficia de um atendimento psicoterápico, aqui com enfoque humanista, irá adentrar em um processo que é seu e receberá auxílio – por parte do terapeuta – para ir em busca desta libertação na intenção de crescer e ajustar-se diante as mudanças habituais de seu meio enquanto mulher/mãe.

Outro conceito pontuado por Rogers (1997) é a importância de o terapeuta dar maior ênfase aos aspectos afetivos e existenciais, pois deslumbram de maior potência do que os aspectos intelectuais. Ademais, dar maior ênfase a todo conteúdo trazido pelo cliente, bem como sua situação imediata – tempo presente – do que prender-se ao passado.

Frente a isto, percebe-se o quão é crucial o atendimento com foco na mulher/parturiente, pois apesar de se haver uma ruptura – muitas vezes grande – entre o passado da parturiente e quem ela é e irá se tornar após a chegada de seu bebê. A preocupação, geralmente, segundo Matos (2009) corre em torno do que ocorre no momento presente, tanto no campo de suas relações com amigos e familiares, quanto com sua relação consigo mesma e uma nova vida que está sob sua responsabilidade.

Por isto, salienta-se aqui a importância de um acompanhamento psicológico durante o processo de gestação, ao passo que considera-se que a mulher no período de gestação e puerperição passa por intensos momentos afetivos e existenciais (SILVA; BOTTI, 2005), a presença de um terapeuta pode trazer grande auxílio nesses momentos.

Dando continuidade nos conceitos da ACP, Rogers (1997) enfatiza o relacionamento terapêutico em si, dado que estabelece um ente natural formado posteriormente ao encontro entre cliente e terapeuta, e traz em si uma vitalidade para a experiência de crescimento de ambos. O que, também, não isenta o atendimento exclusivo a parturiente, a qual poderá se beneficiar imensuravelmente dessa relação vitalícia.

Além disso, Wood (1995) descreve os elementos essenciais da ACP: Uma perspectiva positiva de vida; Uma crença nas atitudes psicológicas facilitadoras (indivíduo com recursos para a autocompreensão, alteração de autoconceito, com atitude e comportamento autodirigido); Uma intenção de ser eficaz nos próprios objetivos, auxiliar ao outro nas mudanças construtivas em sua personalidade; Um respeito pelo indivíduo e sua autonomia e dignidade; Uma flexibilidade de pensamento e ações não tolhidas por teorias e práticas anteriores, tolerância diante às incertezas e ambiguidades; Senso de humor, humildade e curiosidade.

Tais elementos descritos por Wood (1995) são beneficiários a todos os indivíduos, mas tratando do fenômeno específico do universo da parturiente, esta

poderá adquirir ferramentas psicológicas para lidar com as situações de seu novo cotidiano após a chegada do bebê.

Outrossim, levando em consideração as mudanças afetivas, psicológicas, sociais, emocionais, relacionais, dentre outras já citadas anteriormente acerca dos processos de gestação, parturição e puerperição, e no que diz respeito a tendência positiva atualizante formulada por Rogers, conforme Moreira (2010), pode-se dizer que a mulher mesmo passando pelas turbulências que estes períodos podem acarretar possui tendência positiva atualizante, o que será desenvolvido no decorrer da psicoterapia.

Pois para Rogers, segundo Moreira (2009, p. 4):

a psicoterapia deve facilitar a emergência de indivíduos abertos à experiência, receptivos, sem defesas, capazes de funcionar como participantes e observadores dos processos vitais, indivíduos confiantes nos próprios sentimentos e engajados no processo de ser e de tornar-se pessoas.

Rogers compreende a tendência positiva atualizante como algo inerente à natureza humana, seja na questão da pessoa estar satisfeita aos padrões comuns, mas que buscam desenvolver-se acima do grau de suficiência ou aquelas pessoas que não se encontram satisfeitas seja por motivos internos ou externos. Mas, que em sua maioria, buscam a auto-realização, independente do princípio que os levou àquilo (ROGERS; ROSENBERG, 1977). Carece explicar que o sujeito é o próprio responsável pelo seu processo, já que a psicoterapia não possui caráter diretivo.

Essa força de se auto responsabilizar pelo seu processo advém da tendência atualizante, na qual a pessoa pode compreender e construir sua personalidade em ponte com suas vivências, realizando atribuições de significados continuamente. Está amparado na premissa de que o sujeito possui a capacidade de autocompreensão e auto-determinação a partir de suas relações interpessoais (PERCHES, 2009).

No entanto, Justo (2001) diz que para Maslow – o pai do humanismo – para que o sujeito desenvolva sua tendência positiva atualizante é necessário ter condições de crescimento adequado para auxiliar neste processo, o que no mundo de hoje acaba por estar escasso. Pode-se compreender, então, que não se trata apenas de fenômenos intrapsíquicos, mas sim de fenômenos sociais que também interferem significativamente na vida da mulher.

Nesta perspectiva, a psicologia social (histórico-cultural) traz contribuições relevantes à ótica desta pesquisa. Já que de acordo com Vigotiski (2007) – um dos principais teóricos desta abordagem (histórico-cultural) – diz que o meio e o sujeito se imbricam, ou seja, há constantemente influência entre ambos, o que se configura o materialismo dialético. Diante disso, além de ser trabalhados em psicoterapia aspectos psicológicos internos da mulher também serão trabalhadas suas relações com seu entorno.

Em suma, a importância de um acompanhamento psicológico na gestação e puerperição são imprescindíveis. Pois, além de saber que o puerpério já trata-se de um período delicado, sabe-se que eventos traumáticos como um parto com violência obstétrica, dentre outras barbáries, podem repercutir negativamente na vida da mãe e em sua relação com o bebê. Nesse sentido, Berlim *et al.* (2003) explica que pode, inclusive, repercutir em eventos psiquiátricos como a depressão.

3.1 Depressão pós-parto Materna (DPP-M)

De acordo com Aliane, Mamede & Furtado (2011) a caracterização da depressão pós-parto (DPP) como descrição de um transtorno psiquiátrico, ainda não possuía diferenciação nosológica do transtorno depressivo descrito no DSM-IV, a não ser pelo adendo em especificar a depressão que tem início no parto – quatro semanas após o parto.

Já em 2013, no DSM-V este tipo de depressão recebe a descrição de Depressão Pós-Parto Materna (DPP-M). Há algumas especificidades do transtorno, o qual possui alta probabilidade de comorbidade com stress, sintomas obsessivo-compulsivos e ansiedade, há menor incidência de suicídio e possui lenta resposta a terapia farmacológica (CAMPOS; RODRIGUES, 2015).

Campos & Rodrigues (2015) explicam que dentre as expressões dos transtornos depressivos nessa população em específicos (mães) há, geralmente, dados sobre o período da gravidez e a incidência e recorrência de depressão. Devido à ocasião do nascimento do bebê, o período pós-parto é um evento disparador de estresse em potencial com comorbidade altamente associada à depressão. As alterações de humor comumente associadas ao pós-parto “têm um espectro amplo relacionado à gravidade e comprometimento do indivíduo,

sendo eles: o baby *blues*² ou tristeza materna, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto” (CAMPOS; RODRIGUES, 2015, p. 484).

Referente aos fatores etiológicos da DPP-M, Campos & Rodrigues (2015) afirmam haver estudos que comprovam que além dos fatores biológicos também influencia significativamente os fatores psicossociais.

Portanto, perante a estes fatores e a alta taxa de mulheres que apresentam sintomas depressivos que caracterizam o *blues* puerperal e DPP-M, Almeida & Arrais (2016) abordam sobre o Pré-Natal Psicológico (PNP) como forma de prevenção aos fenômenos do *blues* puerperal e DPP-M, este novo conceito envolve maior humanização no processo gestacional, no parto e na construção de parentalidade, ou seja, busca ressignificar o atendimento perinatal sob uma ótica humanizada.

O PNP além de auxiliar na prevenção dos problemas gestacionais e tentar controlar agravantes psicológicos, também oferece suporte no preparo físico e psicológico para o momento do parto e a maternidade, disponibilizando ambiente adequado e acolhedor para que a gestante tenha uma vivência positiva (ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

Para melhor atuação neste contexto, indica-se que o profissional de psicologia possuidor de formação específica nos programas de psicoprofilaxia³ é quem tome a frente nesses casos, porque além de não priorizar somente aspectos biológicos; explana questões relativas a alterações emocionais capazes de abrandar as angústias características deste período (ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

Contudo, ainda que considerado todo o exposto nesta pesquisa e salientado por diversas vezes a importância do acompanhamento psicológico para a gestante/parturiente/puérpera, mesmo que este acompanhamento seja respaldado pelo ECA, sabe-se que o serviço psicológico ainda encontra-se distante da classe popular brasileira, fato que será desmembrado a seguir.

² Blues puerperal serve como sinônimo de tristeza pós-parto.

³ Psicoprofilaxia é toda atividade que, com base em um plano de análise psicológica e mediante o emprego de recursos e técnicas de psicologia, procura promover o desenvolvimento das potencialidades do ser humano, seu amadurecimento como indivíduo e, finalmente, sua felicidade (Bohoslavsky, 1998, p. 11)

3.2 Psicologia e seu compromisso social

Para dar início a este diálogo, é imprescindível reconhecer que a Psicologia muito deixou a desejar em seu compromisso social (BOCK, 2009), e mesmo perante o momento atual de reparação, há um longo caminho a se percorrer.

Pois, a Psicologia sempre esteve servindo a população elitista, sendo um serviço quase inexistente a quem se encontra à margem da sociedade, bem como consolidou-se como “baixo poder organizativo, com entidades frágeis com pequeno poder de pressão e que negociou pouco com o Estado suas demarcações e possibilidades de contribuição social”. (BOCK, 2009, p. 19).

A Psicologia como profissão ainda é frágil, pois ela oferece respostas genéricas a diferentes demandas. Além de possuir alguns elementos ideológicos da profissão, como: naturalizar o fenômeno psicológico; os psicólogos não têm concebido suas intervenções como trabalho; a Psicologia tem concebido os sujeitos como responsáveis e capazes de promover seu próprio desenvolvimento (BOCK, 2009).

Ademais, segundo Bock (2009), tais questões mostram uma Psicologia de costas para a realidade social pelo fato de desenvolver um papel corretivo com um propósito de “consertar” o ser humano através de seu aparelho psíquico. Além disso, a concepção de que o ser humano é capaz de promover seu desenvolvimento não é algo irreal. Todavia, longe estará da realidade se a Psicologia continuar ocultando as condições sociais dessa ideologia. Pois, a sociedade não é apenas algo que ajuda ou impede, mas sim é uma construção do ser humano que pode ser transmitida socialmente.

A Psicologia tem isolado o sujeito de sua subjetividade do mundo social, bem como “isenta as instituições sociais e modos de produção da sobrevivência de qualquer responsabilidade pelos sofrimentos psicológicos”. (BOCK, 2009, p. 27).

Isto inclui o fenômeno em questão da DPP-M, tendo vista a sociedade contemporânea que fomenta as relações insensíveis dissertada por Camargo & Bulgacov (2008):

Não bastassem essas relações “insensíveis” com as atividades, nossas relações com os outros também se deformam: tomamos o outro como objeto, tomamos o outro como um fim. No campo da ciência o outro se torna objeto de nosso saber, na filosofia o outro é objeto de nossa reflexão e, em nosso cotidiano, objeto de nosso interesse. Assim, a partir dessa lógica

construímos e "vivemos" este mundo. (CAMARGO; BULGACOV, 2008, p. 468).

Essa sociedade excludente e insensível que é discutida por Camargo & Bulgacov (2008), pode acarretar ainda mais sofrimento a mãe com filho recém-nascido, que demanda de auxílio e, muitas vezes, acaba por não receber acolhimento neste período delicado. Além deste discurso, há o campo econômico, o que também não favorece a mãe usufruir de um serviço de psicologia, conforme enfatiza Bock (2009) em sua crítica ao compromisso social que a Psicologia vem estabelecendo – ou a falta dele.

Frente a isto, a fim de percorrer o campo das possibilidades para que seja possível trilhar um caminho oposto, discutir-se-á o acolhimento à parturiente através do serviço de plantão psicológico.

3.3 Possibilidades através do Plantão Psicológico

De modo a retomar a explicação da gênese do Plantão Psicológico já citado na introdução desta referida pesquisa. Afirma-se que o Plantão surgiu como forma de contrapor os modelos clínicos elitistas vigentes até então, foi Rachel Lea Rosenberg coordenadora do SAP que contemplou o Plantão como uma modalidade psicológica viável (REBOUÇAS; DUTRA, 2010).

O objetivo do Plantão Psicológico era – e ainda é – atender a clientela que comumente se encontrava em uma longa fila de espera, bem como ser uma alternativa ao modelo puramente clínico (REBOUÇAS; DUTRA, 2010).

Portanto, essa modalidade se configurou como um aconselhamento psicológico, tendo em vista a quantidade de demanda e a urgência dos clientes. Bem como o plantão psicológico se constitui pela disponibilidade e flexibilidade em propor alternativas de ajuda, as quais os terapeutas devem investigar junto ao cliente (REBOUÇAS; DUTRA, 2010).

Devido a todo esse movimento, muitos profissionais foram influenciados, bem como obtiveram novas referências do fazer psicológico. O que facilitou a inserção do plantão psicológico em diferentes instituições, como os hospitais, com o intuito de focalizar em práticas alternativas que contemplem a realidade social das demandas do mundo de sua época (REBOUÇAS; DUTRA, 2010).

Para trazer o Plantão Psicológico ao universo das parturientes, serão mencionadas as instituições hospitalares – privado e público – Sistema Único de Saúde (SUS), casas de partos, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), dentre outras instituições que estão englobadas neste universo. Essa menção diz respeito a uma proposta de atendimento as parturientes no período gestacional, parturial e puerperial através do serviço do plantão psicológico nas referidas instituições.

Destarte, seguindo as especificidades que este serviço possui (REBOUÇAS; DUTRA, 2010), o plantão se configuraria em o profissional da Psicologia estar à disposição na ala da maternidade – tendo em vista que está sendo discutido o respectivo serviço no campo das possibilidades – seja em hospital, casas de partos, entre outros, para prestar escuta, acolhimento e aconselhamento à parturiente/puérpera. As sessões, geralmente são únicas, possibilitando a ocorrência de a cliente retornar uma ou mais vezes dependendo do caso.

De acordo com Perches (2009), cabe destacar alguns elementos que dão evidências à afinidade da prática do Plantão Psicológico com os pressupostos teóricos da ACP desenvolvida por Rogers, que são os elementos já destacados neste capítulo anteriormente por Wood (1995).

Ademais, Mahfoud (1987) informa que apesar do foco do plantão psicológico não estar em atender uma grande quantidade de cliente, isto acaba ocorrendo devido a seu caráter emergencial, o foco que é dado neste serviço é definido a partir do referencial do próprio cliente. Além disso, se configura como um espaço para as pessoas, não somente para seus problemas, o que pode facilitar na promoção de consciência de si mesmas e sua realidade, podendo conhecer os diferentes recursos disponíveis.

O que, por via de regra, auxiliaria e agregaria dentro de inúmeras instituições de saúde que buscam o cuidado e uma atenção humanizada à parturiente. Assim como salienta Oliveira *et al* (2009) a importância de um pré-natal psicológico para que os processos que a parturiente venha a seguir posteriormente seja vivenciados com mais recursos.

Podendo haver ressignificações de vários medos, anseios e angústias, nesta perspectiva, a ACP enquanto abordagem do profissional de psicologia pode auxiliar neste processo, além de oferecer escuta ativa e acolhimento (WOOD, 1995).

Sem pormenorizar, a modalidade de plantão psicológico é considerada um atendimento psicológico que se completa por si só, tendo características de um processo que possui começo, meio e fim, enfatiza-se que tanto o plantonista quanto o cliente devem ter conhecimento de aquele encontro ser único (PERCHES, 2009). Deve-se levar em consideração que não há proibição de se haver retorno dentro do plantão, o que fica estabelecido e organizado os limites entre o plantonista e cliente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se a necessidade da parturiente em receber acolhimento nos seus períodos gestacional, partural e puerperal. Pois, de acordo com a pesquisa apresentada há nítidos a importância deste acolhimento e seus benefícios.

A falta de acolhimento, geralmente, ocorre além da negligência médica, mas também devido à desigualdade de gêneros, a qual se perpetua por séculos na sociedade, mas na contemporaneidade está sendo discutida e enaltecida com outra visão. Inclusive, foi trazida a violência obstétrica como consequência negativa da desmedicalização do parto, a qual também é fruto da sociedade patriarcal.

Neste campo das desigualdades também se abordou a questão étnico-racial, pois se na sociedade patriarcal a mulher é quem se encontra no papel de vítima, cabe pensar qual papel ocupa a mulher negra? Foi realizado, então, brevemente um recorte racial para escurecer⁴ a discussão sobre o racismo no fenômeno em questão, trazendo à luz da consciência fatos históricos que, infelizmente, acabam se perpetuando até os dias atuais.

Em suma, o referido acolhimento que objetivou esta pesquisa e englobou os amigos, familiares, doulas, e principalmente pela equipe médica que deve oferecer atenção humanizada à parturiente, bem como esta deve receber atendimento psicológico, o qual é previsto no ECA.

O atendimento psicológico aqui focalizado diz respeito à fragilidade psicológica e social que a parturiente passa durante estes períodos já citados, e por consequência, pode acarretar diversos conflitos e dificuldades na relação consigo mesma, com o seu entorno e principalmente com seu bebê. Por este e inúmeras questões apresentadas que se orienta o acompanhamento e acolhimento psicológico à parturiente em todos os seus períodos (gestação, parto e puerpério).

⁴ “Escurecer” a discussão refere-se ao recorte racial feito nesta pesquisa, tendo em vista que a herança colonial da desigualdade étnico-racial ainda é presente atualmente; é preciso rever algumas nomenclaturas utilizadas naturalmente que pode vir a ser entendida de forma pejorativa por determinado grupo étnico-racial.

Para melhor delimitação do atendimento psicológico e ainda tendo com base uma atenção humanizada, pensou-se na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) que advém da Psicologia Humanista.

Diante disto, é importante esclarecer que em nenhum momento de suas obras, Carl R. Rogers estabelece uma relação de sua teoria com o atendimento e acolhimento a parturiente, sendo esta relação idealizada pela pesquisadora utilizando dos preceitos da ACP para repensar um cuidado terapêutico as parturientes.

Outrossim, sabe-se que muitas pessoas ainda não conseguem afirmar um compromisso, tal qual se configura o processo psicoterápico, e afim de considerar o contexto socioeconômico, e por este motivo chegou-se a conclusão da importância de se haver um plantão psicológico em maternidades, casas de parto, entre outras instituições que englobe o universo da parturiente, justamente para atender a demanda em questão e minimizar alguns sofrimentos, tanto de ordem física e psicológica. Por isto foi apresentada tal proposta.

No mais, cabe enfatizar que a presente pesquisa pode ser levada a diante a fim de aprofundar-se no acolhimento a parturiente – fenômeno principal da pesquisa. Bem como, abordar outras questões que dizem respeito a este universo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALIANE, P. P.; MAMEDE, M. V.; FURTADO, E. F. *Revisão sistemática sobre Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-Parto*. Psicologia em Pesquisa: UFJF. Pp. 146-155. 2011. Disponível em: <https://psicologiaempesquisa.ufjf.emnuvens.com.br/psicologiaempesquisa/article/viewFile/335/182> Acesso em: 16 ago. 2018.
- ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M. *Violência obstétrica: a dor que cala*. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, Universidade Estadual de Londrina. 2014.
- AQUINO, E. M. L. *Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 30, Sup, p. S8-S10, 2014. Disponível em: < https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/cs/p/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0008.pdf> Acesso em: 28 fev. 2018.
- BERLIM, M.T; PERIZZOLO, J.; FLECK, M.P.A. *Transtorno do estresse pós-traumático e depressão maior*. Rev. Bras. Psiquiatr, v.25, n.1, p.51-4. 2003.
- BOCK, A. *Psicologia e sua Ideologia: 40 anos de compromisso com as elites*. In: Bock A.M.B. (org.) Psicologia e Compromisso Social. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei nº 8.069 de 13 de junho de 1990. Brasília, DF. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília, 2001.
- BRASIL; Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Humanização do parto, humanização no pré natal e nascimento*. Brasília, 2002.
- BRUGGEMANN, O. M. *O apoio a mulher no nascimento por acompanhante de sua escolha: abordagem quantitativa e qualitativa*. Tese de Doutorado. 2005. Disponível em: < <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313439>> Acesso em: 24 mai. 2018.
- BRUM, K. G. *O que é e faz uma doula. Olhar mamífero*. 2015. Disponível em: < <http://vilamamifera.com/olharmamifero/o-que-e-e-faz-uma-doula/>>. Acesso em: 02 abril. 2018.
- CAIRES, T. L. G.; VARGENS, O. M. C. *A exclusão do pai da sala de parto: uma discussão de gênero e poder*. Rev. Enf. Ref., Coimbra , n. 7, p. 159-168, 2012. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 mai. 2018.

CAMARGO, D.; BULGACOV, Y. L. M. *A perspectiva estética e expressiva na escola: articulando conceitos da psicologia sócio-histórica*. Psicologia em estudo, Maringá, v. 13, n. 3, pp 467-475. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a07> Acesso em: 16 ago. 2018.

CAMPOS, B. C.; RODRIGUES, O. M. P. R. *Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida*. Porto Alegre, v. 46, n. 4, pp. 483-492. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-DepressaoPosPartoMaterna-5632989.pdf> Acesso em 16 ago. 2018.

COSTA, E. F.; ALMEIDA, M. C. S. *Afetividade na educação infantil*. Miríade Científica, [S.l.], v. 1, n. 1, abr. 2017. Disponível em: http://www.faculdadecuiaba.com.br/revista/index.php/revista_fauc/article/view/17. Acesso em: 06 nov. 2017.

COSTA, S.M.; RAMOS, J. G. L. *A questão das cesarianas*. Editorial, Porto Alegre – RS. 2005, pp. 571-574. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n10/27569>> Acesso em: 05 mar. 2018.

COSTA, M. G. F.; SANTOS, R. O.; HINO, P.; SANTOS, J. O. *Apoio emocional oferecido às parturientes: opinião das doulas*. REAS, Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde. 2013. Disponível em: < <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/465/430#>> Acesso em: 28 fev. 2018.

DINIZ, S.; CHACHAM, A. S. *O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo*. Questões de saúde reprodutiva. São Paulo, 2006.

HODNETT, E. D; OSBORN, R. W. *Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes*. Res Nurs Health 1989.

JUSTO, H. *Cresça e faça crescer*. lições de Carl Rogers. 7ª ed. Canoas: La Salle, pp 23-35. 2001

LANGES, M. L. A. *“Outras dores além do parto”*: um estudo de caso com mulheres vítimas da violência obstétrica. Trabalho de conclusão de curso. Universidade do Sul de Santa Catarina. 2015.

LEÃO, M. R. C.; BASTOS, M. A. R. *Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 90-94, may 2001. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1573/1618>>. Acesso em: 02 abril. 2018.

MAHFOUD, M. *A vivência de um desafio: plantão psicológico*. Em ROSENBERG, R. L. *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa*. São Paulo: EPU. 1987.

MAIA, M. B. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/pr84k>> Acesso em: 28 fev. 2018.

MATOS, S. T. *Gravidez e parto acompanhados por uma doula: Experiência e satisfação*. Mestrado de Psicologia Clínica, ISPA. 2009. Disponível em: < <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/4444>> Acesso em: 05 mar. 2018.

MOREIRA, V. *A Gestalt-Terapia e a Abordagem Centrada na Pessoa são enfoques fenomenológicos?*. Revista da abordagem gestáltica – XV (1): 3-12, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/raq/v15n1/v15n1a02.pdf> Acesso em: 06 set. 2018.

MOREIRA, V. *Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa*. Fortaleza – CE: Universidade de Fortaleza, pp. 537-544, 2010. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/3953/395335792011.pdf>> Acesso em: 28 fev. 2018.

MOURA, C. F. S.; LOPES, G. T.; SANTOS, T. C. F. *Humanização e Desmedicalização da Assistência à mulher*. do ensino à prática. Artigo de pesquisa: revista enferm. Rio de Janeiro – RJ. 2009, pp. 182-187. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a07.pdf>> Acesso em: 05 mar. 2018.

NOGUEIRA, J. R. D. F.; FERREIRA, M. *O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê*. Revista de Enfermagem Referência [on line] 2012, III. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239967013>. Acesso em 24 mai. 2018.

OLIVEIRA, S. C.; FERREIRA, J. G.; SILVA, P. M. P.; FERREIRA, J. M.; SEABRA, R. A.; FERNANDO, R. N. *A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal*. Cogitare Enfermagem. 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648974010>. Acesso em: 24 mai. 2018.

PERCHES, T. H. P. *Plantão Psicológico: o processo de mudança psicológica sob a perspectiva da psicologia humanista*. Tese de Doutorado. PUCCAMP - 159p, 2009. Disponível em: <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/411/1/Tatiana%20Hoffmann%20Palmeri%20Perches.pdf> Acesso em: 06 set. 2018.

REBOUÇAS, M.S.S.; DUTRA, E. *Plantão psicológico: uma prática clínica da contemporaneidade*. Revista de abordagem gestáltica, vol. 16, n.1. Goiânia, 2010.

ROGERS, C. R. *Tornar-se Pessoa*. São Paulo: Martins Fontes, Edição Original 1951. 1997.

ROGERS, C. R.; ROSENBERG, R. L. *A Pessoa Como Centro*. São Paulo: Ed. USP, pp 49-68, 1977.

SILVA, R. M.; BARROS, N. F.; JORGE, H. M. F.; MELO, L. P. T.; JUNIOR, A. R. F. *Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto*. Ciência & Saúde Coletiva. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/26.pdf>> Acesso em: 28 mar. 2018.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. *Depressão Puerperal* – Uma revisão de Literatura. Revista Eletrônica de Enfermagem: v. 07, n. 02. 2005, pp 231-238. Disponível em: < http://deploy.extras.ufg.br/projetos/fen_revista/revista7_2/pdf/REVISAO_01.pdf. Acesso em: 05 mar. 2018.

SOUZA, T. G.; GAÍVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. A. *A humanização do parto: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto*. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS). 2011.

SOUZA, M. V. L.; LOPES, E. S.; SILVA, L. L. *Aprendizagem significativa na relação professor-aluno*. Revista de C. Humanas, v. 13, n. 2. Viçosa. 2013, pp. 407-420.

VIGOTSKY L. S. *A Formação Social da Mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

WISNIEWSKI, A. P. *(In)Visibilidade Negra*. Núcleo de Direitos Humanos, UNISINOS. 2013. Disponível em: <http://unisinios.br/blogs/ndh/2013/09/30/invisibilidade-negra/> Acesso em: 05 mar. 2018.

WOOD, J. K. *Abordagem Centrada na Pessoa*. (Org.) Vitória: Ed. Fundação Ceciliano Abel de Almeida. 1995.