

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

HUMANIZAÇÃO DO PARTO NOS CONTEXTOS PÚBLICO E PRIVADO NO DISTRITO  
FEDERAL

Ticiania Ramos Nonato

Brasília, outubro de 2007.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

HUMANIZAÇÃO DO PARTO NOS CONTEXTOS PÚBLICO E PRIVADO NO DISTRITO  
FEDERAL

Dissertação apresentada ao Departamento de Sociologia da  
Universidade de Brasília/UnB como parte dos requisitos  
para a obtenção do título de Mestre.

Autora: Ticianara Ramos Nonato

Brasília, outubro de 2007.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

HUMANIZAÇÃO DO PARTO NOS CONTEXTOS PÚBLICO E PRIVADO NO DISTRITO  
FEDERAL

Ticiania Ramos Nonato

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lourdes Maria Bandeira (SOL-UnB)

Banca: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Carla Costa Teixeira (DAN-UnB)  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Liési Thurler (SOL-UnB)  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Deis Elucy Siqueira - Suplente (SOL-UnB)

Brasília, outubro de 2007.

Dedico este trabalho às mulheres da história de minha vida:  
Anita, Florinda Antônia, Auta Marietta e, especialmente, à Ernata.

Ao André

Ao Daniel

À Dandara

Vocês são parte de mim.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer às instituições que possibilitaram a confecção desta dissertação de mestrado: à CAPES pela bolsa concedida, ao Departamento de Sociologia da UnB pela estrutura que proporciona ao PPG-SOL e o apoio à participação em congressos, às instituições participantes da pesquisa. Às pessoas que tornam essas instituições vivas, especialmente aos secretários do PPG-SOL Evaldo e Abílio, que muitas vezes auxiliaram nas pendências e urgências, aos coordenadores da pós-graduação no período e à todos professores que estiveram compartilhando seus conhecimentos e vivências ao longo da minha formação.

Devoto um agradecimento mais que especial à minha orientadora Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lourdes Maria Bandeira, que por ser uma profissional extremamente competente, esteve presente, apontando as falhas de meu trabalho e acompanhando-me a cada avanço, possibilitados por sua atuação, e uma pessoa muito amável, acreditou no meu trabalho, mesmo nas horas mais difíceis, compartilhando também histórias de sua vida. Sou muito grata aos momentos que pude compartilhar com ela.

Aos colegas de curso com os quais pude estabelecer um diálogo intelectual e uma amizade para além disso: Moacir, Fernando, Marcello, Luciana, Marcela e Márcio Takeo. O que acho mais bonito de nossa convivência é a possibilidade de permanecermos diferentes, mas compartilhando o caminho. À Marcela agradeço especialmente às inúmeras palavras de incentivo, alento e carinho, que nunca faltaram. Se o trabalho de dissertação pode ser comparado a um trabalho de parto, a Marcela certamente seria minha *doula* nessa jornada.

Aos amigos que a vida me deu e que muitas vezes participaram de momentos importantes, de alegria e preocupação. Não pretendo nomeá-los aqui pois, felizmente, são muitos, mas gostaria de agradecer aos amigos e amigas de roda e aos amigos e amigas “do condomínio”. Especialmente à Stela, que esteve ao meu lado em dois momentos importantíssimos de minha vida: o nascimento de meu filho e minha filha, como uma grande amiga e *doula*, e ao Anderson, pelo imprescindível empréstimo do *laptop*.

À minha família “de sangue” e “de lei”, sem essas pessoas certamente não teria chegado até aqui. Ao meu sogro e minha sogra que tanto ajudaram e ajudam que eu e “os meus” tenham boas condições de vida material e não material. Aos meus pais, José Carlos e Ernata, dos quais a ajuda em todos os sentidos nunca faltou. Quero agradecer especialmente à minha mãe que, em muitos momentos, tem sido também uma verdadeira mãe para meu filho e minha filha, nunca esquecerei o fato de estar ao meu lado, cuidando da pequena Dandara e do Dani, em momentos

cruciais. Uma das imagens que mais são significativas disso pra mim é, ao chegar em casa, vê-la sentada ao chão, brincando junto com o Dani. Devo o que sou à vocês! Aos meus irmãos, Daniela e Tiago, por também compartilharem alegrias e angústias e por estarem presentes da forma que podem na vida dos meus pequenos. À Daniela por ter sido sempre um exemplo (a sina de irmã mais velha) e ao Tiago por nos dar sempre que pode os frutos de suas artes e competências e ter auxiliado em vários momentos nos quais necessitava de um “socorro operacional”.

Por fim quero agradecer ao meu amado André, pois estar ao seu lado é uma dádiva. Cada dia ao seu lado é uma fonte de renovação, aprendizado, respeito e carinho. Ao seu lado as pedras do caminho são mais suaves. Não me imagino chegando até aqui sem o seu incentivo e suporte. Que nossos filhos possam sempre sentir tudo de bom que nos uniu e permanece. Agradeço também ao Daniel e a Dandara que, embora sem poder compreender o significado do meu trabalho, e mesmo com todas as ausências, sempre estão a sorrir.

A todos aqueles e aquelas que mesmo não citados(as) contribuíram para esse trabalho: muito obrigada!

“O que molda e compromete o indivíduo dentro desse cosmo humano, e lhe confere todo o alcance de sua vida não são os reflexos de sua natureza animal, mas a inerradicável vinculação entre seus desejos e comportamentos e os das outras pessoas, dos vivos, dos mortos e até, em certo sentido, dos que ainda não nasceram – em suma, sua dependência dos outros e a dependência que os outros têm dele, as funções dos outros para ele e suas funções para os outros.”

Norbert Elias

“A cada nascimento, um novo começo surge para o mundo, um novo mundo em potencial passa a existir.”

Hanna Arendt

**Resumo:** Esta dissertação objetiva compreender a inserção da humanização do parto nos contextos público e privado da assistência obstétrica, a partir de pesquisa realizada no Distrito Federal – DF, entre o ano de 2006 e meados de 2007, tendo como *locus* empírico duas instituições: um hospital privado e a Casa de Parto de São Sebastião. Para a realização da análise comparativa utilizou-se observação nos cursos e palestras para gestantes oferecidos por estas instituições e entrevistas em profundidade com 15 mulheres, antes e depois do parto e 14 profissionais, totalizando 42 entrevistas. A análise de conteúdo revelou profundas diferenças nas expectativas e no atendimento relatado pelas mulheres de acordo com o contexto da assistência, resultando em uma série de dificuldades à realização da proposta de humanização do parto. As mulheres do contexto privado planejaram seu parto, mas a maioria não conseguiu atingir esse planejamento, por terem feito cesariana. As narrativas das mulheres do contexto público foram marcadas pela ausência (baseada na negação ou dúvida) e a dificuldade de elaborarem criticamente sobre a forma como foram assistidas. Entre os profissionais, foi observada uma série de diferenças entre os contextos analisados, sendo as principais relativas ao caráter com o qual a proposta é percebida (individual, no contexto privado, e institucional, no contexto público) e os pontos antagônicos de referência.

**Palavras-chave:** Humanização do parto, assistência obstétrica, gestantes, público e privado na saúde.



**Abstract:** This dissertation aims to understand the humanized childbirth insertion in public and private contexts of obstetrical assistance by researching in Distrito Federal - DF, between 2006 and 2007, having as empirical *locus* two institutions: a private hospital and Casa de Parto de Sebastião (a birth house). In order to accomplish the comparative analysis, it was used a set of data obtained from observing the courses and lectures for pregnant women, offered by these institutions and interviews with 15 women – before and after childbirth – and 14 childbirth professionals, totalizing 42 interviews. Deep differences were pointed out by analyzing the content of the expectations and the attendance told by the women according to the context of the assistance, resulting in several difficulties to the accomplishment of the humanized childbirth proposal. Private context women had planned their childbirth, but the majority did not reach this planning, because they had cesarean sections. Public context women narratives had been marked by the absence (based in the negation or doubt) and the difficulty on elaborating critically about the way they are assisted. Among the professionals, several differences were observed on the analyzed contexts, as the main ones were related to the character in which the proposal is perceived (individual in the private context, and institutional in the public context) and the antagonistic points of reference.

**Key Words:** humanized childbirth, obstetrical assistance, pregnant women, public and private health systems.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil Sócio-demográfico das Mulheres Entrevistadas no DF – 2006, 2007.....	121
Tabela 2 – Perfil Sócio-Profissional das/os Profissionais Entrevistados no DF – 2006, 2007.....	162

## LISTA DE SIGLAS

BC – Banco de Leite

CC – Centro Cirúrgico

CEP/SES/DF – Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

CO – Centro Obstétrico

CP – Casa de Parto

CPSS – Casa de Parto de São Sebastião

CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

DF – Distrito Federal

DIPAS/SAS/SES/DF – Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde/Subsecretaria de Atenção à Saúde/SES/DF

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HMIB – Hospital Materno Infantil de Brasília (atualmente HRAS)

HP – Hospital privado instalado no Plano Piloto

HRAN – Hospital Regional da Asa Norte

HRAS – Hospital Regional da Asa Sul

HUB – Hospital da Universidade de Brasília

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

INAMPS – Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

JICA – Japan Internacional Cooperation Agency

MS – Ministério da Saúde

NEIM – Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher da Universidade da Bahia

NEPeM – Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PH – Parto Humanizado

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PPP's – leitos de pré-parto, parto e pós-parto ou quartos de pré-parto, parto e pós-parto.

PRAIA – Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente

PSD – Parto Sem Dor

PSF – Programa Saúde da Família

QI – Quociente de Inteligência

REDOR – Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher e Relações de Gênero

REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SES/BA – Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia

SES/DF – Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UMSSS – Unidade Mista de Saúde de São Sebastião

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USP – Universidade de São Paulo

UnB – Universidade de Brasília.

## SUMÁRIO

<b>Introdução.....</b>	<b>16</b>
<b>1 – Parto e Sociedade.....</b>	<b>24</b>
<b>1.1 – O Parto: entre Natureza e Sociedade.....</b>	<b>24</b>
<b>1.2 – Contextualização histórica: de “coisa de mulheres” à “assistência médica e hospitalar” .....</b>	<b>31</b>
<b>1.3 – Representações Sociais do Parto: o parto vaginal e o parto cesáreo.....</b>	<b>45</b>
<b>1.4 – O Parto na Modernidade: política e instituições, cidadãs e consumidoras.....</b>	<b>50</b>
<b>2 – Humanização do Parto: em torno de um conceito histórico, um movimento e novas práticas de controle.....</b>	<b>57</b>
<b>2.1 – Em torno de um conceito polissêmico.....</b>	<b>57</b>
<b>2.2 – Uma contextualização histórica do Parto Humanizado.....</b>	<b>63</b>
<b>2.3 – O caso do Distrito Federal.....</b>	<b>76</b>
<b>2.4 – Uma história heróica: a humanização como um espaço de interseção entre o feminismo e as práticas obstétricas.....</b>	<b>78</b>
<b>2.5 – O Parto Humanizado comprometido: um mercado na assistência privada e novos controles públicos.....</b>	<b>82</b>
<b>3 – Aprendendo a maternidade e o parto: os cursos e palestras para gestantes.....</b>	<b>89</b>
<b>3.1 – Os cursos para gestantes no hospital privado.....</b>	<b>89</b>
<b>3.2 – As palestras para gestantes da Casa de Parto.....</b>	<b>99</b>
<b>3.3 – O aprendizado da maternidade nos espaços público e privado.....</b>	<b>116</b>

<b>4 – Das expectativas à realidade do tornar-se mãe: as entrevistas com gestantes antes e depois do parto.....</b>	<b>120</b>
<b>4.1 – As entrevistas no contexto do pré-parto.....</b>	<b>122</b>
<b>4.1.1 - O pré-natal e o curso de gestantes/palestras.....</b>	<b>122</b>
<b>4.1.2 – A humanização do parto para as gestantes.....</b>	<b>126</b>
<b>4.1.3 – O parto e o próprio parto.....</b>	<b>130</b>
<b>4.2 – As entrevistas no contexto do pós-parto.....</b>	<b>137</b>
<b>4.2.1 – Correspondência às expectativas e ao parto humanizado.....</b>	<b>137</b>
<b>4.2.2 – Como transcorreu o parto?.....</b>	<b>140</b>
<b>4.2.3 – O mais positivo.....</b>	<b>148</b>
<b>4.2.4 – O mais negativo.....</b>	<b>149</b>
<b>4.2.5 – A participação das/os profissionais e acompanhantes.....</b>	<b>150</b>
<b>4.2.6 – O pós-parto.....</b>	<b>155</b>
<b>5 – Entre responsabilidades pessoais e condições institucionais: a humanização do parto para profissionais nos contextos privado e público.....</b>	<b>161</b>
<b>5.1 – A escolha da profissão e o trabalho na instituição.....</b>	<b>163</b>
<b>5.2 – A Humanização do Parto.....</b>	<b>171</b>
<b>5.3 – As mulheres e o Parto Humanizado.....</b>	<b>178</b>
<b>Observações Conclusivas ...</b>	<b>183</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>189</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>199</b>

## Introdução

“O sociólogo pode ajudá-las nesse trabalho, à maneira de um parteiro, sob a condição de possuir um conhecimento aprofundado das condições de existência de que são o produto e dos efeitos sociais que a relação de pesquisa e, através desta, suas posições e suas disposições primárias podem exercer. Mas o desejo de descobrir a verdade, que é constitutivo da intenção científica, fica totalmente desprovido de eficácia prática se ele não é atualizado sob a forma de uma “profissão” [métier], produto incorporado de todas as pesquisas anteriores que não tem nada de um saber abstrato e puramente intelectual: essa profissão é uma verdadeira “disposição a perseguir a verdade” (*hexis tou alêtheuein*, como diz Aristóteles na *Metafísica*) que leva a improvisar na hora, na urgência da situação de entrevista, as estratégias de apresentação de si e as respostas adaptadas, as provações e as perguntas oportunas, etc., de maneira a ajudar o pesquisado a dar a sua verdade ou, melhor, a se livrar da sua verdade.”

Pierre Bourdieu

Este trabalho objetiva compreender a inserção do fenômeno da humanização do parto nos contextos público e privado da assistência obstétrica, a partir de pesquisa realizada do Distrito Federal – DF entre os anos de 2006 e meados de 2007 tendo como *locus* empírico duas instituições: um hospital privado localizado no Plano Piloto e uma Casa de Parto em São Sebastião. Para a realização da análise comparativa foram pesquisadas mulheres gestantes participantes de atividade voltadas para a humanização do parto e profissionais em cada um das instituições escolhidas para compor o estudo, por meio de entrevistas em profundidade, sendo também realizada observação nos cursos e/ou palestras oferecidas pelo hospital e a Casa de Parto.

A problemática desta dissertação vem, há cerca de quatro anos, amadurecendo, pois se trata da continuidade de um projeto iniciado ainda na graduação. No percurso até aqui, o tratamento da temática em outros campos, o trânsito no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher – NEPEM/UnB, e conseqüentes incursões teóricas e empíricas contribuíram para a mudança de foco do trabalho.

Inicialmente, o mesmo estava orientado para um estudo comparativo entre dois modelos de assistência obstétrica distintos, um hegemônico (medicalizado) e outro humanizado (anti-medicalização), opostamente situados em relação à perspectiva da medicalização da sociedade



moderna e das relações entre gestantes ou parturientes e agentes de saúde. Foi nessa perspectiva que a monografia de graduação "Medicina e Medicalização: dois modelos de atendimento ao parto - o modelo medicalizado e o modelo anti-medicalização." foi constituída.

Entretanto, essa orientação acabava por cristalizar uma realidade que não é, ao menos ainda, empiricamente verificada: a da existência de um modelo de assistência obstétrica humanizada, situada fora do fenômeno da medicalização.

Em trabalho de conclusão da especialização em saúde pública, foram aprofundados os conhecimentos na temática da humanização do parto realizando um estudo exploratório com mulheres que haviam feito, durante a gravidez, alguma atividade voltada para a humanização do parto no contexto privado da assistência obstétrica, tais como cursos para gestantes em hospitais, cursos de preparação para o parto com especialistas e grupos de mulheres com orientação psicológica. Por meio dessa pesquisa, procurou-se atingir uma ampla gama de aspectos relacionados à gravidez, parto e pós-parto: paridade, cuidados especiais na gravidez visando uma condição de saúde ou a preparação para o parto, tipo de parto, intervenções médicas realizadas no parto, aspectos do pós-parto, amamentação e satisfação pessoal, participação de profissionais e do companheiro em todo processo, envolvimento e opinião acerca da questão da humanização do parto, além de informações básicas para compor o perfil sócio-econômico das mulheres.

Primeiro, quanto ao universo pesquisado, chegou-se a conclusão de que era extremamente díspar e entrecortado de questões complexas que beiravam o impedimento de uma homogeneização. Assim, esse projeto, foi situado no interior da própria questão da humanização da assistência, ainda pouco investigada no Distrito Federal, do ponto de vista sociológico.

O fenômeno da humanização do parto pode ser afirmado, resumidamente, como a configuração de uma proposta de assistência obstétrica que busca contemplar, principalmente, a qualidade da assistência (relacionada à Medicina Baseada em Evidências) e os direitos das usuárias dos serviços obstétricos (relacionados à chamada “escolha informada”)<sup>1</sup>. Essa proposta encontra-se na pauta de diversas instâncias sociais, tais como no âmbito das políticas públicas, da mídia e do mercado de serviços.

Assim, a análise da humanização do parto como indagação sociológica, levou à questão específica que esta pesquisa desenvolveu:

Que mudanças nas relações entre usuárias (gestantes e parturientes) e agentes de saúde (médicos(as), enfermeiras obstétricas, psicólogas (os), e outra(o)s) são promovidas a partir da proposta de humanização do parto nos contextos público e privado da assistência obstétrica no Distrito Federal?

---

<sup>1</sup> A proposta humanização do parto é explicada detalhadamente no segundo capítulo do trabalho.

Inicialmente, é importante frisar, que tais mudanças aconteceriam no sentido contrário à centralidade da figura do(a) obstetra e de outros agentes de saúde no momento do parto, para a promoção das mulheres enquanto sujeitos de seu próprio processo de gestar e parir. Entretanto, justamente em relação a esse ponto é interessante a realização de uma análise comparativa, levando-se em consideração que a condição diferencial das mulheres para com os contextos da assistência obstétrica é de importância para as dinâmicas específicas de cada um desses contextos.

É possível explicitar outras perguntas derivadas do problema geral da pesquisa, colocado acima, conformando uma proposta de observação empírica:

- 1) Os(as) agentes de saúde reconhecem a especificidade das reações corporais das mulheres, permitindo suas manifestações espontâneas? Ou, ao contrário, homogeneizam um comportamento feminino esperado?
- 2) Que tipo de moralidade pode ser associado ao ato de parir tanto pelas mulheres, quanto pelos(as) agentes de saúde envolvidos(as) com a proposta de humanização do parto, nos contextos público e privado da assistência? Dito de outra maneira, como as posições morais dos(as) agentes de saúde envolvidos associam procedimentos técnicos com a condição da parturiente (se é casada ou se é mãe solteira, se passa pela questão racial, geracional, regional, etc., entre outras)?
- 3) Como as questões do sofrimento e da dor, potencialmente presentes no momento do parto, são tratadas e vivenciadas pelas grávidas e parturientes em seu corpo e em suas emoções?
- 4) Que espaços de escolhas e de autonomia são possibilitados às mulheres parturientes em relação aos procedimentos e as rotinas médicas propostas?

Para esclarecer “(...) o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”,<sup>2</sup> (Minayo, 1996:16) no desenvolvimento desta pesquisa e dissertação, cabem algumas considerações sobre os percursos metodológicos adotados, especialmente sobre as/os atores pesquisados e os procedimentos de coleta e análise de informações.

Para contemplar os diferentes contextos da assistência obstétrica, as/os atores pesquisadas/os foram selecionadas/os em duas instituições distintas: uma casa de parto pública, a única do Distrito Federal, a Casa de Parto de São Sebastião – CPSS, cujo nome oficial é Unidade Mista de Saúde de São Sebastião – UMSSS, e um hospital privado instalado no Plano Piloto<sup>3</sup> – HP. Essas duas

---

<sup>2</sup> Tal citação sintetiza a definição de Maria Cecília de S. Minayo para o conceito de metodologia.

<sup>3</sup> A identidade do hospital privado será preservada por razões éticas e para evitar quaisquer tipos de danos ou sanções às/aos participantes da pesquisa ligados a essa instituição. Quanto à identidade da Casa de Parto entende-se que a omissão do nome das/os participantes é suficiente para sua proteção pelo fato dos mesmos possuírem garantias trabalhistas (servidores concursados), no caso dos profissionais. Além do mais, o CEP responsável pela aprovação desta

instituições formaram o *locus* da pesquisa, bem como o eixo básico comparativo dos resultados, dividindo as(os) participantes entre os contextos da assistência obstétrica.

Observando a definição inicial para humanização do parto, percebe-se a importância de compreender a questão a partir de dois grupos de pessoas envolvidas: as mulheres, em sua condição de gestantes ou paridas, usuárias de um sistema de saúde público ou privado, que realizam uma preparação para o parto (seja por meio do pré-natal, seja por meio de demais atividades) relacionada com a questão da humanização, e as/os profissionais envolvidas/os com essa preparação e assistência ao parto humanizado, em suas instituições específicas. Portanto, as(os) participantes dessa pesquisa dividem-se entre gestantes e profissionais, cujo *locus* de ação contemplava duas instituições.

Foram entrevistadas quinze mulheres no período pré-parto, sendo sete mulheres na instituição privada e oito na pública. No pós-parto, foram entrevistadas treze mulheres<sup>4</sup>, totalizando vinte e oito entrevistas com mulheres. Estas foram contatadas durante a realização das observações realizadas nos cursos para gestantes das instituições. Em cada instituição, utilizou-se um formulário adequado para coletar as informações necessárias, que atendiam à especificidades do contexto, para selecionar as mulheres que seriam abordadas para participar da pesquisa, de acordo com os critérios: multiparidade, tipo de parto esperado e idade.

Importante justificar a diferenciação destes formulários: o direcionado às mulheres da CPSS (Anexo I) é bem mais simples, contando com poucas informações em relação ao formulário direcionado às mulheres do HP (Anexo II). A razão dessa diferenciação é a realidade estatisticamente demonstrada e embasada na literatura dos tipos de parto nos diferentes contextos da assistência: a probabilidade de uma mulher ter parto vaginal é maior se ela se encontrar na assistência pública, do que na privada. Por isso, fez-se necessário descobrir entre as mulheres do HP, quais seriam aquelas que intencionavam (“esperar” foi o verbo utilizado) ter um parto vaginal e efetuavam algum tipo de preparação com vistas ao parto vaginal, principalmente aquelas voltadas ao dito “parto humanizado” ou “parto natural”.

As/os agentes de saúde entrevistadas/os na pesquisa foram aquelas/es que participavam dos cursos ou palestras para gestantes. A minoria que não participava dos cursos para gestantes, exercia alguma função importante na instituição, relacionada à questão da humanização do parto. Procurou-se dividir o grupo igualmente em relação à profissão de cada agente de saúde, embora se tenha encontrado especificidades em cada contexto da assistência. Assim, foram entrevistadas/os um total

---

pesquisa não se pronunciou a respeito, tampouco a própria instituição, que ainda conta com o fato de ser única no DF, com relação ao tipo de estabelecimento e de serviços prestados.

<sup>4</sup>Duas mulheres do contexto público não foram entrevistadas no pós-parto por motivos particulares. A primeira, ao ser entrevistada no pré-parto, não deixou informações para um contato posterior (pois não tinha telefone) e não retornou o contato com a pesquisadora, que forneceu telefones e e-mail, para a realização da segunda entrevista. A segunda mudou-se após o nascimento do bebê, indo morar em cidade do entorno do DF.

de quatorze agentes de saúde, divididas/os entre as categorias de psicologia, medicina/especialidade ginecologia e obstetrícia, medicina/especialidade pediatria, medicina/especialidade anestesiologia, enfermagem e assistência social.

Os procedimentos de coleta de informações utilizados neste estudo foram a observação e entrevistas semi-estruturadas. As técnicas foram escolhidas de acordo com o caráter qualitativo anteriormente definido como adequado ao problema estudado.

A observação foi realizada nos cursos/palestras das instituições participantes da pesquisa, UMSSS<sup>5</sup> e HP, e nas demais atividades oferecidas às gestantes e voltadas para a humanização do parto. No HP estas se configuravam como um “Curso para Gestantes”, gratuito e de frequência mensal, acontecendo no período de três manhãs consecutivas. Em cada uma dessas manhãs, diferentes profissionais eram as/os responsáveis por palestras temáticas<sup>6</sup>.

Já na UMSSS, não se pode identificar as atividades voltadas para humanização do parto com um curso, pois ocorrem de maneira diferente. A cada trimestre da gestação, as gestantes participavam de uma palestra, em uma manhã ou tarde, com temática específica e ministrada por diferentes profissionais. As gestantes adolescentes não entravam nessa esquematização de uma palestra para cada trimestre, essas contavam com uma palestra quinzenal, até o fim da gestação, obedecendo a um ordenamento temático e revezamento de profissionais. Além disso, a UMSSS, também oferece outros serviços às gestantes, como a *yoga* e a fisioterapia para gestantes.

Sobre o tipo de observação realizada nesta pesquisa, é importante colocar que em ambas as instituições, tanto na UMSSS, quanto no HP, a pesquisadora foi apresentada aos grupos e tinha um papel definido e conhecido por todas e todos participantes do curso ou série de palestras. Antes ou durante a realização desses, a/o profissional responsável por conduzir a atividade educativa apresentava a pesquisadora, comentando sobre a finalidade de ela estar presente. Algumas vezes, inclusive, foi alvo de alguma atenção, em virtude de estar grávida ou, posteriormente, acompanhada de sua filha, com apenas alguns meses de idade. Entretanto, no acompanhamento das atividades educativas da UMSSS, a pesquisadora teve um papel bem mais ativo em virtude de serem grupos menores, comparados aos grupos do HP, o que suscitava uma interação direta, uma vez que geralmente era convidada a dar o depoimento de mãe experiente<sup>7</sup>.

Todo o conteúdo observado e considerado relevante para registro foi devidamente anotado em cadernos de campo. Esse material inclui: a descrição detalhada o quanto possível e necessária, das atividades educativas observadas, falas de gestantes, seus companheiros e profissionais,

---

<sup>5</sup> Embora CPSS e UMSSS sejam a mesma coisa, a referência adotada será a de UMSSS, pois é o nome da instituição utilizado pela(o)s participantes da pesquisa.

<sup>6</sup> Esse curso possui ampla publicização, visto que de tempos em tempos é anunciado em mídia impressa (Correio Braziliense, jornal de circulação interna do hospital e folder de divulgação dos serviços materno-infantis do hospital) e é mantido na página da Internet do HP.

<sup>7</sup> Maiores detalhes serão encontrados no capítulo 3 no qual apresento os resultados da observação participante.

consideradas significativas, impressões sobre a recepção por parte das mulheres e seus companheiros dos conteúdos de abordagem dos profissionais, impressões ou inscrições retiradas do ambiente (cartazes, informativos colocados nas paredes, o ambiente das salas, corredores, etc.) e impressões pessoais.

A realização de entrevistas semi-estruturadas foi aplicada às gestantes e aos profissionais de ambas as instituições pesquisadas. O roteiro padronizado foi o mesmo para os dois grupos de gestantes, da UMSSS e do HP. Um foi elaborado para o pré-parto e outro para o pós-parto. Ambos encontram-se em anexo (Anexo III e IV, respectivamente). Entretanto, ao longo da realização das entrevistas, houve necessidades de adaptações de vocabulário, em virtude da vivência diferenciada das mulheres do contexto público da assistência em respeito à questão da humanização do parto. Assim, quando perguntadas sobre o que tinham ouvido sobre humanização do parto, nas palestras que freqüentaram na UMSSS, se respondessem negativamente, indicando que não ouviram nada sobre o assunto ou que nunca tinham ouvido sobre o tema, na questão seguinte do roteiro, sobre a qual deveriam responder o que seria para elas um parto humanizado, esse conceito era substituído por aproximações como “um bom parto”, “um parto legal”, “um parto em que você se sinta respeitada”.

O roteiro utilizado para entrevistar as/os profissionais também foi o mesmo em ambas as instituições. Apenas constavam pequenas adaptações na linguagem dos comentários introdutórios dos blocos de questões, o que pode ser verificado em anexo (Anexo V).

As entrevistas com as gestantes, posteriormente, “paridas”, foram realizadas em sua maioria em suas próprias residências, poucas ocorreram em outro ambiente, como no espaço de trabalho ou no ambiente hospitalar/clínico. Embora essa condição (realização da entrevista fora do ambiente doméstico) gerasse dificuldades posteriores (de transcrição ou análise do material), observou-se que não houve constrangimentos e embaraços.

As entrevistas com as/os profissionais aconteceram no ambiente de trabalho, isto é, no HP ou CPSS. Em apenas um caso, foi realizada fora da instituição pesquisada, mas, ainda assim, em ambiente de trabalho. Houveram dificuldades como: o pouco tempo disponível das/os profissionais e a falta de proximidade entre pesquisadora e pesquisados/as que possibilitasse o convite da realização da entrevista em outro lugar. Considerando isso, buscou-se uma minimização da potencial influência do ambiente de trabalho nas falas das/os pesquisadas/os a partir, por exemplo, da solicitação de um ambiente mais privado, até mesmo em virtude da diminuição de ruídos. Com isso, muitas delas ocorreram em salas particulares, geralmente para aquelas/es que possuíam cargo administrativo, e salas de repouso, comuns no ambiente hospitalar.

Em todas as entrevistas, procurou-se seguir preceitos como os adotados por Bourdieu (citados no capítulo *Comprende*, da obra *La Misère du Monde*) e compilados por Boni e Quaresma

(2005), tais como: falar a mesma língua da/o pesquisada/o, evitando a violência simbólica, não intervir negativamente durante a entrevista, mas enviar constantes sinais de entendimento e estímulo e demonstrar atenção para com a auto-análise provocada pela entrevista (às vezes acarretando na oportunidade da/o entrevistada/o suprir carências emocionais), considerando-a uma dimensão singular da vida emocional de cada participante da pesquisa.

Os depoimentos de mulheres e agentes de saúde obtidos nessa pesquisa foram transcritos literalmente<sup>8</sup> e analisados a partir de categorias temáticas significativas para cada questão do roteiro de entrevistas, sendo selecionados trechos de maior importância para serem citados. As entrevistas do pré-parto foram também analisadas a partir de uma categorização mais minuciosa, baseada em cada unidade de registro encontrada, sendo observada sua frequência absoluta, em virtude de serem consideradas importantes para a condução da leitura das entrevistas posteriores, do pós-parto.

Em virtude da utilização, nesta pesquisa, de questionários semi-estruturados, os resultados apresentados não possuem completa homogeneidade, sendo que os tópicos selecionados nas entrevistas foram obtidos obedecendo à importância dada a eles pelos próprios informantes da pesquisa. Assim, por exemplo, na pergunta do questionário de pré-parto cujo tema foi o pré-natal, foram dadas respostas relativas às diferentes subtemáticas. A referência temporal do início do pré-natal, no caso das gestantes do contexto privado, aparece nas respostas da maioria, porém a indicação do mês de início aparece em apenas duas dessas entrevistas.

A descrição dos resultados da pesquisa, conteúdo analisado em três capítulos, busca uma apresentação de forma comparativa, segundo o contexto da assistência obstétrica, isto é, se público ou privado. Realizou-se uma análise destacando-se as falas representativas e especificando resultados característicos de subgrupos, indicados quando necessário. Este trabalho foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – CEP/SES/DF. Todo o trâmite nesse CEP é comentado no Anexo VI.

Abordar a humanização do parto como uma questão sociológica somente pode ocorrer, basicamente, a partir de sua visualização como um fenômeno inserido duplamente na realidade, na encruzilhada do social e cultural e do natural e fisiológico, discussão aprofundada no primeiro capítulo desta dissertação. O parto, então, deve ser compreendido como fenômeno inserido na sociedade e cultura e que, por isso, assumiu historicamente - e ainda hoje - imensa variabilidade. Compreendê-lo em sua história é uma questão fundamental para identificar os acontecimentos e condições que permitem na atualidade a existência de representações sociais sobre o parto. A assistência ao parto implica na atualidade em diferentes proposições políticas que permitem

---

<sup>8</sup> Cerca de 80% das 42 entrevistas realizadas (que variaram entre 20 minutos a uma hora de gravação) foram transcritas pela pesquisadora responsável. As demais (9 entrevistas) foram transcritas por profissionais de nível superior, sendo posteriormente conferidas e corrigidas pela pesquisadora.

identificá-la como, de um lado, parte de um discurso sobre a cidadania das mulheres e, de outro, parte do consumo, como fenômeno mais amplo relacionado à sociedade moderna.

Três capítulos sistematizam e analisam os dados coletados na pesquisa. O capítulo três apresenta a discussão realizada a partir das observações nos cursos e palestras para gestantes das duas instituições pesquisadas. O seguinte contém a análise das entrevistas em profundidade realizada com mulheres, antes e depois do parto e o capítulo cinco trata dos resultados das entrevistas com agentes de saúde, de formações variadas, que compuseram a amostra do estudo.

A humanização do parto é focalizada no capítulo dois, sendo discutidas as questões conceituais e históricas, do mais amplo para o mais específico, no contexto brasileiro. A polissemia do termo humanização conduz a situações de ambigüidades que também implicam em diferentes leituras desse fenômeno: de um lado um movimento social que promoveu um encontro entre o feminismo e a reforma sanitária brasileira e, de outro, um discurso imbricado em novas práticas da governamentalidade no contexto público e novos estilos de vida no privado, configurando contradições que são trabalhadas a partir de trechos de depoimentos de mulheres, da bibliografia específica e de documentos oficiais. Ainda neste capítulo, é descrito o caso do Distrito Federal em relação aos serviços obstétricos tidos como humanizados, a partir de dados e pesquisas já realizadas.

Por último, nos apontamentos conclusivos, são apontados aspectos que surgiram nas narrativas de mulheres, antes e depois do parto, e de agentes de saúde em relação ao conteúdo teórico descrito anteriormente e as possibilidades de pesquisas futuras. Nos Anexos é encontrado material complementar à leitura dos capítulos iniciais e documentos relativos à metodologia e ao trâmite ético da pesquisa.

## **1 – Parto e Sociedade.**

### **1.1 – O Parto: entre Natureza e Sociedade.**

Antes de pensar sobre a relação entre o fenômeno do parto e a sociedade, é importante enfatizar seu duplo caráter: trata-se de um fenômeno inscrito em duas realidades, o natural ou fisiológico, e o sócio-cultural.

Fenômenos como o “parto” ou o “nascimento” possuem uma característica fundamental, a partir da qual devem ser pensados enquanto objetos de uma perspectiva sociológica. Ao lado de outros fenômenos, tais como a morte e a alimentação, figuram como problemas de pesquisa de profunda imbricação com processos fisiológicos. Para o senso comum, a identificação plena desses fatos com a natureza ou o natural é uma assertiva incontestável. Não somente para o senso comum, mas também para pesquisadores, como é para a medicina em sua especialidade da ginecologia. Como aponta Rohden (2001: 31), ao comentar a partir de um marco histórico-antropológico a formação dessa especialidade:

O mais interessante é que os conceitos de natureza e de sociedade aparecem confundidos quando apresentados alternadamente por alguns médicos como uma única instância transcendente e determinante. É como se fosse permanentemente lançada uma ponte entre o mundo natural e o mundo social, entre os corpos e os comportamentos, os sentimentos e os tipos de racionalidade que lhes seriam inerentes.

Entretanto, a busca das ciências sociais, desde sua fundação, tem sido em grande parte pelo vislumbre de uma relação dualmente determinada entre a realidade da natureza e a realidade social. Utilizando a metáfora colocada por Rohden (2001), a tarefa das ciências sociais seria, em parte, demonstrar a existência de uma pista de mão dupla na ponte entre o natural e o sócio-cultural.

O caráter sócio-cultural de fenômenos como os citados anteriormente, necessita ser sempre enfatizado. Pode-se afirmar que, por mais que esses fenômenos se manifestem por meio de aspectos fisiológicos, sendo parte de uma realidade objetivável, os significados simbólicos que carregam e produzem efeitos nas relações sociais, determinando condições existenciais para os indivíduos, serão sempre construídos socialmente e “carregados” culturalmente. Portanto, tal como outros fenômenos sociais, deverão ser localizados no tempo, isto é, historicamente, e no espaço social, o que quer dizer, no espaço no qual todos objetos e fenômenos que compõem a realidade ganham sentido relacionalmente, sejam indivíduos, grupos, instituições ou campos (Bourdieu, 1996; 2000). Desta forma, poderão ser melhor compreendidos e interpretados.



Quando se pensa de um ponto de vista estritamente fisiológico, o fenômeno do parto, tido como a expulsão de um concepto do útero de sua genitora, é o mesmo para todos os seres humanos. Não só para todos os seres humanos, mas também para todos os animais mamíferos<sup>9</sup>. Assim, os seres humanos não se diferenciariam com relação à forma de nascer de boa parte dos animais. Entretanto, partindo do ponto de vista cultural, as diferentes formas de parir crescem espantosamente ao longo do tempo, através da história. A própria atribuição da passagem do concepto pela vagina da genitora como característica do conceito de parto não é atualmente correta. Desde o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas e anestésicas, nos idos do séc. XIX (Rezende, 1941; Carranza, 1994), é possível nascer de outra forma, através da cirurgia cesariana, sem que isso esteja condicionado à morte da genitora<sup>10</sup>. Como afirma Carranza (op.cit.), mesmo as culturas que admitem um caráter médico para o parto e têm acesso aos mesmos recursos tecnológicos, o percebem de diferentes maneiras, e as taxas diferenciais de cesarianas pelo mundo são um retrato disso, bem como as taxas de partos hospitalares e domiciliares.

Existe uma grande amostragem histórica da diversidade das formas de parir por meio de variados artefatos culturais de povos da antiguidade, tais como: gravuras, esculturas, pinturas e objetos. Esses trazem a representação de mulheres parindo em posições diferenciadas, a maior parte em posições verticalizadas (em pé, de cócoras, de quatro, semi-sentada, por exemplo), parindo com a participação de diferentes pessoas (na maioria dos casos, mulheres, mas dentre essas, mulheres em diferentes posições familiares e sociais e ainda homens em diferentes funções), em locais diversos e com o auxílio de diferentes utensílios. Alguns registros históricos como os citados podem ser vistos no Anexo VII.

Dentre as diferentes posições de parir cabe destaque as posições verticalizadas. O registro histórico da posição de litotomia (posição deitada) se dá apenas a partir da assistência médica ao nascimento, no século XVII. Segundo refere Santos (2003) os parteiros<sup>11</sup> Guillemeau (Londres, 1612) e Mauriceau (Paris, 1668) teriam sugerido tal posição, para que pudessem ter um campo de visão e ação privilegiadas no momento da assistência ao parto e esta foi transformada na posição “ginecológica”. No Brasil, particularmente, existe a conhecida representação do parto de cócoras, supostamente característica das indígenas brasileiras. É freqüente a menção do senso comum a um modo de parir padrão atribuído às indígenas brasileiras: de cócoras, na beira do rio, sozinhas e em

---

<sup>9</sup> Com raras exceções.

<sup>10</sup> Conforme pode ser visto em Rezende (1941) e Carranza (1994) é no século XIX que a maior parte das técnicas cirúrgicas e dos procedimentos anestésicos são experimentados, porém a realização de cesarianas ainda incide em alta mortalidade materna. É apenas no século XX que a cesariana vai se tornando paulatinamente um procedimento mais seguro.

<sup>11</sup> Alguns dos primeiros homens que assistiram mulheres nos partos eram denominados parteiros, ou ainda, barbeiros-cirurgiões ou cirurgiões-barbeiros, uma vez que a exigência da formação médica na assistência à mulher dava seus primeiros passos, aproximadamente, no século XVI. Optou-se por manter a denominação de parteiros para caracterizar a atuação de Mauriceau e Guillemeau, da forma como é colocada por Santos (2003).

silêncio (ao que se atribui uma condição indolor). Mesmo que tal modo possa ser verificado empiricamente (Paciornik, 1979); é importante ressaltar a impossibilidade de considerá-lo representativo para as mulheres indígenas brasileiras como um todo, tampouco estabelecer parâmetros de comparação exógenos, atribuindo, por exemplo, o silêncio à ausência de dor (um padrão cultural dominante no Ocidente).

É consenso que antes da conformação da obstetrícia enquanto ramo da medicina os partos eram assistidas quase que exclusivamente por mulheres experimentadas, como as chamadas popularmente “parteiras” no Brasil (Rohden, 2001; Vieira, 1999; Santos, 2003; Griboski, 2004). Os homens foram adentrando esse domínio através do desenvolvimento da obstetrícia, enquanto autoridades médicas. Mesmo assim, não se pode excluir a possibilidade de que em algum momento histórico ou localidade específica homens participassem do parto, seja na condição de companheiros, seja na condição de atendentes especializados ou figuras de autoridade na sociedade em questão, como no caso que é relatado por Levi-Strauss (1975), no qual o xamã da tribo Cuna, no Panamá, é chamado a resolver um parto difícil.

O local do parto também possui registro de variabilidade. É conhecido que antes da difusão da obstetrícia, e da conformação do parto hospitalar, por consequência, ou mesmo atualmente, em regiões onde não há uma rede de assistência hospitalar, o parto ocorre na residência, no local de domicílio familiar. Também, pode-se dizer que faz parte de um dado imaginário brasileiro, mas que se presume como embasado em fatos, os relatos de índias parindo na beira de rios, como apontado acima.

Os utensílios relacionados à assistência ao parto podem incluir uma enorme gama de particularidades: cordas que poderiam ser penduradas em árvores nas quais as mulheres se agarravam durante o trabalho de parto<sup>12</sup>, cadeiras ou bancos de parir, almofadas, panos que podem ser utilizados em auxílio à realização de alguns movimentos, como o “rebolo” mexicano, utensílios para massagens e aplicação de unguentos, etc<sup>13</sup>. Talvez um dos utensílios mais lembrados em relação ao parto, mais diretamente relacionado ao recém-nascido, seja a tesoura para corte do cordão umbilical, sempre presente em narrativas literárias<sup>14</sup>, por exemplo.

Todos esses exemplos são suficientes para demonstrar a variabilidade histórica e geográfica das formas de parir. Por isso, se pode afirmar o parto como, não somente um fenômeno da

---

<sup>12</sup> A corda é também na atualidade utilizada, como em algumas maternidades alemãs.

<sup>13</sup> Muitos desses utensílios citados, como o “rebolo”, a corda e bancos de parir são atualmente “revitalizados”, o que quer dizer, divulgados e promovidos, por pessoas e instituições ligadas à propostas de humanização do parto ou de promoção do parto “natural”.

<sup>14</sup> Lembro-me aqui da personagem Ana Terra, uma das principais figuras femininas da saga relatada em *O Tempo e o Vento*, de Érico Veríssimo. A tesoura que acompanha a assistência aos partos é um dos principais elementos que a personagem carrega como herança de sua mãe, após sua morte. É um elemento que marca seu destino, uma vez que, após a morte trágica da mãe, identifica-se como a parteira das mulheres da família e, posteriormente, do povoado, como se a tesoura marcasse uma identidade da qual não poderia fugir.

fisiologia humana, mas, fundamentalmente como um fenômeno das culturas humanas. É, portanto, um fenômeno totalmente influenciado pelos significados culturais, uma vez que está inscrita em cada realidade de modo especial. É nesse sentido que afirma Carranza (1994: 5)

Não se conhece nenhuma sociedade onde a prática obstétrica não esteja mediada por concepções sobre o corpo, a saúde, a vida humana e a feminilidade, entre outros. Na medida em que todo tipo de parto encontra-se intimamente influenciado pela cultura em que ocorre, torna-se evidente a inexistência de uma forma de parto natural. Entretanto, poder-se-ia falar em formas mais fisiológicas do que outras para trazer um bebê ao mundo.

Entende-se que a cultura é parte da natureza humana, ou mais, foi o elemento responsável pelo surgimento do humano<sup>15</sup> (Geertz, 1989) Assim como outros processos fisiológicos, o parto é também modificado em sua fisiologia de acordo com as dinâmicas da cultura. O parto acontecerá de uma forma específica de acordo com toda a cultura subjetivada em sua agente principal, a mulher parturiente, bem com aquela coletiva ou social, determinante de todo processo de assistência, ou antes, das “maneiras de lidar” com o parto por parte de outras pessoas envolvidas nesse processo. Como afirma Jordan (apud Tornquist, 2004) o parto pode até mesmo ser considerado um fenômeno universal, mas sua enorme variabilidade empírica é um fato indiscutível que o coloca numa situação paradoxal.

O parto, como fenômeno fisiológico e sócio-cultural, pode ser comparado aos processos de desenvolvimento pelos quais passam, na infância, todos os seres humanos, no sentido da dupla ancoragem que implicam. Berger e Berger (2002: 170) afirmam que a experiência da criança “relativa aos outros indivíduos constitui o ponto crucial de *toda* experiência.”. Os autores se referem ao fato de que os “padrões” da experiência pelos quais as crianças e seres humanos passam são criados pelos “outros”, isto é, pelos outros pertencentes ao social. É a partir de tais “padrões”, que são aprendidos na convivência, “que o organismo consegue estabelecer relações estáveis com o mundo exterior – e não apenas com o mundo social, mas também com o da ambiência física” (ibidem).

Na discussão acerca da inserção do fenômeno do parto entre o natural e o social, também é importante considerar que a eventualidade do parto, ou do nascimento, implica na realização de um rito de passagem, dimensão já apontada por alguns autores<sup>16</sup>. Como afirma Tubert (1996: 17), em

---

<sup>15</sup> Nas palavras de Geertz: “(...) a cultura, em vez de ser acrescentada, por assim dizer, a um animal acabado ou virtualmente acabado, foi um ingrediente, e um ingrediente essencial, na produção desse mesmo animal” (1989: 34) e, ainda, “A cultura, a totalidade acumulada de tais padrões (padrões culturais, definidos como “sistemas organizados de símbolos significantes”, *comentário meu*), não é apenas um ornamento da existência humana, mas uma condição essencial para ela – a principal base de sua especificidade” (1989: 33).

<sup>16</sup> Poderia ser destacada, nesse sentido, a contribuição da antropóloga Robbie Davis-Floyd, que, em palestra realizada em Brasília, em junho de 2002 (“Parto: entre ritos, cultura e ciência. Perspectivas e reflexões sobre o atendimento

contribuição especificamente voltada para a compreensão das novas tecnologias reprodutivas:

É verdade que o nascimento constitui, antes de mais nada, uma passagem natural experimentada pelo corpo do recém-nascido – realidade anatômica do nascimento – ; não obstante, todas as culturas têm seus ritos de passagem, que representam um novo nascimento de caráter simbólico que duplica a realidade da chegada ao mundo: ao reconhecer a criança e introduzi-la numa família e numa genealogia, faz-se com que ela ingresse na humanidade. Assim, dado que o ser humano só o é se inserido numa cultura, seu nascimento não se limita a ser só um momento biológico: ele exige uma inscrição simbólica.

O parto, portanto, envolve a dimensão fisiológica do humano materializada no corpo. Um corpo totalmente imerso na vida social, constituído dos significados simbólicos da existência, estabelecidos por culturas centradas em tempos e espaços específicos. Os significados atribuídos ao corpo e suas manifestações são tão profundos que, como afirma Le Breton (1995: 64): “Se o homem não existe senão através das formas corporais que o colocaram no mundo, toda modificação de sua forma engaja uma outra definição de sua humanidade”<sup>17</sup>. Igualmente, podemos afirmar que engajam outras definições de sociedade, de processos sociais e instituições sociais. Assim, a relação inversa também é possível: novas definições de sociedade, de processos e instituições sociais estão engajadas em modificações das formas ou práticas corporais.

Uma noção importante para a compreensão social do corpo e de fenômenos relacionados a processos fisiológicos, é noção maussiana de técnica corporal. Esta se resume nas: “(...) maneiras como os homens, sociedade por sociedade e de maneira tradicional, sabem servir-se de seus corpos”.(Mauss, 1974: 211). Uma série de fenômenos são classificados e citados pelo autor como característicos das “técnicas corporais”: das posturas de atividade (andar, nadar, agachar, dançar) e repouso (dormir, sentar-se), aos cuidados corporais e às posições sexuais. Seria mesmo indefinível a quantidade de técnicas corporais humanas. Entretanto, Mauss propõe uma classificação provisória sendo de fundamental importância o seu primeiro tópico: “Técnicas do nascimento e da obstetrícia”.

A curta referência feita às “maneiras de parir” é fundamental para o reconhecimento sociológico do parto como fenômeno sócio-cultural, e, ainda, em sua dimensão histórica e geograficamente determinada:

As formas da obstetrícia são muito variáveis. Buda nasceu estando sua mãe, Mãya, agarrada, reta, a um ramo de árvore. Ela deu à luz em pé. Boa parte das mulheres da Índia ainda dão à luz desse modo. Coisas que acreditamos normais, isto é, o parto na posição deitada sobre as costas, não são mais

---

obstétrico”, realizada no Hospital Santa Lúcia), salientou aspectos ritualísticos do parto como por exemplo a mudança de vestimenta, a raspagem dos pêlos pubianos, a própria episiotomia, como aspectos importantes da inscrição da mulher no ambiente hospitalar e, posteriormente, no status de mãe. Outras autoras que citam o parto como rito ou ritual de passagem são Carmem Susana Tornquist (2004), também antropóloga, e Mariza Monticelli (1997), enfermeira.

<sup>17</sup> Em referência à discussão em torno do significado do humano ocasionada pela introdução de novas tecnologias que modificam essencialmente partes do corpo ou seu funcionamento orgânico.

normais do que as demais; por exemplo, as posições de quatro. Há técnicas de parto tanto para a mãe, como para seus auxiliares; para a retirada da criança, ligadura e secção do cordão; para os cuidados com a mãe e com a criança. Temos aí várias questões bastante consideráveis. E aqui estão outras: a escolha da criança, a exposição dos defeituosos, a morte dos gêmeos são momentos decisivos na história de uma raça. Na história antiga, bem como em outras civilizações, o reconhecimento da criança é um acontecimento capital (Mauss, 1974: 223).

Esse importante trecho de Mauss representa um marco para os estudos envolvendo o parto e os cuidados com recém-nascidos<sup>18</sup> (a chamada puericultura, conceito surgido no fim do século XIX<sup>19</sup>, tornando-se paulatinamente referência médica, pedagógica e mercadológica), sendo uma das poucas passagens, se não a única<sup>20</sup>, sobre o assunto entre clássicos da literatura em ciências sociais.

A dicotomia fundamental, no entanto, à qual o conceito de técnicas corporais alude e que é objeto primeiro no reconhecimento do parto, neste trabalho, traduz-se na díade fisiológico/sociológico e é ponto de discussão essencial na obra de muitos clássicos da filosofia e das ciências sociais<sup>21</sup>. Podendo ser formulada ainda em outros matizes (natureza/sociedade, natureza/cultura, corpo/sociedade, por exemplo). Com relação a tal discussão, é importante como coloca Bourdieu et al (1999:30) buscar romper com uma filosofia essencialista que pretende “definir a verdade de um fenômeno cultural independentemente do sistema das relações históricas e sociais nas quais ele está inserido”.

A filosofia essencialista pode, por exemplo, estar presente quando falamos em um parto como fenômeno natural. A partir de uma análise simplificada do conceito de natureza, tido como “(...) todo o conjunto do mundo físico, antes e independente da intervenção do homem” (Jolinet, 1990: 315) é preciso estabelecer um rompimento que permita o vislumbre do simbólico, marco fundacional e epistemológico no campo das ciências sociais.

As técnicas corporais, em sua variabilidade histórica e geográfica, nos trazem imediatamente a dimensão da aprendizagem social dos usos do corpo. Esse “servir-se” é fundamental, na medida em que a noção de técnica corporal e a modificação dessas técnicas ao longo do tempo atendem às especificidades do propósito de aperfeiçoamento, seja em direção a uma acomodação com relação à eficácia da técnica ou à distribuição social do poder e do prestígio, incorporadas por meio da educação e manifestadas em “habitus” específicos, como na análise bourdieusiana<sup>22</sup>.

Elias (2001) apresenta a discussão desse problema dissertando sobre questões envolvendo a

---

<sup>18</sup> Em particular, as técnicas relativas à amamentação são comentadas com maiores detalhes em passagens seguintes do texto.

<sup>19</sup> Segundo Bonilha e Rivorêdo, 2005.

<sup>20</sup> A depender de quem são os (as) autores(as) considerados(as).

<sup>21</sup> Especialmente para Durkheim, Mauss, Simmel e Elias que dialogam com temáticas relacionadas à psicologia.

<sup>22</sup> A noção de *habitus* de Bourdieu está intrinsecamente ligada à filiação clássica maussiana de corpo e de técnicas corporais (como o próprio autor declara em 1983: 105).

morte e o envelhecimento nas sociedades contemporâneas. O autor explica a necessidade do aprendizado social, isto é, em última instância, da socialização, em relação à morte:

Os seres humanos não só podem, como devem aprender a regular sua conduta uns em relação aos outros em termos de limitações ou regras específicas à comunidade. Sem aprendizado, não são capazes de funcionar como indivíduos e membros do grupo. Em nenhuma outra espécie essa sintonia com a vida coletiva teve tão profunda influência sobre a forma e desenvolvimento do indivíduo como na espécie humana. Não só meios de comunicação ou padrões de coerção podem diferir de sociedade para sociedade, mas também a experiência de morte. Ela é variável e específica segundo os grupos; não importa quão natural e imutável possa parecer aos membros de cada sociedade particular: foi aprendida. (Elias, 2001: 11).

O mesmo, a partir da idéia de Elias, pode ser colocado em relação ao nascimento. A forma como este se apresenta culturalmente é produto de um aprendizado social, de todos os indivíduos. Entretanto, o desempenho de papéis especiais em relação a esse acontecimento, cabe às mulheres, cuja socialização é distinta para com um papel social específico, o da maternidade.

A socialização, entendida como o processo de aprendizagem do social (Berger e Berger, 2002), neste caso, a socialização da maternidade concorre para a internalização do papel de mãe como natural (Tubert, 1996). Portanto, ser mãe significa realizar a natureza feminina. Tal idéia, aponta Rohden (2001), é reforçada a partir da conformação do campo médico sobre a mulher, mas não ocorre apenas em virtude desse. É importante, portanto, considerar a multiplicidade de atores e discursos envolvidos no processo de atribuição da maternidade à natureza feminina, e à socialização “especializada” que ele acarreta.

A socialização “ocidental” está relacionada ao processo de mudança das emoções e estruturas de controle, descrito e conceituado por Norbert Elias, em *O Processo Civilizador* (1994). Tais aspectos são importantes de considerar para com o fenômeno do parto. O conceito de processo civilizador foi definido a partir da sociogênese dos conceitos de *Kultur* e *Zivilization*, respectivamente na Alemanha e França, socialmente estabelecidos de maneira oposta<sup>23</sup>.

Sem discutir, à míude, o processo civilizador, vale destacar que o mesmo implicou na regularização das condutas, de forma não planejada ou racional, provocando uma interdependência social (uma tessitura social) implicando no autocontrole das pulsões (incluindo a psicologização e a racionalização), na diferenciação social, na divisão de funções e na monopolização da forma física. Tais características são reconhecidas na formação dos Estados modernos, mas possuem profundas relações com os aspectos psicológicos e das personalidades individuais<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup> Elias utiliza neste estudo amplo levantamento histórico de representações culturais da época em que tal processo se dá. São utilizados manuais de etiqueta, obras literárias e filosóficas.

<sup>24</sup> Elias aponta (1993: 273), por exemplo, nos últimos “estágios” do processo civilizador, a importância do medo (e, por conseguinte, da culpa) na tarefa do controle da conduta como um elemento que, sem o dado equilíbrio prejudica a transformação dos seres humanos em pessoas, de fato, civilizadas. Nas palavras do autor: “Só quando essas tensões entre e dentro de Estados forem dominadas é que poderemos esperar tornar-nos mais realmente civilizados. (...) Neste

O importante na discussão do processo civilizador como regulador das condutas ocidentais, em relação ao fenômeno do parto, está em considerá-lo, também, um fenômeno imerso nesse processo histórico e sociogenético. No caso específico das sociedades ocidentais, é possível identificar, a partir do vislumbre do parto como fenômeno inscrito entre a natureza e sociedade e de suas incontáveis apresentações, também um movimento de controle das condutas, passando pelo surgimento de diferentes especialidades as quais compete o tratamento social do fenômeno. Assim, a socialização no interior de um processo civilizador gerou como conseqüências para o parto e a parturição o regulamento desta conduta: a diferenciação de especialistas, concomitantemente à sua racionalização e, mais a frente, sua psicologização, afetando a conduta de mulheres, atrelando-as ao papel da maternidade, e diferentes agentes de saúde envolvidos em sua assistência, inclusive do ponto de vista de sanções legais<sup>25</sup>.

Sendo a maternidade ancorada no corpo feminino, como se refere Scavone (2004), uma questão fundamental nessa imbricação entre natureza e sociedade é a questão de gênero, ou seja, da construção social e dos significados culturais para com a diferenciação entre os distintos papéis sexuais, que atualmente ultrapassam o binômio feminino-masculino<sup>26</sup>. Fernandes (2000), referindo-se especificamente ao parto, o coloca como um demarcador das diferenças de gênero, assim como Paim (1998), que o identifica com um rito de passagem da mocidade para a idade adulta e à condição de mulher adulta, enquanto uma identidade. A autora, que realizou pesquisa sobre as temáticas da gravidez e maternidade em grupos populares coloca que “ser mulher, nos grupos populares, inclui a maternidade como condição inerente e necessária para sua completa realização como sujeito deste universo simbólico” (op. cit.: 35), acrescentado ainda que tal universo simbólico está fortemente associado à esfera doméstica, uma vez que as informantes de sua pesquisa não demonstraram preocupação com objetivos profissionais.

A condição de atrelamento da maternidade em relação às mulheres, bem como à esfera doméstica é uma condição historicamente persistente tendo sido e sendo ainda reforçada por juízos de diversos âmbitos da vida social, notadamente a Igreja, o Estado e, mais particularmente, o campo da medicina, o que é trabalhado no tópico a seguir. O parto, como evento intrinsecamente ligado à maternidade permanece alvo de tais juízos persistentes.

---

caso, não precisará ser mais a exceção, talvez venha a tornar-se mesmo a regra que o indivíduo possa alcançar o equilíbrio ótimo entre suas paixões imperiosas, a exigir satisfação e realização, e as limitações a ela impostas (...). Se a estrutura das configurações humanas, de sua interdependência, tiver essas características, se a coexistência delas, que afinal de contas é a condição da existência individual de cada uma, funcionarem de tal maneira que seja possível a todos os assim interligados alcançar tal equilíbrio, então, e só então, poderão os seres humanos dizer a respeito de si mesmos, com alguma justiça, que são civilizados.”

<sup>25</sup> Aspectos que serão trabalhados com relação ao histórico da assistência ao parto.

<sup>26</sup> Como é o caso, a título de exemplo, das relações de casais homossexuais frente à maternidade seja via adoção, seja via diferentes arranjos utilizando tecnologias reprodutivas.

## **1.2 – Contextualização histórica: de “coisa de mulheres” à “assistência médica e hospitalar”.**

Relatar a história do parto só é possível à medida que seja reconhecido como um fenômeno de profunda imbricação entre o natural e o sócio-cultural e, desta maneira, é possível explorar quais atores e processos sociais “moldaram” sua apresentação na sociedade moderna. Vale ressaltar quais parâmetros históricos são considerados nessa análise, pois, como afirmado antes, o parto possui uma enorme variabilidade temporal e espacial. A história do parto a ser relatada leva em consideração essa variabilidade. É considerada uma direção específica que o fenômeno do parto apresentou a partir de uma formação comum da história ocidental, localizada, principalmente, na Europa, a partir do século XVI. Segundo Rohden (2001) é a partir do mesmo século que a medicina começa a interessar-se pela mulher.

A história do parto também caminhou lado-a-lado a outras histórias, sendo que a história de outros fenômenos (que não pode ser “isolada”) concorreu para uma mútua influência e/ou transformação: assim foi com “a história da saúde pública”, “do hospital”, “da enfermagem”, “da medicina e de suas especialidades” e, como não poderia deixar de ser, “das mulheres”.

Para Carranza (1994: 7): “Não há nenhuma dúvida de que o parto, antes de tornar-se monopólio da medicina, constituía um assunto de mulheres.”, fato também referido por outras autoras (Rohden, 2001; Vieira, 1999; Santos, 2003; Griboski, 2004, Del Priore, 1993). O auxílio masculino era excepcional, uma vez que cirurgiões-barbeiros e médicos eram chamados apenas em casos de complicações. As parteiras receberam e recebem inúmeras denominações sociais: comadres (por se tornarem madrinhas), aparadeiras, experimentadas, diplomadas, práticas, curiosas. Em geral, como aponta Tornquist (op. cit.), essa polissemia está relacionada à peculiaridades de cada parteira, devido ao seu reconhecimento profissional oficial ou ao contexto no qual está inserida (se rural ou urbano, por exemplo).

Carranza (op. cit.) afirma que a atribuição de um relacionamento familiar entre mulheres e parteiras constitui uma idealização que deve ser evitada, assim como a generalização de suas habilidades e de uma possível postura não-intervencionista. Ao contrário, é importante considerar que as parteiras não somente assistiam os partos, mas também efetuavam práticas de anticoncepção, abortamento, tratamento de males ginecológicos e testes morais (Scavone, 2004; Brenes, 1991; Bologne, 1990), de verificação da virgindade, por exemplo, e, inclusive, testes dirigidos aos homens, como o “congresso”, conjunto de técnicas (uma prova) com a finalidade de atestar a potência sexual, muito comum na França até meados do século XVII (Bologne, 1990).

Entretanto, é um fato registrado historicamente, que as mulheres resistiram muito ao parto hospitalar, assistido por médicos (Brenes, 1991; Tornquist, 2004; Bologne, op.cit.; Vieira, op.cit.;



Scavone, op. cit.). Segundo Tornquist (2004: 45): “(...) o domínio da parturição foi um dos últimos e dos mais difíceis de ser conquistado pelo staff médico”, e, ainda:

Este processo teria sido tenso e árduo, um verdadeiro campo de batalha, exigindo fortes alianças entre poderes políticos, econômicos e científicos: a literatura a respeito do tema recorre, com frequência, a termos que remetem a um campo de conflitos e a uma guerra de trincheiras entre médicos e demais profissões, tendo os últimos, no entanto, vias de acesso diretas aos governos e às instâncias de poder, sempre interessados na natalidade – caso da Europa, onde predominam políticas pró-natalistas – e na saúde de suas populações. (op. cit.: 74).

Scavone (op. cit.) refere-se à participação da Igreja, durante a Idade Média no rechaço às parteiras, identificadas com bruxas e curandeiras. Segundo a autora, o saber feminino dessas mulheres constituía-se em grande ameaça à Igreja, pelo conhecimento de cura e, inclusive, pelo fato de seu conhecimento envolver a sexualidade. Nesse período, não somente as parteiras teriam sido perseguidas, mas outras figuras femininas com conhecimentos de cura (Tornquist, op. cit.). Para Knibiheler apud Tornquist (op. cit.: 74), esse teria sido um processo de “desestruturação de redes de saberes femininos”.

O patriarcado<sup>27</sup> é apontado por autoras como inerente ao processo de destituição das parteiras da assistência ao parto, o que pode ser visto, por exemplo, quando a medicina busca eliminar as atividades de “sanadoras” (Estados Unidos da América) e “sages-femmes” (França), de acordo com Eherenheich e English apud Tornquist (op. cit.). Isso adquire evidência quando damos conta das exigências regulamentares dos primeiros cursos para parteiras e cursos de medicina. Como mostra Vieira (op. cit.), a medicina utilizava uma linguagem técnica e exigia formação universitária, em tempos nos quais somente os homens tinham acesso à educação. Brenes (op. cit.) assinala que a partir de 1832, nas Academias Médico-Cirúrgicas brasileiras (Rio de Janeiro e Salvador) os candidatos aos cursos (que formavam médicos, farmacêuticos e parteiras) eram examinados em francês, inglês, latim, filosofia, aritmética e geometria.

Mesmo que as parteiras fossem autorizadas, diplomadas ou não, a exercerem suas atividades, eram cerceadas de diversas formas. Em geral, os instrumentos e técnicas criados por médicos, eram somente permitidos aos mesmos. Um dos primeiros instrumentos de utilização médica foi o fórceps, exemplo disso. As parteiras eram proibidas de usá-lo (Vieira, op. cit.). Não obstante, a principal fonte do saber obstétrico médico era a prática das parteiras, visto que, por muito tempo, não houve sucesso em buscar mulheres para serem assistidas nos hospitais-escola e enfermarias (Tornquist, op.cit.). Como mostra Brenes (op.cit: 141) os próprios médicos

---

<sup>27</sup> Somente a admissão do conceito de gênero coloca na arena das relações sociais a questão das diferenças, ligadas à condição biológica, e das desigualdades, relacionadas às posições ocupadas no espaço social entre os diferentes sexos. Desigualdades essas que, historicamente, colocaram as mulheres em subordinação aos homens, relação que pode ser conceituada como “patriarcal”, de acordo com Saffioti (2004) a constituição do processo de opressão das mulheres (a partir da dominação e exploração das mesmas). O conceito de gênero, portanto, possui implicações políticas claras (Saffioti, 2004; Louro, 1996).

reconheciam essa condição: “(...) fazemos somente partos teóricos (...)” reconhecia o professor Matias Moreira Sampaio, já em 1867.

Outra forma de cercear as parteiras era produzindo um discurso acerca de sua inferioridade, imiscuído na produção do conhecimento (por meio das teses e textos públicos em jornais, discursos políticos e revistas da época). Como aponta Foucault (2002: 14): “A ‘verdade’ está circularmente ligada a sistemas de poder, que a produzem e apóiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem.”. A esse respeito pode-se tanto observar uma declaração de 1893, escrita pelo Secretário de Negócios de Estado de Santa Catarina (apud Tornquist, 2004: 85), quanto uma declaração de 1998, escrita pelo Dr. Jorge de Rezende, referência em obstetrícia no Brasil.

Na recusa [sic] de terem ao seu lado um médico, preferem entregarem-se a essas mulheres, essas entendidas, satisfazendo-lhes todos os caprichos, todas as exigências que lhes sugerem a ignorância e a estupidez, entre a aplicação dos inseparáveis e infalíveis bentinhas, e sua baforada de nauseabundos cachimbos. Mal sabe a parturiente o perigo que corre sua vida com a presença dessas harpias, cujas garras imundas, infeccionadas, lhes vão tocar o corpo!

A Obstetrícia progrediu mui lentamente, em comparação às outras especialidades médicas, e palmilhando caminhos quase impérvios fê-lo guiada pela ignorância e pouco discernimento das parteiras, a transmitirem, de geração a geração, práticas desarrazoadas, feitiços e credences, bebidas repugnantes e flagelações que complicavam a parturição, dilaceravam a genitália, infectavam-na e ao ovo, condicionando e propiciando sua morte no claustro materno ou a da própria gestante (Rezende, 1998: 2).

No primeiro trecho vê-se um contraditório reconhecimento do saber das parteiras (“infalíveis bentinhas”) ao passo que, no segundo, sua contribuição é completamente rechaçada. O autor inclusive, dá a entender que os erros da obstetrícia médica ocorreram por causa das parteiras, além de reportar-se de tal forma à sua prática que as parteiras poderiam mesmo ser comparadas às pestes causadoras de mortes e agravos, dizimando a população e mutilando as mulheres.

Para Tornquist (2004), após um verdadeiro “trabalho de Hércules”, as mulheres começaram a ir para as maternidades no século XX, quando também as parteiras diplomadas entram nos hospitais. A resistência das mulheres estava pautada na moralidade da época, pois nas maternidades as mulheres teriam que expor seus corpos aos homens e nas imagens dessas instituições, extremamente precárias e, em sua origem, destinadas aos pobres e desvalidos (Vieira, 1999). Para a autora, mesmo que se possa identificar alguma cooperação, com troca de saberes, entre médicos e parteiras diplomadas, paulatinamente houve o estabelecimento de uma divisão do trabalho nas maternidades:

A divisão do trabalho na maternidade precisou de décadas para se estabelecer claramente, delimitando

territórios e estabelecendo competências diversas. A entrada e rotinização das intervenções cirúrgicas parece ser a chave desta reconfiguração dos espaços de poder no âmbito das maternidades e passou a se relacionar, cada vez mais, a lógicas gerais da divisão do trabalho hospitalar: aos médicos homens, couberam as intervenções cirúrgicas, os partos difíceis e a intervenção pontual; às mulheres, sejam parteiras ou enfermeiras, os partos fáceis, os partinhos, e o acompanhamento do trabalho de parto. (1999: 96)

Tornquist (2004) afirma que, no Brasil, o processo de substituição das parteiras pelos médicos foi avassalador, não permitindo que essas permanecessem em algum âmbito da assistência<sup>28</sup>. Algumas das mudanças assistenciais citadas juntamente com essa transformação envolvendo o parto foram: profissionalização, masculinização, elitização, embranquecimento, urbanização, cientificização, patologização, “bio-quimicalização” e esquadrinamento. Estes elementos seriam identificados com o parto hospitalar (nas maternidades) atendido por médicos. Tal transição foi apontada por Tornquist (2004) no período da segunda metade do século XX. Vieira (1999), por sua vez, localiza no séc XVI o surgimento da obstetrícia e a passagem do parto para o ambiente hospitalar, embora o séc. XIX seja marcante no processo de dissociação da assistência ao parto da figura das parteiras.

Algumas peculiaridades podem ser ressaltadas em relação à assistência ao parto no Brasil. Sem dúvida, um marco importante foi a chegada da Corte Portuguesa, em 1808 (Vieira, op. cit.; Brenes, op. cit.). Segundo Vieira (op. cit.), as primeiras faculdades de medicina, com ensino de obstetrícia foram estabelecidas no Rio de Janeiro, em 1809, e Salvador, em 1819. Como visto, seu caráter era eminentemente teórico. Em 1832 fundou-se o primeiro curso de parteiras para mulheres. As freiras, que atendiam nas Santas Casas, enfrentavam a proibição do olhar para o corpo feminino. Somente em 1911 dá-se o primeiro estágio em enfermaria obstétrica, na enfermaria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Brenes (op. cit.) mostra que os médicos tiveram que enfrentar dois dilemas: primeiro, encontrar um local onde o parto pudesse ser assistido e o corpo observado e, depois, levar as mulheres para esse local. A autora refere-se a essa jornada com um jogo, visto que os médicos tiveram que criar estratégias especiais: ao forjar uma nova subjetividade feminina, buscavam possibilitar certo trânsito da mulher entre “a casa e a rua”, mas pautando a natureza feminina na sexualidade a partir de tipos comportamentais, como as históricas. Esse jogo também era apoiado nas ações do Estado, como, por exemplo, a criação de um registro de nascimento, conjugado ao parto nas maternidades.

Rohden (2001), em sua obra, dá a dimensão histórica desse “jogo” na formação da medicina da mulher. A percepção científica da mulher a coloca em constante estado patológico (e uma prova

---

<sup>28</sup> Como nos Estados Unidos da América, na Holanda ou no Reino Unido.

disso seriam os ciclos menstruais e as gestações). A natureza da mulher, nessa visão, está em sua sexualidade, atrelada à reprodução, e sua sexualidade é, de toda forma, doentia. A mulher seria um ser inferior ao homem e passiva aos desígnios da natureza, sendo seu prazer desnecessário, sua moral frágil e sua intelectualidade medíocre.

No Brasil, ainda, existem registros da existência de clínicas ou maternidades particulares no Rio de Janeiro, que serviram para que os senhores cuidassem da reprodução de seu capital, os filhos e filhas de suas escravas, na condição desumana de propriedades (Vieira, 1999).

Uma referência importante, ainda sobre o parto no Brasil, é feita pela historiadora Mary Del Priore (1993), ao focalizar o período colonial. A autora atém-se a relatar visões sobre o parto assistido por parteiras. Uma questão importante, nesse contexto, é a presença normatizadora da Igreja Católica que, por meio da devoção feminina numa relação de troca, mantinha as mulheres atreladas ao comportamento esperado de uma devota de Maria, à qual eram ligadas pelos milagres e bênçãos concedidas no momento do parto.

Na história das parteiras existem também relatos de resistência. Tornquist (2004) refere que, uma vez sendo as atividades das parteiras e de outras curandeiras identificadas com o charlatanismo e a “prostituição da ciência”, estas foram alvos de criminalização, embora raramente essas ações resultassem em punição judicial. Tais ações contribuíram, com a publicização dos insucessos, para o paulatino descrédito das parteiras. A maioria dos governos, de orientação higienista<sup>29</sup>, era radicalmente contra a atividade das parteiras, embora, no Rio Grande do Sul, houvesse a exceção da condescendência por parte do governo positivista, que identificava a medicina como uma ciência ainda por fazer-se. Também existiam as parteiras estrangeiras, imigrantes que, por tal condição cosmopolita, gozavam de maior prestígio, assim como as parteiras do interior, que devido a sua popularidade, obtinham muitas vezes o reconhecimento dos homens da comunidade e podiam, até mesmo, enfrentar os médicos em certos debates. (Tornquist, 2004).

A história da transição “partejar por parteiras” para “partejar por médicos obstetras” é marcada por conflitos e esses são de várias ordens, em relação aos variados atores que compõem esse campo, com certa “flutuação” temporal (no sentido de que reaparecem em momentos distintos): parteiras tradicionais, diplomadas, cirurgiões-barbeiros, médicos<sup>30</sup>. Inclusive, pode-se localizar, na história, ao menos um caso de associação entre médicos e parteiras. Bologne (1990:

---

<sup>29</sup> O higienismo pode ser considerado um marco do século XIX e os médicos, seus representantes, o propagavam de forma a auto atribuir-se uma missão civilizatória (Tornquist, 2004). Essa missão civilizatória dos médicos é um tema recorrente, inclusive, no âmbito político, como expresso pelo Senador Monsanto em plenária no mês de fevereiro de 2007: “Os médicos são os benfeitores da humanidade” (o depoimento foi escutado na Rádio Senado, que transmite as sessões plenárias ao vivo).

<sup>30</sup> A história desses atores, particularmente, das parteiras, é bastante pesquisada e, sendo repleta de outros detalhes, não cabe detalhá-la nesse espaço.

123) menciona que na França, nos idos de 1700, médicos defendiam as parteiras, e acusavam cirurgiões-barbeiros: “Os médicos, também eles em disputa com os cirurgiões, tomam o partido das parteiras. Invocam o pudor das parturientes, a lascívia dos parteiros e, argumento supremo, o testemunho dos Antigos”. Os primeiros parteiros homens eram chamados jocosa e popularmente de “comadres de ceroulas” e também geraram muita discórdia. (Bologne, op. cit.).

Houve também conflitos internos à própria medicina: a obstetrícia era tida como prática menor no âmbito da medicina, o que remete, mais uma vez ao olhar patriarcal sobre uma prática tradicionalmente feminina (Vieira, 1999). Esse conflito interno tinha como característica o paradoxal afã de controlar e regulamentar o partejar, ao mesmo tempo em que era considerado como sendo uma prática menor. Ao mesmo tempo em que os homens que se dirigiam para uma prática menor, posto que, feminina, como o partejar, as mulheres que se aventuravam na seara das práticas masculinas eram seres estranhos e por vezes, masculinizados. No Brasil, existe, a esse respeito, o curioso caso da parteira diplomada Madame Durocher, uma francesa imigrante que, ao tornar-se viúva e na necessidade de uma profissão para manter os filhos, abandona o modismo (profissão na qual foi instruída por sua mãe) e escolhe a obstetrícia (Mott, 2005)<sup>31</sup>. Passa também, a vestir-se como homem, considerando ser essa a caracterização adequada para um(a) profissional que atendesse partos. Bologne (1990) refere-se às *ventrières* francesas, como também possuidoras de um caráter assexuado, visto que essa seria uma condição que as possibilitava a cruzarem as fronteiras das alcovas.

Para Vieira (1999) existe uma relação de “mão-dupla” entre a abrangência do campo de competência da medicina e a abrangência do seu campo de assistência, uma vez que há a ampliação de um, o mesmo se repete no outro. Assim, poderíamos identificar o surgimento de uma “medicina pública” com a produção de um campo de aplicação no social, por meio da interferência do Estado, de atividades voltadas para a “saúde pública”. No campo da obstetrícia, como mostra Vieira (op. cit.), essas atividades estão refletidas na construção de maternidades e centros de pré-natal públicos, bem como da expansão de suas disciplinas características ou correlatas, como a puericultura (caso da França). Em cada localidade onde esse processo teve lugar, ocorreu segundo as peculiaridades da moralidade da época, como o patriotismo à francesa e o eugenismo à brasileira.

Carranza (1994) sugere que a transição da assistência ao parto por parteiras à assistência médica e hospitalar - a principal transformação que ocorreu acerca da história do parto, para além de técnicas e instrumentos - não deva ser submetida a uma análise histórica linear, mas a uma análise não-linear, como a foucaultiana. Uma história linear, como coloca a autora, corre o risco de

---

<sup>31</sup> Mme. Durocher começou a trabalhar em 1834, no Rio de Janeiro, trajando-se de casaca, cartola, gravata e aspectos masculinos (cabelo, por exemplo). Tendo sido parteira da casa imperial era dotada de certo prestígio, pois era a única parteira reconhecida na Imperial Academia de Medicina, tendo também publicado artigos sobre amas-de-leite e temas obstétricos.

cair em duas posições extremadas e irrealis: o posicionamento de mulheres como vítimas e de médicos como salvadores, ou, ao contrário, as mulheres comungando de uma união da quais os médicos seriam os tiranos desagregadores.

Para Foucault (2002) podem-se distinguir três tipos históricos que, embora não linearmente, desenvolveu no ocidente uma idéia de “medicina social”: a medicina de estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho.

Na primeira, característica da Alemanha no começo do séc. XVIII há um esforço de normatização da profissão médica e da medicina e um esforço para organizar a administração da saúde a partir de um ente superior (o Estado), na qual os médicos eram os administradores. Nesse modelo, que exemplifica claramente um dos mecanismos de “empoderamento” da medicina durante seu desenvolvimento nasce a “polícia médica”. Na medicina urbana, característica da França, em fins do século XVII, a preocupação era dar conta dos grandes problemas sanitários do meio urbano em crescimento, que afetavam todas as classes. No entanto, já com uma orientação científica da medicina, é sobre as classes proletárias que as ações de vigilância e higiene são dirigidas. Finalmente, o que teria se desdobrado na moderna medicina surge com a medicina da força de trabalho, característica da Inglaterra em meados do séc. XIX, calcada nos investimentos em conter o perigo da crescente classe trabalhadora por meio das leis de proteção aos pobres (Poor Law) e do esquadramento da Saúde Pública.

Foucault também aborda a crescente influência da medicina sobre a sociedade a partir da noção de bio-poder. Esse poder tem origem no direito de causar a morte e deixar viver dos soberanos absolutistas, mas revertendo esse “investimento”: o bio-poder é o controle e regulação da vida, um controle positivo, isto é, produtor e não repressor. Tal poder toma a questão da estratégia biológica da existência tornando o poder político uma tarefa de gerir a vida, espalhando-o para diversos domínios da sociedade: “Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo de controle do saber e de intervenção do poder” (Foucault, 2006: 155).

O bio-poder tem como pólos de ação o corpo, que precisa ser adestrado enquanto máquina de eficácia econômica e a regulação populacional da espécie, engendrando dispositivos concretos de controle dos corpos e ajustamentos econômicos, num contexto de crescente importância da normatividade. Foucault (op. cit.: 156) observa: “Não é necessário insistir, também, sobre a proliferação das tecnologias políticas que, a partir de então, vão investir sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar e de morar, as condições de vida, todo o espaço da existência.”. E, por que não completar, investir também sobre o parto. O pensador, entretanto, não deixa muitas margens para ação de fora desse poder englobante: “E contra esse poder ainda novo no século XIX, as forças

que resistem se apoiaram exatamente naquilo que sobre que ele investe – isto é, na vida e no homem enquanto ser vivo” (ibidem).

Tornquist (2004) observa que o bio-poder foi determinante para produção histórica da hospitalização e da medicalização do Ocidente, não obstante ressaltar que esse processo foi e é fundamentalmente heterogêneo e inconcluso. Como exemplo da atuação do bio-poder no Brasil pode-se citar as políticas promovidas a partir da década de 1930 para a saúde da mulher, políticas totalmente voltadas à reprodução, atrelando a mulher ao binômio mulher-bebê, mulher -criança (Vieira, 1999; Costa, 1999).

Uma visão geral do desenvolvimento histórico da medicina e suas práticas não deixa de oferecer, muitas vezes, uma visão genérica, esvaziada das estratégias e dispositivos dos meandros do poder, como pretende demonstrar Foucault em suas análises sobre a medicina e sobre a sociedade como um todo. Entretanto, uma análise que busque um histórico geral, também pode suscitar algumas questões, como se pode ver seguindo a trilha de Adam e Hertzlich (2001).

De acordo com Adam e Hertzlich (2001: 33), a medicina foi aos poucos se distanciando da magia e da religião, até chegar ao modelo científico, caracterizado por “(...) uma orientação crescentemente empírica, pela especialização do papel do médico e pela busca de um saber racional sofisticado”. Hipócrates, com a teoria dos humores, e Galeno, com suas investigações em anatomia, são apontados como precursores deste movimento. A medicina hipocrática foi fundamental para o estabelecimento de terapêuticas especializadas e para a constituição do código de conduta médico. O desenvolvimento da anatomia pode ser considerado como um marco para uma nova relação dos indivíduos com o corpo que, uma vez que é objetivado - passando a ser nomeado, classificado e manipulado - torna-se objeto privilegiado no discurso acerca da natureza do humano.

Como demonstra Rohden (2001), a constituição da anatomia foi fundamental na definição de uma natureza feminina, sendo esse saber intrinsecamente ligado, na verdade, de forma inseparável, das concepções de moralidade e da regulação das práticas sociais. Nas palavras da autora, as definições anatômicas são estabelecidas pelo “jogo cultural da representação e ilusão” (Rohden, 2001: 17), sendo que “(...) os interesses da ciência (...) incidem sobre partes do corpo politicamente significantes” (Rohden, 2001: 20).

No século XIX, Adam e Hertzlich (2001) evidenciam que duas escolas francesas são muito importantes para a constituição da medicina: A “Escola de Paris”, com a “medicina anatomo-clínica”, que conjugou a visualização de causas orgânicas e técnicas de exames individuais, e a corrente de Claude Bernard, com a “medicina experimental”, que privilegiou alterações orgânicas em termos de funções, seguindo com investigações sobre agentes patogênicos externos. Assim, a medicina, não mais tida, exclusivamente, como arte, mas fundamentalmente, ligada à ciência, avança constantemente em sua influência sobre a sociedade, à medida que adquire poder para

controlar, ou tentar controlar, processos humanos essenciais como os de vida e a morte. Os médicos passam a exercer um papel cada vez mais importante na sociedade, como reguladores do corpo social, seja orientando politicamente o ordenamento social, como acentuou Foucault (2002), seja ditando a “normalidade” a partir do conhecimento científico, o que é relatado por Bologne (op.cit.: 113):

Essa tendência dos médicos para determinarem a moralidade da sua época generaliza-se após a Revolução. Numa França onde o moralismo religioso começa a ficar mal visto, os médicos aceitam o repto e tornam-se oráculos do século. Com frequência, utilizam adequadamente os seus novos créditos. Mas, ao subir para a cátedra da verdade, o médico limitou-se muitas vezes a revestir com um discurso científico as regras da moral dos antigos pregadores.

O estatuto profissional dos médicos, no entanto, nem sempre foi reconhecido socialmente. Antes do estabelecimento da medicina científica eles disputavam reconhecimento com os chamados barbeiros cirurgiões e, também, com as parteiras e outros tipos de curandeiros(as), como exposto detalhadamente acima. Segundo Adam e Hertzlich (2001), a especialização dos serviços, a mobilização dos próprios médicos e o papel do Estado foram alguns dos fatores que influenciaram a ascensão profissional destes, bem como o quadro atual que é facilmente reconhecido, de auto-regulamentação e de centralidade na figura do médico como provedor dos serviços de saúde<sup>32</sup>. Para Adam e Hertzlich (op. cit.), na continuidade dessas modificações, o hospital teria se tornado uma instituição prototípica das sociedades modernas, devido à sua centralidade na vida social.

Aplicando essa perspectiva de desenvolvimento histórico ao fenômeno do parto, pode-se considerar que o mesmo está dentro do chamado processo de medicalização, o que é visível na análise de Tornquist (2004: 78):

No entanto, [apesar do processo de medicalização do Ocidente ser heterogêneo e inconcluso] a medicalização do parto tornou-se um modelo a ser seguido como parte do projeto de modernização, atravessada pela idéia de civilização vigente à época.

A biomedicina, segundo a autora, adquire caráter cosmopolita, e a medicalização do parto, portanto, atingiram sincronicamente inúmeros países do mundo, sendo que nos periféricos esse modelo de assistência seria sinônimo de modernização, civilidade e desenvolvimento. Ao passo que, ao contrário, o parto “não-biomédico”, com parteiras e no domicílio passou a ser cada vez mais considerado como sinônimo de atraso, sujeira e rusticidade<sup>33</sup>. (ibidem). Tornquist (2004) também vê nesse movimento, a passagem do parto do domínio do privado para o domínio do público. Elias (2001) apresenta uma percepção pormenorizada dessa questão explicitando que a saída do domínio do privado implica em menor participação da família, novos rituais de tratamento das emoções, que

---

<sup>32</sup> Obviamente, essa análise está centrada no contexto europeu, mas, com alguma relativização temporal e espacial, podemos admiti-la.

<sup>33</sup> Alguns exemplos disso podem ser retirados da dissertação de Carranza (op. cit.), pois a autora encontrou na sua pesquisa mulheres que escolheram a cesariana como via de parto.



são constrangidas, e institucionalização, no interior do hospital<sup>34</sup>.

Desde a década de 1970 estuda-se o processo de medicalização da sociedade ocidental<sup>35</sup>. É, portanto, uma ferramenta conceitual importante para compreensão da medicina na sociedade. Com a influência do movimento feminista, o debate sobre a medicalização é conduzido até a temática da saúde da mulher.

Os primeiros escritos conceituando o termo medicalização começam a aparecer nos idos de 1960 - 1970. Tendo sido citado, em abordagens diferenciadas<sup>36</sup>, o conceito de medicalização pode ter uma ampla significação, como mostra (Conrad, 1992: 211):

Medicalization consists of defining a problem in medical terms, using medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand a problem, or using a medical intervention to “treat” it. This is a sociocultural process that may or may not involve the medical profession, lead to medical social control or medical treatment, or be the result of intentional expansion by the medical profession. Medicalization occurs when a medical frame or definition has been applied to understand or manage a problem; (...). The interest on medicalization has predominantly focused on previously nonmedical problems that have been medicalized (and, often, thought to be inappropriately medicalized), but actually medicalization must include all problems that come to be defined in medical terms.

O parto é considerado como um dos aspectos naturais da vida inclusos no processo de medicalização. A medicalização deste fenômeno seria um exemplo de vigilância médica, na perspectiva foucaultiana, que poderia ser também estendida aos períodos pré-natal e pós-natal. As mulheres podem ser consideradas como sujeitos ativos no processo (Conrad, 1992).

A perspectiva da medicalização refere-se às numerosas intervenções médicas que podem ocorrer no parto. Desde a hospitalização, “sem interferências” (em um parto natural hospitalar, por exemplo), até o parto cirúrgico, a cesariana. Neste sentido, tais intervenções podem ser entendidas como aplicações da tecnologia médica<sup>37</sup>. Tal tecnologia seria com frequência utilizada de forma inapropriada<sup>38</sup>.

Segundo White (1991), as pesquisas feministas têm ocupado papel de destaque na sociologia da saúde e medicina e, em geral, argumentam que:

---

<sup>34</sup> O fenômeno em análise é a morte e seus sujeitos sociais, os moribundos.

<sup>35</sup> Principalmente com relação ao tratamento dos chamados “comportamentos desviantes”, como o homossexualismo, que apenas em 1991 foi retirado do Código Internacional de Doenças.

<sup>36</sup> Um de seus teóricos mais importantes foi o russo Ivan Illich, que escreveu “Nêmesis da Medicina – A Expropriação da Saúde”, em 1976.

<sup>37</sup> Segundo Behney (apud Tangri e Levitin, 1993, pág.2) o conceito de tecnologia médica inclui: “the drugs, devices, and medical and surgical procedures used in medical care, and the organizational and supportive systems within which such care is provided”.

<sup>38</sup> O uso inapropriado pode ser conceituado como: “(...) an umbrella term which can be used to define the possible misapplication of technology in a variety of circumstances to include: use of technology in ignorance or for a marginal benefit for the patient, use of technology in absence of evidence of its value or in spite of the fact that conclusive studies have not been done.” (Perry apud Butter, 1993, pág. 15)

(...) the institution of medicine operates to maintain the subordinate position of women in a patriarchal society. It thus serves an ideological role and acts as an agency of social control.(...). Medicine is a male dominated institution of social control.(...). Feminists have pointed to the low proportion of women in the medical profession, their under-representation in the specialities, and the fact that though the number of woman health workers is far greater than man, they are overwhelmingly concentrated in the low status positions (...). (White,1991: 50).

Embora o conceito e a abordagem teórica acerca da medicalização seja freqüentemente utilizada nas reflexões acerca do histórico e configurações atuais da assistência obstétrica, é possível, também, buscar em relação a essa abordagem uma perspectiva crítica. É o caso de Arney (1982).

Arney (op. cit.) utiliza a concepção foucaultiana da história para investigar a história da obstetrícia e fornecer uma interpretação crítica a partir das discontinuidades localizadas na formação da profissão. O autor observa que a história da profissão tem sido escrita por uma corrente que busca observar no passado o avanço tecnológico promovido pela obstetrícia em benefício das pacientes e outra que busca uma revisão, com base na crítica do presente. Essa última visão é identificada com a produção feminista, que busca devolver à mulher, às parteiras (*midwives*) o lugar de destaque na história da assistência obstétrica. Arney, entretanto, também critica essa visão, pois ainda utilizaria como referência a história da obstetrícia em si, em outras palavras, não fugiria da versão conservadora, mesmo utilizando a medicalização como ferramenta crítica. O autor quer fugir dessas duas visões, propondo que após a Segunda Guerra Mundial, uma ruptura fundamental teria ocorrido na obstetrícia. Nas palavras do autor: “There is no doubt that technological advance has accelerated recently, but to link the development of the profession to the expansion of technology and knowledge, regardless of whether one thinks progress is good or bad, is a mistake.” (1982: 6)

Segundo Arney (op. cit.), as duas grandes transformações da obstetrícia, culminando a segunda com uma ruptura, seriam: primeiro, a ascensão da profissão eliminando as parteiras tradicionais (tradicional *midwife*), e, segundo, a inclusão da “metáfora ecológica” na assistência ao parto. Para o autor, essa metáfora ecológica transforma o corpo em um sistema articulado em muitos níveis e pontos, dependendo, a gestação e parto, da articulação desse sistema com outros sistemas que compõem a realidade (por exemplo: sistemas neuro-hormonal, econômico e social). A tecnologia da assistência ao parto teria sido alterada de uma tecnologia da dominação para uma tecnologia da vigilância, monitoramento e normalização. Nessa nova configuração, a vigilância incluiria muitos atores sociais, além do médico, incluindo os próprios “pacientes”. Arney declara: “Birth became something to be managed in order to optimize the experience rather than something to be attended or dominated.” (op. cit.: 9). Esse quadro incluiria várias possibilidades alternativas de assistência ao parto que ocasionariam a expansão do “espaço obstétrico”, e não seu

constrangimento. Na visão do autor: “Everyone – women, husbands or significant others, and obstetricians – got caught up in monitoring’s webs of power and so became more and more alienated from the event and experiences of childbirth.”(1982: 9).

A partir da apresentação de um quadro sintético das transformações da obstetrícia nos três períodos distintos (pré-profissional, profissional e o período do monitoramento), o autor oferece ainda um esquema dessas transformações, que teriam ocorrido em sentido dialético (ambas as tabelas encontram-se no Anexo VIII). O principal aspecto dessa dialética seria a emergência, no período do monitoramento, do aspecto não-fisiológico do parto e nascimento.

Com tais concepções, Arney (op. cit.) pretende seguir a trilha de Foucault para identificar as quimeras do poder em toda forma de saber, sejam eles conformados a partir do discurso científico ou não. Nesse sentido, oferece um contraponto às concepções críticas da medicalização do parto, indo, porém, também de encontro com as críticas feministas.

Independentemente de utilizar-se o conceitual da perspectiva da medicalização ou de outra (sendo que ambas podem buscar identificação nos escritos de Foucault), é definitivamente importante compreender que a assistência ao parto se constitui fundamentalmente em um campo, recheado de conflitos internos às especialidades profissionais e externos à elas.

O campo, na concepção bourdieusiana, pode ser entendido como um conjunto de configurações relacionais de pessoas e grupos sociais. Existem alguns critérios definidores que precisam ser respeitados para a definição de um campo: é constituído a partir de um objeto de disputa e pessoas dispostas a entrar nesse jogo, com interesses em comum (Bourdieu, 1983b). Os antagonistas, entretanto, são cúmplices na reprodução do jogo “contribuindo (...) para produzir a crença no valor do que está sendo disputado” (op. cit.: 91).

É na disputa do interior dos campos que facilmente pode ser visualizado o operador prático da ação social, chamado *habitus*. Para Bourdieu, o *habitus* é o princípio gerador de todas as práticas:

A sistematicidade e a unidade só estão no *opus operantum* porque elas estão no *modus operandi*: elas só estão no conjunto das “propriedades”, no duplo sentido do termo, de que se cercam os indivíduos ou grupos – casas, móveis, quadros, livros, automóveis, álcoois, cigarros, perfumes, roupas – e nas práticas em que se manifesta sua distinção – esportes, jogos, distrações culturais – porque estão na unidade originariamente sintética do *habitus*, princípio unificador e gerador de todas as práticas.” (1983: 83.).

Isso significa dizer que o *habitus* é produto de necessidades objetivas (de um *modus operandi*), mas é expressado por meio de preferências sistemáticas (de *opus operantum*), um conjunto de elementos simbólicos unificados pelo gosto, que por sua vez pode ser objetivado por

meio de propriedades e práticas como as colocadas na citação acima. No interior de um campo específico, o *habitus* expressa os elementos simbólicos que são importantes para sua constituição e reprodução, para qual cada membro contribui de forma efetiva.

Assim, pode-se afirmar a assistência obstétrica como um campo, que engendra *habitus* específicos, relativos às especialidades que envolvem. Entretanto, é importante perceber como é inerente, ou seja, constitutivo desse campo, o elemento simbólico do risco. Como ressaltado por Kaufert e O'Neil (1993) acerca da hospitalização do parto Inuit<sup>39</sup>, um discurso sobre o risco o coloca em termos como uma “forma simbólica” ou conceito, que é uma ferramenta emocional e moral no discurso de mulheres, clínicos e epidemiologistas. Pode ser tido como uma experiência subjetiva ou como um artefato estatístico, embasando a visão médica e, por conseguinte, as políticas obstétricas. O risco envolvido nas formas de parir pode ser parte do processo natural para as mulheres ou elemento de constante amedrontamento para clínicos, visto que está presente no jogo de responsabilização. Como apontam Kaufert e O'Neil (op. cit.: 51): “The question is who has the power to define risk and to insist that their view should prevail over those of others.”.

Pode-se dizer que as conflitualidades relativas aos limites profissionais, em virtude de sua persistência temporal de séculos, como exposto acima, é uma condição inerente ao campo constituinte da assistência ao parto. Os agentes de saúde que o conformam, seus especialistas, estão, constantemente, envolvidos com debates acerca das competências de cada especialista, engendrando concepções e práticas acerca da natureza da mulher e do bebê, da saúde e dos riscos. Isso é demonstrado pelo registro de falas de especialistas sobre saúde reprodutiva e assistência ao parto, como se pode observar a partir do trecho de um debate ocorrido em 1998, na cidade de Salvador, por ocasião de um seminário intitulado “Saúde e Direitos Reprodutivos no Brasil: impacto da Conferência do Cairo nas políticas públicas” registrado em livro (Berquó, 2000).

Em primeiro lugar, no referido seminário, segundo opinião do representante da gestão federal, defendeu-se que a quase universalização do parto hospitalar no país seria consequência do sucesso das políticas de saúde, cuja progressão no sentido da humanização do parto poderia ser visto a partir do pagamento de anestesia para o parto vaginal e do parto realizado por enfermeira obstétrica.

Num dado momento, o secretário da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia – SES/BA, defendeu a reativação das Escolas de Parteiras de nível médio, como medida eficaz para a diminuição do número de cesáreas, uma vez que declara identificar a alta taxa de cesarianas com o tempo gasto na “devida assistência ao parto”. Essa proposta foi contraposta pela representante da Rede Feminista – REDOR e da NEIM, que defendeu a atuação, nesse sentido, das enfermeiras

---

<sup>39</sup>População tradicional do norte do Canadá.

obstétricas. Uma outra participante do debate relatou às resistências médicas à atuação dessas últimas no Rio de Janeiro. Uma outra representante oficial, do estado de Pernambuco, relatou que a capacitação de auxiliares de enfermagem (profissionais de nível médio) é situação emergencial, pois a assistência, na verdade, deveria ficar a cargo das enfermeiras obstétricas. No final do debate, ainda são citadas como iniciativas positivas, referidas pelo representante do Ministério da Saúde – MS, a idéia da adoção do(a) acompanhante à mulher no momento do parto, de sua livre escolha e o parto domiciliar, como um modelo alternativo que caberia na realidade brasileira, sendo baseado no treinamento de parteiras tradicionais.

O relato acima permite visualizar em amplos aspectos o conflito no campo dos agentes da assistência ao parto: a quase total hospitalização é um sucesso, mas o parto domiciliar também tem seu lugar ao sol, dentro da realidade de um país desigual. Pode-se observar uma hierarquia dentre as especialidades: na falta de tempo, os médicos dão lugar às enfermeiras obstétricas, que, em situação emergencial (falta de recursos) dão lugar às parteiras profissionalizadas (as antigas diplomadas) de nível médio, que, no caso de grandes distâncias de algumas localidades, dão lugar às parteiras tradicionais, últimas dessa hierarquia que envolve o reconhecimento da educação formal. A possibilidade de escolha, por parte das mulheres parturientes, do tipo de profissional especialista para assistência ao parto não é referida no debate, bem como a possibilidade de escolha do ambiente de parto, entre hospitalar ou domiciliar, o que é significativo no sentido de apontar a “melhor escolha” (um parto assistido por médicos, em ambiente hospitalar), visto que não existem outras opções no horizonte de possibilidades.

De que maneira pode-se, então, falar de “horizonte de possibilidades”, “opções” ou “escolhas” com relação ao tipo de assistência ao parto que as mulheres daqui (um espaço localizado) e de hoje (um tempo marcado) desejam, esperam, ou, mesmo, planejam? Na tentativa de responder, ou melhor, explorar respostas a essa questão, é importante considerar não só o acontecimento do parto como um fenômeno duplamente inscrito na realidade (fisiológica e sócio-cultural) e a partir de seu histórico entrecortado de conflitos, como considerado nos tópicos acima, mas também é importante pensar nas representações que o fenômeno do parto engendrou na história e na atualidade (até onde é possível conhecê-las) e numa condição moderna, forjada como situação típica-ideal para pensar numa condição genérica do parto, que permite direcionar as reflexões seguintes desse trabalho, tomando como recorte empírico a pesquisa realizada.

### **1.3 – Representações Sociais do Parto: o parto vaginal e o parto cesáreo**

O conceito de representação social é hoje um dos conceitos mais utilizados nas ciências sociais. É originário do pensamento de Durkheim, seguido posteriormente pelo trabalho deste em

conjunto com Marcel Mauss.

Para Durkheim, que descrevia o conceito nos termos de “representações coletivas”, era caracterizado por uma “representação simbólica” de “imagens da realidade empírica” (Rodrigues, 1995: 21). O autor, em seu projeto de estudo das sociedades ditas primitivas com a finalidade de compreender a gênese das sociedades e do pensamento ocidental, acreditava serem as representações sociais sistemas de noções hierarquizadas, de finalidade especulativa (Durkheim e Mauss, 1981). Assim, cumpriria a finalidade de dar unidade às idéias, ao conhecimento, iluminando as operações lógicas concernentes à atividade social.

Para Durkheim, era mister reconhecer que as relações sociais é que servem de base para as operações lógicas. Assim, os grupos sociais, da forma como se organizam e da forma como é dada sua hierarquia social “elaboram” coletivamente suas representações, isto é, uma organização do conhecimento, uma hierarquia lógica. Isso não quer dizer, entretanto, que os princípios que estabelecem um e outro, as sociedades e suas representações, atendem aos mesmos pressupostos. (Durkheim e Mauss, op. cit.). Segundo Minayo (2003), Durkheim assevera que as representações sociais possuem vida independente dos indivíduos e uma de suas principais características enquanto fatos sociais seria a coercitividade. Essa idéia é, muitas vezes, utilizada como contraponto crítico ao autor.

Minayo (op. cit.) inclui também entre os pensadores importantes para as ciências sociais e o tema das representações, Alfred Schutz. Para esse autor (Minayo, 2003), as representações sociais estariam ligadas às abstrações, generalizações e formalizações que são parte do senso comum, formando conjuntos de fatos interpretados, o que quer dizer, portadores de significados. Esse processo se daria no sentido da atribuição de significados às experiências cotidianas, experiências relacionadas à si mesmo e aos outros, em suma, à “situação biográfica” dos sujeitos. Assim, assume-se que o sentido das ações é capaz de surtir efeitos na realidade das relações sociais.

A partir dos autores comentados, Minayo (2003) explicita que as representações se expressam no plano individual, sendo fragmentárias e subjetivas, tendo como dimensão privilegiada de expressão a linguagem. Na análise das representações sociais, seria necessário atentar para os interesses sociais subjacentes às narrativas, muitas vezes não conscientes, atreladas a um local e momento histórico específico, bem como à vida cotidiana.

Reconhecer as representações sociais a partir da linguagem é reconhecê-las como processos de mediação que produzem, não somente, a simbolização, mas, também, identidades. Como acentua Jovchelovitch (2003) a esse respeito, as representações sociais seriam mediações estratégicas para a vida no mundo, enquanto ferramentas mesmo da interação e ação.

Para Léfrève (1992) as representações sociais também estão ligadas diretamente à ação dos indivíduos na sociedade:

Definimos por representação a dimensão ideativa que acompanha necessariamente toda ação prática, que difere de um “pensar sobre”; metaforicamente pode estar associada à idéia de “sombra”. É um processo reflexo que acontece em nível dos indivíduos e em nível da sociedade como um todo, que está necessariamente associada às ações desses indivíduos (ibidem: 238).

A idéia de atrelar as representações sociais à ação dos indivíduos na sociedade é reconhecida por Herzlich (2005) ao legado de Moscovici, considerado por muitos o autor que resgatou o conceito do determinismo durkheimiano, revestindo-o de nova roupagem, uma roupagem construtivista. Para Herzlich (op. cit.), é importante reconhecer que as representações sociais têm uma função orientadora da conduta, mas não incidem diretamente sobre ela, elas não são os comportamentos em si. Isso se refere à problemática entre experiência e significação: a experiência não depende da significação, mas é, essencialmente, significada.

Herzlich (op. cit.) traz duas contribuições ao relatar o tema das representações sociais no campo da saúde e doença. Em primeiro lugar, expõem alguns perigos (limites) no trabalho com as representações sociais, por exemplo: a generalidade que esvazia o nível da análise, a relativa estabilidade das representações sociais que a coloca numa condição atemporal e a redundância provocada por estudos repetitivos. Em segundo lugar, acrescenta, que:

Por ser um evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira. (Herzlich, op. cit.: 66)

Pode-se substituir a doença, alvo de investigação da autora, por uma condição diferente, como seria o caso da gestação e parto, principalmente. A gestação e o parto apresentam a característica singular de não serem doenças, tampouco agravos à saúde, mas serem considerados a partir da necessidade de assistência, que não é propriamente um tratamento ou terapêutica. O caráter de sua assistência é preventivo e se coaduna com a importância social e cultural dada só fenômeno nas sociedades onde se realiza, instaurando uma necessidade de discurso pelo papel que inaugura nos sujeitos envolvidos, a condição de maternidade e paternidade.

Pode-se afirmar que umas das, se não a principal representação envolvida com o parto, principalmente o parto vaginal, mas não somente em relação a ele, é o medo da dor (Del Priori, 1993; Carranza, 1994 e Fernandes, 2000), embora o medo também possa referir-se a outras coisas que não à dor (morte, sofrimento, solidão, por exemplo).

Mary Del Priore (op. cit.) realizou extensa pesquisa sobre as representações do parto no Brasil colônia. Sendo a sociedade colonial fundamentalmente marcada pelo catolicismo, estendido em praticamente todas as arenas da sociedade, as concepções de parto estão, também, profundamente ligadas a ele. A dor do parto significava a redenção dos pecados. Assim, estava enquadrado culturalmente nos projetos cristão e colonizador.

A medicina, ou melhor, as práticas de cura, eram tidas como peculiares à cultura feminina, nesse contexto. O parto figurava, então, como expressão individual e coletiva, tão mais coletiva quanto mais o parto era difícil, provocando a solidariedade de mulheres de diferentes estratos. Parto significava medo, sofrimento, dor, angústia, pânico e violência, gerando a necessidade de muitos cuidados na gestação, físicos e psicológicos. A mulher tinha papel ativo e responsabilidades relativas ao cuidado com os ventos, odores, vestimentas, entre outros detalhes do cotidiano. Parir marcava dubiamente, um acontecimento especialmente temerário, mas, também, o fim do sofrimento pelo medo de perder a criança. Segundo Del Priore (1993), os gritos da mulher em trabalho de parto vinham trazer os ventos da vitória contra a morte e a celebração do poder de procriar.

No Brasil colônia, como demonstra ricamente Del Priore (op. cit.), a gestação e o parto faziam-se acompanhar de inúmeras superstições: rezas, cantos, amuletos especiais, patuás. Para diminuir a dor também existia uma riqueza de alternativas: fitoterapia, animismo e superstições. A fusão cultural da medicina popular caracterizava tais alternativas, sendo marcadas ao mesmo tempo por influências indígenas, africanas, européias e mouras. O uso de ervas, de minerais e restos orgânicos de animais era promovido, mostrando a insensibilidade dos médicos à dor das mulheres.

A historiadora refere-se ao parir como uma das poucas alternativas de constituição da identidade feminina, dando-lhes status de santas. O parto, nesse sentido, causava um encontro identitário da mulher com seu gênero. Entretanto, esse era também religioso, uma vez que a Igreja Católica incidia fortemente na regulação das condutas femininas e a maternidade era o principal objeto dessa ação.

No Brasil contemporâneo, pode-se dizer que a influência da igreja é diluída, porém, permanece forte, uma vez que o parto está constantemente atrelado à dor, declaradamente o destino feminino segundo as crenças cristãs baseadas no legado bíblico do antigo testamento (Tornquist, 2004).

Em sua pesquisa, Carranza (1994) não trabalha diretamente com representações sociais, mas fala em percepções de parto. Cita que as mulheres de sua pesquisa tinham o parto como uma opção pessoal, de duas polaridades: o parto “normal” (vaginal) e o cesáreo, definida, em sua maior parte, antes mesmo da gravidez.

A escolha do tipo de parto ocorreu de acordo com a comparação dentre as duas opções citadas, sendo que as narrativas de histórias escutadas pelas gestantes, e que servem de base para a escolha do tipo de parto, são geralmente de caráter traumatizante. O tipo de parto escolhido é justificado, selecionando-se as histórias positivamente a ele relacionadas.

O parto domiciliar foi identificado com a pobreza. Carranza (1994) aponta que as mulheres entrevistadas, inseridas em um contexto de migração para a cidade, perderam em familiaridade e



também em domínio com o fenômeno do parto, se as compararmos às suas mães. Nessa mudança, o médico seria o encarregado de dar um “final feliz” para a gestação, sendo que as mulheres dariam pouco valor aos seus próprios conhecimentos.

Todas as mulheres pesquisadas falam ter medo do parto, que está relacionado, principalmente à dor das contrações, embora a morte também seja citada (um caso). A cesariana apareceu como alternativa de resolução do medo da dor do parto. Apesar da alta incidência de cesarianas entre as mulheres pesquisadas, a grande maioria optou, inicialmente, pelo parto vaginal.

A expectativa da dor no parto pode ser classificada de três formas distintas: a concepção de que a dor é positiva e faz parte da maternidade, a concepção de que a dor é negativa, mas o parto vaginal oferece mais vantagens que a cesariana e a concepção de que a dor é extremamente negativa e deve ser evitada por meio da cesariana.

A cesariana aparece como via de parto artificial, representando uma desobediência ao mandamento divino de parir com dor. Não obstante, é também uma opção pessoal, mesmo “natural” e inevitável (tendo em face sua alta frequência entre conhecidas). Nesse sentido, não é vista como indicação cirúrgica, mas como comodidade implicando na possibilidade de planejamento e gerando benefícios para o bebê, pois ele também sofreria no momento do parto vaginal.

O parto vaginal apareceu relacionado ao “ficar alargada”, com o períneo rasgado. Visto como forma natural de parir, implicando num lado mais animal, mais primitivo. Assim, é relacionado a tempos já ultrapassados. A dor desse tipo de parto seria necessária para a transformação da mulher em mãe e obtê-lo seria mais vantajoso com relação à na ordem prática do pós-parto, uma vez que causa uma rápida recuperação. Em oposição à cesárea, é totalmente imprevisível e, mesmo sendo tido como forma natural de parir, implica na necessidade de preparação.

O parto vaginal, para Fernandes (2000) é especialmente rico em representações uma vez que simboliza essa maternidade idealizada, reforçado, ainda, como elemento fundamental de sua realização, em detrimento do parto cesáreo. Tido como o destino feminino, Fernandes aponta que, nos resultados de sua pesquisa<sup>40</sup>, as representações associadas ao parto vaginal mais frequentes foram àquelas relacionadas ao perigo, a dor, trauma e morte. A idéia de abertura do corpo, que seria dinâmico e, em cujo processo, a mulher tem envolvimento e participação seria outra idéia associada ao parto vaginal (também referida por Paim, 1998). Porém devido à situação em que ocorre, com a exposição da intimidade da mulher e no contexto hospitalar, também implicaria em sentimentos de vergonha e pudor. No entanto, mesmo com a associação de representações de cunho negativo, as mulheres preferiam o parto vaginal fazendo referência aos aspectos de uma melhor

---

<sup>40</sup> A autora, enfermeira, realizou seu estudo em um serviço de assistência ao pré-natal público, na cidade de Juiz de Fora, em 1998, entrevistando 14 mulheres, grávidas pela primeira vez.

recuperação após o parto e de melhores benefícios para o bebê.

Se o parto vaginal implicaria em maior autonomia e participação da mulher, também no pós-parto, a cesariana implicaria na passividade da mesma, sendo uma situação “fria”, isto é, sem emoções, na qual o bebê não “sai” da mulher, como no parto vaginal, mas é “tirado”. No parto vaginal o bebê, nesse sentido da participação no parto, seria parte da própria mulher, enquanto que no cesáreo, ambos são representados como separados.

No entanto, mesmo sendo representados os aspectos negativos da cesariana, ela ganha grande valor quando comparado ao parto vaginal com relação à experiência (esperada) da dor. A cesariana não teria dor e nesse sentido, as mulheres a colocariam com um valor maior, sem considerar a existência de indicações médicas específicas, pois seria inofensiva e apresentaria muitos benefícios. Assim, como refere Fernandes, parto vaginal e cesariana seriam duas soluções possíveis para o parto, que aparecem e são representadas de forma conflitante e ambígua.

As ambigüidades presentes nas representações sobre o parto, no entanto, são tidas como naturais, o que, para Fernandes (2000), estão relacionadas a uma reinterpretação do discurso médico. Para a autora os dois tipos de parto seriam associados pelas mulheres como opções, assim como relata Carranza (op. cit.).

Percebeu-se, no relato das três pesquisas comentadas, algumas representações atreladas ao parto: a dor; o medo; a possibilidade de opção, quando se fala de sociedades ocidentais modernas. Entretanto, é preciso ter cuidado ao atribuir essas representações ao efetivo comportamento das mulheres e outros atores envolvidos na assistência ao parto. Alves e Rabelo (1998) fazem em seu trabalho uma crítica com relação à utilização do conceito de representações sociais na área da saúde. Para esses autores, é preciso recuperar os conceitos de corporeidade (inserção corporal no mundo) e ação no âmbito da experiência, enquanto elementos constitutivos da significação produzida pela cultura.

#### **1.4 – O Parto na Modernidade: política e instituições, cidadãos e consumidoras.**

Por meio de todas as referências citadas até agora, procurou-se demonstrar, em primeiro lugar, como o parto pode ser inserido na sociedade e na cultura como evento simbólico, cuja simbolização é proporcionada pela experiência; segundo, como a assistência ao parto foi historicamente constituída, em linhas gerais, e terceiro, evidenciar como as representações sociais estão relacionadas ao parto, de forma a construir um quadro de referências no qual o capítulo seguinte entrará, especificando a questão da humanização da assistência ao parto. Para articular melhor esse quadro de referências é necessário coletar aqui e ali fragmentos da inserção da assistência ao parto nas sociedades ocidentais contemporâneas, ditas modernas, de forma a

demonstrar as linhas gerais que balizam o “fenômeno” do parto. Cabem, inicialmente, algumas considerações a propósito da modernidade, em seguida, os desdobramentos desta para com a medicina, ou melhor, a biomedicina, conformando uma realidade na qual as mulheres parturientes podem estar inseridas como cidadãs e/ou consumidoras.

A idéia da emergência da modernidade é inegavelmente constituída a partir da negação da velha ordem social então hegemônica, identificada com a autoridade eclesiástica dos senhores feudais, dentre outros elementos. Segundo Giddens (1991: 14): “Os modos de vida produzidos pela modernidade nos desvencilharam de *todos* os tipos tradicionais de ordem social, de maneira que não tem precedentes”, procedendo a uma profunda mudança no que diz respeito a dois aspectos fundamentais da vida social: tempo e espaço. As mudanças passaram a ter um ritmo muito maior e um escopo alargado.

Kumar (1997) identifica a modernidade com o surgimento de um novo milenarismo: diferentemente do cristão, no qual o tempo era percebido como linear e irreversível e o futuro vislumbrado como permanência do antigo, após a Renascença tem-se a concepção de uma história secular. Essa possibilitou a mudança de foco para um tempo dinâmico, calcado no progresso científico. A realização do futuro passou a ser vista como a evolução de sucessivas mudanças a partir do novo. Dois marcos fundamentais são apontados: a Revolução Francesa e a Revolução Industrial. A primeira “anunciou o objetivo do período como a obtenção de liberdade sob a orientação da razão”, essa seria a base da consciência moderna (Kumar, op. cit.: 93), e a segunda “forneceu-lhe substância material” (Kumar, op. cit.: 93). Esse último ponto deve ser enfatizado, pois as conseqüências do industrialismo são cruciais para a modernidade, como a mundialização e ocidentalização do mundo. Como sintetiza Kumar (1997: 96; 92):

História e progresso, verdade e liberdade, razão e revolução, ciência e industrialismo, tais são os termos principais das “narrativas grandiosas” da modernidade (...).

A modernidade não é apenas produto da revolução (...), mas é em si basicamente revolucionária, uma revolução permanente de idéias e instituições.

Das “narrativas grandiosas” da modernidade, é possível selecionar uma série de desdobramentos (processos sociais, instituições, etc.) constituindo inúmeros fenômenos sociais. A medicina ocidental pode ser um exemplo de fenômeno social profundamente ligado às narrativas fundamentais da modernidade, em particular, às noções – citadas por Kumar – de progresso, verdade, liberdade, razão e ciência.

Tendo como pano de fundo o horizonte da modernidade é importante compreender o que é específico à medicina e às práticas médicas ocidentais. Primeiro, existem uma gama de adjetivos para designar o mesmo fenômeno: ocidental, moderna, científica, tradicional, modelo hegemônico e sua contrapartida, o modelo alternativo. Segundo Kleinman (1995) o conceito de biomedicina é

adequado para designar as práticas terapêuticas organizadas que caracterizam as sociedades ocidentais modernas.

A biomedicina, portanto, seria fundamentalmente constituída dos seguintes traços: é uma instituição global e institucionalizada; assume o paradigma científico que é tido como único, caracterizando uma ordem moral transcendente, de uma base materialista fundada na natureza (o que significa o reino físico); possui orientação reducionista radical, não admitindo outros paradigmas para além das dicotomias que compreende (natural/não-natural, feminino/masculino, corpo/mente, etc), incluindo os tipos de intervenções médicas como “pesadas” ou “leves”; constrói os objetos terapêuticos sem legitimação da experiência do sofrimento, mas como problemas técnicos independentes da coletividade, a unidade é o indivíduo; assume um anti-autoritarismo calcado em procedimentos bioéticos; assume a idéia de progresso e uma racionalidade técnica; ocasiona a medicalização como expansão da racionalidade técnica para experiências humanas profundas, sendo essa sua característica mais controversa; implica na profissionalização altamente especializada; promove o paciente à condição de consumidor e transforma o cuidado em mercadoria, estabelecendo profundas relações de compromisso com o Estado.

Importa lembrar que, embora seja necessário buscar uma definição genérica, não existe medicina de fora de contextos históricos, não há como considerar práticas médicas de fora de seu contexto espacial e temporal, pois “Medicine, then, like religion, ethnicity, and other key social institutions, is a medium through which the pluralities of social life are expressed and recreated” (Kleinman, op. cit.: 24). Mesmo que se fale em tecnologias médicas iguais, como a cesariana, serão empregadas de formas diferentes em cada contexto específico.

Além da contextualização, é preciso não tomar exageradamente cada traço constitutivo da biomedicina como a totalidade de sua natureza, pois como Kleinman indica: “Biomedicine is not just any bureaucracy and profession, it is a leading institution of industrialized society’s management of social reality” (op. cit.: 38).

Portanto, a medicina constitui-se historicamente na luta pela verdade, pelo domínio de parte da realidade social – como bem mostra Rohden (op. cit.) –, produzindo um saber que já foi punitivo (a história das mulheres e dos portadores de transtornos mentais gerou muitos exemplos disso), atualmente pode ser normativo, mas certamente é um saber positivado, no sentido de uma construção positiva da realidade, isto é, afirmativa.

O estabelecimento dessa espécie de “cultura médica global”, reconhecida na biomedicina, provavelmente foi muito influenciado pelo surgimento do hospital, segundo Adam e Hertzlich uma “(...) instituição prototípica das sociedades modernas.” (2001: 44). Até chegar a esse estatuto, no entanto, o hospital passou por diversas modificações, como aponta Foucault (2002). Modificações essas que acompanharam o desenvolvimento da modernidade como, por exemplo, a introdução da

disciplina como técnica de poder, na distribuição espacial, vigilância e registro contínuo dos pacientes.

Em relação a essas mudanças, o Estado ocupa um papel ativo, coisa que é possível vislumbrar a partir da noção de “governamentalidade”. Esta foi elaborada por Foucault a partir da observação das mudanças na forma de consideração sobre a essência do Governo, sendo os marcos dessa mudança a passagem da mentalidade expressa em “O Príncipe” de Maquiavel e a literatura sobre a temática a partir do século XVI. O que marca essa passagem é a mudança de um “governo das coisas” para a “arte de governar” e da busca da soberania para o bem comum, sendo que o governo de si mesmo, na esfera da moral, constitui-se como um fim específico de Estado. Portanto, a partir dos dispositivos e táticas que dirigem os indivíduos, o Estado pode transformar sua vontade na vontade de cada um. Como coloca Foucault (2002: 289):

(...) a população aparece como sujeito de necessidades, de aspirações, mas também como objeto nas mãos do governo; como consciente, frente ao governo, daquilo que ela quer e inconsciente em relação àquilo que se quer que ela faça.

A governamentalidade, então, pode ser colocada como uma forma específica de governo, surgida no umbral da constituição dos Estados nacionais, que torna parte fundamental de sua legitimidade os próprios indivíduos, a partir de dispositivos disciplinares vários, governando a si mesmos, na direção ao apregoado pelo Estado.

Assim, em relação à participação de indivíduos e coletividades no escopo de práticas biomédicas, existe uma relação profundamente ambígua para com o Estado, uma vez que é forçoso reconhecer suas profundas relações<sup>41</sup>. Ao mesmo tempo em que pessoas podem usufruir de serviços médicos como parte de seus direitos e, portanto, de sua cidadania, estão submetidos à governamentalidade promovida por meio de programas sociais e políticas públicas, convertidas em estratégias de disciplinamento dos corpos e meios de vinculação ou promoção de saberes, especialmente, os saberes médicos.

Para Carvalho (2002), é possível admitir variadas combinações históricas acerca das concepções de cidadania. Três visões importantes seriam: a visão do cidadão como sujeito titular de direitos civis, políticos e sociais (de tradição anglo-saxão, individualista e neoliberal), a idéia de cidadania a partir da ênfase no bem público sobre os interesses individuais (característica do

---

<sup>41</sup> Como aponta Kleinman (op. cit.): “Thus, in the postmodern state, biomedicine has come to serve a major political mission. Its taxonomy holds legal and regulatory significance. Its definitions of what is a problem and how it should be treated carry greater public legitimation than that of most other professions. Its role in the political economy is at the center of the fastest growing sector, which threatens to surpass all other public expenditures. No other healing system is so central to social reality or so wrapped up in the leading political and economic issues of the time. Thereby has biomedicine, at least in the West, outstripped its own professional autonomy and become inseparable from the state.

humanismo cívico promovido pelo republicanismo clássico) e a ideia de cidadania a partir do pertencimento a uma comunidade nacional, por meio de identidades específicas. Essas três visões se articulam na construção da ideia de cidadania para a tradição ocidental, calcada numa participação ativa na vida pública e na luta pelos direitos.

A cidadania das mulheres, a partir da tradição ocidental, poderia ser exemplificada a partir das lutas dos movimentos feministas, partindo do marco da aquisição de direitos políticos, de votar e ser votada. Entretanto, como ressalta Carvalho acerca do contexto nacional e baseado em pesquisas empíricas (2002: 28), “Nossa tradição não se encaixa no estilo de cidadania ativa”. Para o autor, o resultado da redução da ação do Estado ao mínimo e da expansão da ação do mercado ao máximo, nos quadros do neoliberalismo, configuram a cidadania como uma relação de consumo de serviços e bens. Uma última condição relacionada à cidadania seriam as iniciativas entre Estado e sociedade protagonizadas pelos próprios governos e a sociedade civil organizada.

É desse último ponto que parte a análise da emergência de uma nova noção de cidadania por Dagnino (1994: 104). Tentando demonstrar a fluidez que o conceito adquiriu a partir da década de 1990, a autora afirma, fugindo da visão liberal, qualificada como essencialista, que a cidadania trata-se de um “nexo constitutivo entre as dimensões da cultura e da política”, portando ainda caráter de estratégia política. Tais concepções teriam emergido a partir da atuação dos movimentos sociais e das lutas por direitos, moldando e sendo moldadas pela configuração de uma democracia social, para além de uma democracia meramente política, oposta a toda forma de autoritarismo social<sup>42</sup>.

Dessa forma, compreende-se que a assistência pública ao parto, estando entre as dimensões da cultura e da política e, como prática biomédica, seja produtora de uma cidadania ambígua para com aquelas que usufruem um sistema de saúde público, sendo essa ambigüidade pautada entre cidadania, como possibilidade de atuar politicamente e governamentalidade, governando a si mesmo em direção aos interesses do Estado.

Para aquelas mulheres que não usufruem de um sistema de saúde público, mas, pagam por serviços da esfera privada, fica colocada uma relação de ambigüidade para com a relação de consumo. Neste caso, a ambigüidade está relacionada à finalidade das práticas de saúde, para com sua necessidade, sendo assistência preventiva ou reparatória, e a condição de voluntariedade que o consumo instaura. Segundo Kleinman (op. cit.: 39) a relação de consumo também coloca na pauta da relação médico-paciente, nesse caso, médico-parturiente, a aceitação passiva, “(...) just another

---

<sup>42</sup> Dagnino ainda elenca seis características da “nova cidadania”: concepção de um direito a ter direitos, necessidade de certa atividade (cidadania a ser construída de “baixo para cima”), proposta de sociabilidades mais igualitárias, forte relação com a sociedade civil, direito de participação efetiva na constituição do sistema político e incorporação tanto da noção de igualdade como da noção de diferença.

instance of consumer-client interactions characteristic of a market economy.”.

Para Bauman (1999) as sociedades modernas são essencialmente consumidoras. Essa condição de consumo não é simplesmente pelo ato de consumir, que é característica intrínseca da humanidade, mas é um princípio fundador da sociedade. As sociedades tradicionais tinham como princípio fundador, pelo qual os membros da sociedade estavam “engajados”, os papéis de produtor e soldado. Isso quer dizer que as pessoas interessavam à sociedade na condição de produtores e soldados prontos a responder ao Estado, com o dever de desempenhar tais papéis. Nas sociedades modernas, o dever primordial é o de consumir, ter a capacidade e a vontade para exercer esse papel.

A condição da pessoa consumidora implica também em outras mudanças, relacionadas à volatilidade<sup>43</sup> das relações sociais. Ser consumidor implica também em estabelecer relações sociais de curta duração, rápida resolução (satisfação instantânea) e em constante mudança espacial. O aprendizado não é valorizado, uma vez que o que se promove é o esquecimento. Nesse sentido, “Os consumidores são primeiro e acima de tudo acumuladores de sensações, são colecionadores de *coisas* apenas num sentido secundário e derivativo.” (Bauman, 1999: 91). Zygmunt Bauman (2004) aponta, inclusive nas relações amorosas, os traços dessa condição.

Estando a noção de consumo implicada nas relações médico/agentes de saúde-mulheres/parturientes a arena da assistência ao parto faz parte, conseqüentemente, do engajamento das sociedades modernas, enquanto relações de consumo. Pensar a assistência ao parto, nesses termos, vem a coadunar com a observação da via de parto representado, atualmente, como uma opção, entre o parto vaginal e o cesariano. Mas não só com relação a essa questão. No vasto panorama da assistência ao parto na modernidade pode-se observar inúmeras opções relacionadas ao consumo: hospitais com suítes especiais para parto natural incluindo todo um aparato (cama especial para parto de cócoras, banheira hidromassagem, som ambiente, bola de exercícios, carrinho de massagem, isolamento acústico), serviços de manicure, maquiagem e cabeleireiro dentro do ambiente hospitalar no pós-parto<sup>44</sup>, banheiras especialmente desenhadas para minimizar o sofrimento do bebê em adaptar-se ao seu novo ambiente, literatura especializada (revistas e livros), sites, *blogs* e listas de discussão na Internet, a cesariana programada, acompanhantes especializadas (*doulas*), serviços de treinamento para o parto, equipes especializadas em registrar o parto (filmar e fotografar) dentro de hospitais ao gosto da freguesa (mostrando ou não a vagina, mostrando ou não a incisão cirúrgica), partos domiciliares com acompanhamento médico, acompanhamento psicológico individual e grupal, dentre outras.

---

<sup>43</sup> Tal volatilidade das relações sociais dá a tônica pela qual Bauman (2001) identifica a modernidade como “modernidade líquida”.

<sup>44</sup> A esse respeito, ver a interessante matéria vinculada pelo caderno Folha Equilíbrio, da Folha de São Paulo, em 23 de junho de 2005 (Anexo X).

Além das opções relacionadas à assistência ao parto, a modernidade também implica em novas conjugalidades, novos arranjos do binômio homem-mulher nos papéis de pai-mãe (Almeida, 1999; Salem, 1983), além de novas conjugalidades situadas para além desse binarismo, como é o caso dos casais homossexuais. Também implica em novas concepções relacionadas ao feto e ao bebê, elevando-os à categoria de indivíduos ou pessoas a partir mesmo da descoberta da gravidez, e em novas formas de gerar, sendo de enorme alcance social os debates em torno das novas tecnologias reprodutivas, que provocam pronunciamentos por parte do estado, da igreja e da intelectualidade.

Alguns dados estatísticos, com relação à hospitalização e aos tipos de parto podem ajudar a compor o quadro moderno da assistência ao parto no Brasil.

Os partos domiciliares estão, em sua grande maioria, localizados nas regiões Norte e Nordeste, principalmente nos estados do Acre, Rondônia, Maranhão, Alagoas e Bahia. Não há precisão sobre esses dados, sendo que, reconhecidamente, suas variações podem ocorrer em virtude da não-notificação (verificar tabela no Anexo IX). Observando a série estatística de 1994-2003 nota-se certa irregularidade na taxa global de partos domiciliares para o Brasil, pois em 1994, a taxa era de 1,39%, de 1995 a 1997 a taxa decresce, em seguida aumentando (de 1998 a 2001), diminui em 2002 e, em 2003, termina em 1,48%, mais alta que em 1994.

No entanto, pode-se afirmar que a hospitalização do parto é uma realidade predominante. A maioria dos estados mantém taxa de partos hospitalares acima de 98%, com exceção dos estados das regiões Norte e Nordeste. O Distrito Federal mantém taxa de partos hospitalares acima de 99%, de 1994 a 2003.

Considerando o tipo de parto, a taxa de cesarianas do Brasil tem perfil crescente, com oscilações, de 1994 a 2003. Dentre as Grandes Regiões, temos Sul, Sudeste e Centro-Oeste com as maiores taxas. O estado de Rondônia é discrepante, tendo as maiores taxas de cesarianas dentre as regiões Norte e Nordeste (verificar tabela e gráfico no Anexo IX). O estado do Distrito Federal apresenta variação crescente, sem oscilações. Segundo dados do Pacto de Atenção Básica, em 2004, a taxa era de 46%.

Com a apresentação desses dados e a percepção de que não ocorrem de forma isolada, baseados numa fundamentação da ordem do natural, mas inerentemente aos processos de simbolização, pode-se perceber a imensa gama de possíveis questões para análise sociológica. Neste trabalho, focaliza-se, no interior dessa imensa gama, a questão da humanização do parto. Baseado na literatura das ciências sociais apresentada entende-se, o Parto Humanizado, como uma proposta de assistência ao parto, inserida duplamente, enquanto fenômeno que implica em representações e práticas, nas esferas pública e privada da assistência obstétrica, focalizando sua ocorrência no Distrito Federal. Assim como outros fenômenos desse tipo, cuja ocorrência se dá no âmbito das



sociedades modernas e sendo pautados na biomedicina, é possível considerar que o Parto Humanizado implica em práticas de consumo e num exercício ambíguo da cidadania. No capítulo seguinte, esses pontos são esclarecidos a partir da conceituação e historicização do Parto Humanizado.

## **2 – Humanização do Parto: em torno de um conceito histórico, um movimento e novas práticas de controle.**

O conceito de “humanização” tem sido ligado, principalmente, a partir da década de 1990, a uma série de práticas, não só no campo da saúde<sup>45</sup>, voltadas para a contemplação do ser humano e de sua subjetividade, em processos relacionados a determinada área da sociedade. Na área da saúde, o conceito aparece conectado a debates acerca do modelo de atenção à saúde, mais especificamente, ao modelo biomédico e, portanto, liga-se também a discussões acerca da inserção de práticas identificadas conceitualmente, a partir dessa perspectiva crítica da biomedicina, por meio de iniciativa de organizações públicas (o Estado e todas suas instituições) e privadas (hospitais, clínicas especializadas, a saúde suplementar, etc.) e da sociedade civil organizada. É um conceito permeado de tensões, que dizem respeito tanto a seu conteúdo filosófico, herdeiro do humanismo, quanto a sua dimensão prática, com as conseqüências e as tentativas de se promover sua aplicabilidade.

Assim, socialmente é possível perceber a humanização como ligada a inúmeras práticas e com diferentes sentidos. Humanização do parto, dos asilos, dos manicômios, das penitenciárias, da medicina, do trabalho, humanização em projetos urbanísticos, como intervenção do ser humano em contextos independentes de sua ação, isto é, na natureza. Humanizar como tornar mais agradável, como provocar efeitos na qualidade humana, como adequação de práticas, como exercício de direitos. A categoria está presente em livros acadêmicos, como de auto-ajuda, em sites, *blogs*, em políticas públicas e em cartões profissionais de médicos.

---

<sup>45</sup> A partir de pesquisa bibliográfica verifica-se, por exemplo, a presença da questão da humanização em contextos de trabalho.

Nesse capítulo, delimita-se a partir do universo de possibilidades relacionadas à humanização nas sociedades modernas, a contemplação da questão específica da humanização do parto, buscando-se vislumbrar uma adequada concepção, de cunho sociológico, desta problemática.

## **2.1 – Em torno de um conceito polissêmico.**

A idéia de humanizar o parto origina-se em uma perspectiva não intervencionista e, portanto, contra a medicalização excessiva de todo processo de gestação, parto e pós-parto, propondo métodos “naturais” de acompanhamento ou tratamento (no caso de uma necessidade patológica surgida) desse processo e mudança na qualidade das relações estabelecidas entre médico-usuária. Ou seja, na relação entre obstetras e gestantes/parturientes, bem com na relação entre a mulher e outros profissionais que a acompanham, como enfermeiras, pediatras ou anestesistas, dentre outros. A mudança nessa relação se daria no sentido de uma maior autonomia da mulher gestante/parturiente, com relação ao que é esperado na sua gravidez e no seu parto, em relação ao conhecimento e a autoridade médica de que está imbuído o obstetra que a acompanha e a forma como esse ator chave intervém nesse processo.

Para que isso ocorra seria necessário que a própria mulher se aproprie de um conhecimento especificamente voltado para o processo de gestação, parto e pós-parto para, dessa forma, construir uma relação aberta e dialogada com a(o) obstetra e outros profissionais.

Os ideais da humanização basicamente estão relacionados com uma supressão das intervenções médicas desnecessárias e, conseqüentemente, inapropriadas, durante todo o processo da geração, desde a gestação, até o trabalho de parto e os cuidados infantis, atingindo também a puericultura. No entanto, certamente a maior parte das recomendações concentra-se no momento do parto, que é o auge de todo processo, e quando a atuação médica, especialidade de referência nas sociedades modernas<sup>46</sup>, tem maior oportunidade de desempenho.

A ênfase na supressão das intervenções médicas se deve ao fato do reconhecimento de seu uso inapropriado – seja quanto ineficaz ou causador de algum malefício – e de as intervenções médicas representarem a desnaturalização do fenômeno, posto que ocorra por meio da utilização da tecnologia, vista como um imperativo desnecessário das conveniências médicas ou tradição de uma escola obstétrica que coloca como sujeito ativo do nascimento e do parto o médico, e não a mulher parturiente ou a criança. O controle médico do parto e do nascimento representa então, um

---

<sup>46</sup> O que não significa que em contextos determinados outras especialidades venham a participar ou desempenhar o papel principal na assistência ao parto, tais como a enfermagem obstétrica e as parteiras tradicionais.

afastamento da condição humana, em grande parte dos casos, desnecessários, de acordo com os padrões assumidos. Assim, são apresentadas uma série de práticas combatidas e outras incentivadas, durante a gravidez e o parto, conforme demonstrado na tabela em anexo (Anexo XI).

O movimento de humanização trata da naturalização do parto e do nascimento, como uma volta às raízes humanas, que seriam instintivas ou, como coloca Odent (1982), filogenéticas e animais, em virtude dos malefícios causados pelas intervenções médicas e em contraposição à tecnocracia que caracterizaria a sociedade ocidental (Davis-Floyd, 1994). De acordo com Tornquist (2002; 2004), pode-se dizer que duas vertentes caracterizam melhor o movimento de humanização do parto<sup>47</sup>, uma que dialoga com o modelo biomédico e outra que se pretende alternativa, caracterizada pelo neo-espiritualismo. Ambas compartilham o mesmo ideário, que pode ser tido como ecologista, pois associa a gravidez e o parto com a natureza e o natural, a espiritualidade e o instinto, em uma espécie de celebração do feminino, e também incorporam elementos da outra vertente. Este ideário, como a autora aponta, pode ser visto, literalmente, e lido em publicações “nativas”, em livros e mídias virtuais, circulando em reuniões de especialistas e interessados na área (congressos, seminários, grupos de gestantes e casais, por exemplo).

A literatura especializada em gestação, parto e pós-parto, focalizada na questão da humanização (ou nativa) possui forte influência europeia (na França: Frédérick Leboyer, Michel Odent, na Inglaterra: Janet Balaskas, Sheila Kitzinger)<sup>48</sup>. A produção brasileira inicia marcada por características nacionais, notadamente a produção de Moysés Paciornick (1979) enfatizando o parto de cócoras, de inspiração indígena. A partir dos anos de 1990 a produção cresce com bastante força. Recentemente, também, cresce a importância da literatura americana (como é o caso de Robbie Davis-Floyd e Ina May Gaskin<sup>49</sup>).

A linguagem da literatura especializada mescla um discurso técnico, baseado em evidências científicas, com uma escrita mais fluida, sob forma de prosa, quando dissertando acerca do estado da medicina atual e os significados do parto em relação à mulher e à maternidade. Normalmente, os livros se colocam como manuais para a condução da gravidez e parto, incluindo exemplos de exercícios físicos e indicações de como portar-se em caso de desconfortos. Também normalmente incluem depoimentos de mulheres sobre os tópicos trabalhados. Por vezes, há espaço para a

---

<sup>47</sup> Em dois trabalhos de Tornquist, (2002 e 2003) há referências à problemática da humanização do parto como movimento social. Embora seja possível concordar que existam evidências para defini-la enquanto tal, a proposta inicial é de buscar na dimensão prática da vida das informantes os sentidos ligados à experiência do parto enquanto uma vivência “humanizada”.

<sup>48</sup> Apenas para uma contextualização temporal, essa literatura começa a ser divulgada internacionalmente na década de 70 e é fortalecida nas décadas de 80 e 90. Dentre os autores citados temos dois obstetras (Leboyer e Odent), uma preparadora do parto (Balaskas), uma parteira (Gaskin) e duas antropólogas (Kitzinger e Davis-Floyd).

<sup>49</sup> Robbie Davis-Floyd marca sua obra a partir da pesquisa sobre o parto em perspectiva transcultural, mas em relação crítica à tecnocracia biomédica e Ina May Gaskin marca sua obra com a experiência de décadas assistindo partos enquanto eventos familiares e espirituais (a fonte dessa informação é basicamente de palestras assistidas com essas autoras).

linguagem poética como forma de discurso (como em Leboyer, 2003) ou a partir de pequenos trechos. Ilustrações também são importantes, principalmente nos livros com caráter prático, trazendo exercícios na gestação e posições de parto, por exemplo, por meio de fotos ou desenhos. Em geral, essas ilustrações buscam ressaltar a imagem da mulher gestante, valorizando o ventre crescido e os seios fartos, e no desempenho das funções maternas, como, na amamentação.

Selecionando alguns trechos de leituras, pode-se observar uma redação que enfatiza a forma como as mulheres são levadas a certos comportamentos durante o parto, na verdade, um não-comportamento (passividade) e permissividade à realização de procedimentos pela equipe médica. É a construção de uma vitimização que busca demonstrar como as mulheres não são informadas, sendo ignoradas e enganadas.

(...) durante os pré-natais e nos hospitais, as mães geralmente não são informadas sobre os efeitos indesejados ou colaterais envolvidos na utilização de certos medicamentos e são levadas a acreditar que não existem riscos envolvidos. (Balaskas, 1993: 25)

A posição do parto é um dos alvos especiais da crítica que busca promover a humanização, em virtude da relação historicamente estabelecida entre o surgimento da especialidade da medicina obstétrica e a passagem de posições verticalizadas (associadas à atividade e maior autonomia da parturiente) para posições horizontais (associadas à passividade) no momento do parto.

A cadeira de parto cedera lugar à cama e às mesas de parto dos séculos XIX e XX. As parturientes jaziam de costas, uma posição que as tornava passivas e controláveis (...)"(Balaskas, 1993: 31).

Entretanto, implicitamente, as mulheres são colocadas como vítimas de sua própria passividade, sendo co-responsáveis por uma mudança na relação entre elas mesmas e os agentes de saúde.

O parto natural, como o próprio nome já diz, é o que obedece ao processo fisiológico do parto sem que haja intervenções desnecessárias. É aquele que acontece conforme a lei da natureza. É um direito da mulher. Só que muitas vezes ele lhe é negado, devido à sua própria ignorância, ou pelo profissional, ou pela instituição que lhe assiste. (Bandeira, 2002: 34).

É importante ressaltar a questão do fisiológico - identificado como instintivo que - seria parte de nossa natureza animal. As rotinas médicas são vistas como inibidoras do processo instintivo de parir, bem como o próprio ambiente hospitalar.

Diariamente recebemos uma enorme carga de sons, ruídos, cores, luzes, letreiros, cartazes, apelos e sugestões. Nas grandes cidades tudo que está fora nos chama, nos ilude. Somos quase robôs. Estamos muito longe do que somos verdadeiramente; e nossa natureza animal está domesticada e enjaulada em regras, normas e preconceitos. Nosso instinto está esquecido e alterado. (Rodrigues, 1997:18).

O processo fisiológico de parir, associado ao instinto, compõe a idéia de uma natureza feminina. Assim sendo, quando a mulher passa pelo processo de parir participaria do "ato criador",

envolto em mística. Se a mulher, por sua vez, passa pela cesariana, ou se aliena dessa realização do feminino (no caso da cesárea em que a mulher é a demandante) ou lhe é roubado esse direito (no caso da realização da cesárea por conveniência médica).

No momento em que os nascimentos saíram do ambiente doméstico, o ato de nascer passou a ser visto como um acontecimento médico-hospitalar, onde prevalecem as intervenções, com rígidas rotinas, como se todas as gestações fossem consideradas de alto risco. Não sou contra o avanço tecnológico da medicina. É necessário, no entanto, devolver ao casal a participação ativa no processo de gestar e parir, para que o parto possa voltar a ser um ato instintivo e natural e a mulher possa sentir-se participante deste ato criador da natureza. (Bandeira, 2002: 109).

Em alguns hospitais, o parto se tornou uma extração vaginal ou abdominal dentro de uma linha de produção. A consequência é que muitas mulheres são colocadas totalmente à distância de sua própria capacidade inata de dar à luz, e as obstetrias estão perdendo suas habilidades intuitivas à medida que passam a depender mais da tecnologia. (Balaskas, 1993: 8-9).

Durante esse processo, a culminância do parto com o nascimento do bebê é visto com um momento de realização, potencialmente orgástico. Assim como o instinto de parir, esse momento também pode ser “roubado” das parturientes.

Finalmente, o parto humanizado, seja “ativo” ou “natural”, é visto, sobretudo, como uma questão de direitos das mulheres.

Defendemos o direito à *escolha informada* por parte da mulher sobre a forma de dar a luz. Na área da saúde, isso constitui um direito humano e um direito reprodutivo, apontado em vários instrumentos legais nacionais e internacionais. (Diniz e Duarte, 2004: 10).

A humanização do parto, colocada nos termos de direito humano e reprodutivo, reforça a noção de autonomia das mulheres em relação ao próprio corpo (Scavone, 2003). Além disso, coloca outras questões, como a institucionalização dos direitos, uma vez que esse processo é parte de seu reconhecimento, o que traz à tona a relação entre as instituições de competência normativa na área em questão – saúde das mulheres – (Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde, Febrasgo – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, etc.), a própria prática obstétrica e a recepção das mulheres às propostas de assistência, que podem ser colocadas enquanto articulações entre interesses diversos.

O movimento de humanização do parto ou, a proposta de humanizar o parto, passaria, portanto, de acordo com o que a literatura especializada do campo indica, a ter o papel de esclarecer a população, especialmente as mulheres, quanto aos perigos das excessivas intervenções médicas no parto, apoiando-se em conhecimentos científicos atuais – na chamada *Medicina Baseada em*

*Evidências*<sup>50</sup> –, mas resgatando “tradições” e promovendo um “retorno” à natureza fisiológica da parturiente. Isso implica certamente na valorização de outros profissionais que têm como campo de atuação a mulher gestante, como terapeutas corporais, psicólogos, professoras de parto, parteiras e “*doulas*”.

Assim, considera-se, neste trabalho, a possibilidade de sistematizar a questão da humanização do parto como uma proposta de assistência obstétrica que busca contemplar, principalmente, os dois aspectos seguintes: de um lado, a qualidade da assistência prestada às mulheres (relacionada à Medicina Baseada em Evidências) e, de outro, os direitos das usuárias dos serviços obstétricos (relacionados à chamada “escolha informada”), entendidos enquanto direitos reprodutivos e direitos humanos.

Um ponto importante a recordar é a completa concordância em relação à polissemia do termo, implicando em diversos usos e finalidades do conceito de humanização na área da saúde e em relação também à humanização do parto (Teixeira, 2005; Deslandes, 2005a; Deslandes, 2005b, Diniz, 2005). É fato que tais leituras do conceito de humanização são realizadas a partir de documentos oficiais de referência para a implantação de programas e políticas sociais que utilizam a humanização como conceito norteador no Brasil. Por isso, alguns autores vêm reivindicar uma dimensão aplicada do termo.

Benevides e Passos (2005) indicam que no conceito de humanização está implícito um processo de mudança, considerando que sua dimensão aplicada deve ocorrer de forma antecedente a sua compreensão teórica, considerando, portanto, humanização enquanto um “conceito-experiência”. Campos (2005) concorda com a visão de Benevides e Passos (2005), acrescentando que o conceito de humanização seria, a um só tempo, criador de novas utopias e práticas sociais.

Deslandes (2004) identificou<sup>51</sup> três eixos relacionados ao conceito de humanização: primeiro, relacionando humanização de forma dicotômica à violência, segundo, associando humanização e qualidade do atendimento em saúde e, por último, relacionado à humanização com melhores condições de trabalho dos “cuidadores”, isto é, trabalhadores da saúde.

Diniz (2005), a partir de pesquisas realizadas<sup>52</sup>, identificou sete sentidos relacionados especificamente com a humanização do parto: a) como “legitimidade científica da medicina”,

---

<sup>50</sup> Segundo Diniz e Duarte (2004) a Medicina Baseada em Evidências é um movimento surgido na década de 1980 a partir do reconhecimento de que muitas práticas médicas se baseavam em rotinas de eficácia não comprovada ou pesquisas de profundos vieses. Sua ação consiste na reunião de estudos científicos, a partir dos quais se realiza metanálise e revisões sistemáticas, dando preferência a estudos randomizados. A iniciativa se materializa na produção da “Colaboração Cochrane”, que publiciza amplamente os resultados de suas pesquisas na Internet.

<sup>51</sup> A autora realizou análise de documentos oficiais sobre a humanização da assistência hospitalar.

<sup>52</sup> A autora realizou pesquisa qualitativa em duas maternidades “humanizadas” de São Paulo, com profissionais e mulheres, em encontros temáticos (com profissionais e gestores) e na vinculação da imprensa médica ao tema.

relacionada à Medicina Baseada em Evidências, definindo uma “assistência baseada em evidências”; b) como uma “assistência baseada em direitos” relacionando a questão da humanização com direitos das mulheres e crianças na assistência ao parto; c) como adequação de tecnologias relacionadas à saúde pública; d) como “legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto”; e) como “legitimidade financeira (sic) dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos”; f) como “legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde” e g) como direito à utilização da analgesia de parto para as mulheres assistidas no SUS.

A polissemia do conceito de humanização, aplicado ao contexto da assistência obstétrica, pode ser melhor compreendida pela reconstrução histórica das práticas relacionadas ao surgimento e à atual configuração da proposta de humanização do parto, na forma como aparece tanto em políticas públicas, quanto em práticas do contexto privado da assistência, questões que são trabalhadas nas seções seguintes.

## **2.2 – Uma contextualização histórica do Parto Humanizado**

Nesta seção é trabalhada a contextualização histórica do Parto Humanizado, buscando primeiramente uma análise global, a partir de elementos históricos internacionais, e, posteriormente, uma análise no contexto brasileiro e no Distrito Federal.

De acordo com Arney (1982), a corrente revisionista dentre os obstetras que preconizava a naturalidade do parto começou a difundir-se já em 1933, com a obra de Grantly Dick Read<sup>53</sup>, que começava a considerar o enfoque psicológico do parto, em particular sua relação com o controle da dor. Desta forma, o parto passaria a ser caracterizado como um evento bidimensional, envolvendo os aspectos físicos e psicológicos.

Grantly Dick Read (apud Arney, 1982) certamente pode ser considerado um pioneiro. Porém, sua obra somente foi levada seriamente em consideração a partir da década de 1950, quando se dá o surgimento de um amplo revisionismo no âmbito da obstetrícia, na qual pode ser identificada a chamada geração do Parto Sem Dor (PSD). Tal concepção é apresentada por Tornquist (2004), a partir de um artigo de Tânia Salem (1983). Salem, buscando contextualizar o surgimento do “casal grávido”, identifica como vanguardas obstétricas os fenômenos do PSD e suas ramificações, como seria o Parto Humanizado<sup>54</sup> (PH).

Segundo Tornquist (2004), o PSD adquire força e inicia a difundir-se a partir do pós-guerra

---

<sup>53</sup> Outra corrente importante foi a do treinamento para o controle da dor no parto, inspirada no comportamentalismo russo de Pavlov (Arney, 1982).

<sup>54</sup> Salem (1983) não utiliza ao termo “Parto Humanizado”.

com críticos internos à própria prática da obstetrícia. Dentre esses críticos, que seriam parte de uma primeira geração, pode-se identificar o já citado Grantly Dick Read, britânico, e Fernand Lamaze, francês. Esses obstetras identificavam o parto como um fenômeno natural e psicossocial e, colocando-se como visionários, a frente de seu tempo, disputavam legitimidade e poder no campo biomédico.

O PSD estava ligado ao surgimento da contracepção, possuindo afinidade com essa perspectiva, na medida em que identificava a gravidez como um evento que deveria ser voluntário na vida de uma mulher, de uma família. Dessa forma, provocando uma ruptura geracional que vai de encontro com os ideais religiosos, manifestados na máxima do Gênesis bíblico: “parirás com dor”, em primeiro lugar, por defender a contracepção e, em segundo, por entender que a mulher poderia libertar-se do fardo da dor e sofrimento no parto, desde que educada em técnicas psicológicas para isso.

Outro fator ainda seria decisivo para o confronto do PSD, em sua vertente lamazista, com a Igreja, no contexto francês: uma fundamentação baseada em concepções comportamentalistas de teóricos russos e, portanto, comunistas. Assim, a Igreja, bem como a maioria dos médicos, pronunciava-se mais a favor de Grantly Dick Read, esse sem uma conotação política envolvendo a preparação para o parto.

O método de preparação para o parto de Lamaze é conhecido como método psicoprofilático e constituiu-se na adaptação ocidental, que se tornou bastante popular, do método russo (Tornquist, 2004). O método apostava na capacidade psicológica e fisiológica da mulher de parir, sendo treinada para uma fuga do pressuposto do sofrimento como condição da mulher e da parturiente. A mulher poderia viver sua sexualidade, optando por ter filhos e tê-los de forma indolor. Uma figura importante que surge nessa nova possibilidade de parir é a do pai, auxiliando a mulher em seu treinamento e desempenho no momento do parto.

A partir da historização do PSD, com a figura de Lamaze, na França, é perceptível como o parto se torna um fenômeno pertencente à arena política. Pode-se identificar, como afirma Tornquist (op. cit.) - baseada em Jocelyne Georges - relações do próprio Lamaze com o comunismo: integrou uma comissão científica francesa em visita à União Soviética e a Resistência Francesa, tendo também dirigido maternidade ligada ao Sindicato de Metalúrgicos de Paris. O PSD implicou também, em uma aproximação do comunismo, a partir de seus adeptos, enquanto perspectiva crítica da medicina, em particular, da obstetrícia, potencialmente ligada à outras, como parte de um ethos revolucionário, alinhado ao pacifismo.

Apesar do clima tenso, característico da Guerra Fria, em que o PSD estava incluso, a vertente ganha popularidade. Para tanto, segundo Tornquist (op. cit.), foram importantes a ampla publicidade na França, produzida nos meios republicanos, o revestimento de natureza dado ao



método psicofilático, o apoio formal do Papa Pio XII, por meio de um discurso público em 1956 e o incentivo financeiro, por meio de reembolso, dado pela Seguridade Social francesa à preparação para o parto a partir do método psicofilático. Para a autora, o estabelecimento do PSD deu-se a partir de uma verdadeira batalha, envolvendo questões de grande profundidade:

As relações entre o método Lamaze e as ideologias políticas e religiosas são complexas, envolvendo, de um lado, defensores deste método que, apesar de suas origens soviéticas, advogam a neutralidade da ciência, mas ao mesmo tempo, sugerem que as representações acerca da maternidade no campo católico, sejam, em parte, repensadas; neste sentido revelando, as complexas teias que existem entre ciência, gênero e ideologias. (Tornquist, op. cit.: 114).

Segundo Tornquist (2004), a geração que se segue ao PSD (pós-PSD) e proclama a novidade na obstetrícia, é dela herdeira, porém, com certa rebeldia, essa herança não é reconhecida. Nas décadas de 1970 e 1980 fala-se em parto natural e ecológico, em casal grávido e medicina alternativa. Os novos especialistas de referência, notadamente, Michel Odent, Frederick Leboyer e Sheila Kitzinger, tornaram o parto evento erótico, seja na vertente feminista (Kitzinger), seja na ecologista (Odent), focando no bem-estar da criança e na figura do pai grávido, criticaram a autoridade do médico na relação de aprendizado para o parto, bem como a obstetrícia convencional que postulava o parto vaginal permeado de intervenções ou a cesariana. Ainda não se falava em PH.

O PH começa a aparecer, entretanto, nas obras desses mesmos revisionistas pós-PSD, nas décadas de 1970 e 1980, mas apenas se torna um vertente herética da obstetrícia consolidada na década de 1990.

Leboyer, que lança o livro *Por um nascer sem violência* (1974) pode ser considerado como um marco para a humanização do parto. Trazia uma concepção, mais por meio de poesia do que ciência, que buscava naturalizar o nascimento, a partir da idéia de que é um acontecimento simples e fisiológico, e postulava a necessidade de propiciar ao bebê segurança e conforto ao nascer, a partir do contato imediato com a mãe, suas carícias, sua voz e cheiro. Seu foco, portanto, é o bebê, o que o diferencia da concepção de Lamaze<sup>55</sup>, centrada na mulher. Leboyer inaugura, com isso, os binômios mãe-bebê e parto-nascimento, na mesma época de surgimento da história social da infância e da teorização acerca dos vínculos afetivos entre pais e bebês propostos por neonatologistas e psicanalistas.

O PSD no Brasil teria esvaziado, para Brennes apud Tornquist (2004), as ligações entre Lamaze e um situacionismo à esquerda, em virtude do contexto no qual aqui aportou: o contexto da ditadura militar e de valorização de uma metodologia científica da neutralidade. Mas, para Tornquist (2004), Lamaze teria tido sua importância, pois ministrou cursos no país, particularmente

---

<sup>55</sup> Nas palavras de Leboyer: “O nascimento está aí com seu peso de sofrimento (...). Felizmente existe uma tênue luz: o sucesso do parto sem dor. (...) as mulheres, hoje em dia, dão à luz com a fisionomia radiante. É um milagre. Mas que estejam radiantes enquanto o bebê é crucificado, isso não! Não é possível. Não é mais possível quando se sabe o que sofre o recém-nascido” (Leboyer, 2003: 29).

em Porto Alegre.

No Brasil, é possível mapear iniciativas importantes de alguns precursores de uma obstetrícia revisionista pós-PSD. Dentre os precursores atuantes a partir da década de 1970, teríamos: Galba de Araújo e Moysés Paciornik.

Galba de Araújo foi um obstetra cearense que, na tentativa de melhorar a qualidade da assistência ao parto no interior do estado, propôs a qualificação das parteiras tradicionais para o atendimento aos partos de baixo risco e a identificação dos casos de risco, que seriam encaminhados para hospitais em cidades de maior estrutura. Seu projeto, envolvendo a educação das parteiras, sua inclusão em maternidades e a criação de Casas de Parto comunitárias, considerado pioneiro, chamou atenção de organismos internacionais. Como colocado por Tornquist (2004: 221): “Segundo relatos de ativistas da humanização e em função de seu trânsito em outros países, ele logo se tornou conhecido fora do país, tendo sido um interlocutor importante da OMS.”. É devido ao trabalho de Galba Araújo que, em 1985, realiza-se em Fortaleza um encontro da Organização Mundial de Saúde – OMS que resulta na publicação de recomendações importantes para o que chamamos hoje de PH<sup>56</sup>. Em 1998, o Ministério da Saúde instituiu o Prêmio Galba de Araújo para maternidades humanizadas (Ministério da Saúde, III Prêmio Galba de Araújo).

O obstetra Moysés Paciornik, trabalhando com populações indígenas do Paraná e observando as características anatômicas das índias conclui que o sedentarismo da civilização era prejudicial à saúde reprodutiva das mulheres e passa então a pesquisar, relatar e praticar em sua clínica particular – na cidade de Curitiba – o parto de cócoras. Suas publicações, como coloca Tornquist (2004), fizeram enorme sucesso e seu trabalho é hoje continuado pelo filho, também obstetra. Paciornik, em consonância com o trabalho de Leboyer, propunha práticas “(...) não-ocidentais, em uma reinvenção do oriente.” (Tornquist, 2004: 119).

Tal reinvenção do Oriente é ainda hoje ponto importante em práticas relacionadas ao PH, uma vez que se vê a recomendação da utilização de técnicas como acupuntura, massagens como a Shantala<sup>57</sup>, yoga, vegetarianismo, em uma salada de práticas alternativas somadas a outras de criação ocidental como a homeopatia e utilização de florais. Com a inclusão dessas práticas, o PH promove também a participação de outros profissionais, que não obstetras ou médicos, tais como os terapeutas corporais e psicólogos. Uma terapeuta que desenvolveu no Brasil trabalho de importante relação com a promoção do PH é Fadyinha<sup>58</sup>, que atua no Rio de Janeiro, desde a década de 1970, preparando gestantes para o parto por meio da yoga. Atualmente, é responsável também pela

---

<sup>56</sup> Essa publicação é chamada “Guia Prático para a Maternidade Segura”. Foi publicada pela OMS em 1999.

<sup>57</sup> Massagem indiana para bebês e crianças, popularizada por Leboyer que escreve livro de mesmo nome, de forma poética e ilustrativa, mostrando fotos de uma mulher, (Shantala, de onde ele retira o nome da prática), realizando a massagem em seus filhos. Cursos de Shantala são frequentes em locais que oferecem cursos de preparação para o parto.

<sup>58</sup> O verdadeiro nome de Fadyinha é Maria de Lourdes da Silva Teixeira.

promoção do trabalho das *doulas* no Brasil, publicou livros sobre yoga para gestantes e sobre as *doulas*, realiza cursos de formação e seu instituto (Instituto de Terapias e Yoga Aurora) é responsável, junto com outros organismos, por realizar congressos internacionais sobre o “parto ecológico” no país.

O PH pode ser identificado em variados aspectos com relação a uma “cosmologia alternativa” que, com aponta Soares (1994) é uma explicação moderna do mundo marcada pelas ambigüidades de um reconhecimento identitário em oposição a totalitarismos de origem política e tradicional. Tal cosmologia, segundo Soares (op. cit.), está focada no trinômio “corpo-espírito-natureza”, sendo essa última agregadora das demais e transcendente a ela, articulada pela noção de “energia”, sua moeda cultural. Aspectos como a identificação do feminino com a natureza, e a promoção de um feminismo por essa via, compõem o quadro de formação do PH, pós-PSD.

Com aponta Tornquist (2004: 119), a geração pós-PSD é marcada por um ethos individualista libertário, signo dos idos de 1970:

(...) erotização das relações sexuais, ruptura com as instituições tradicionais – família, escola, medicina, Igreja – crítica à medicalização da saúde, entronização da natureza, valorização da liberdade e do espírito *communitas* de organização. Todos estes valores estão presentes nos textos, nas propostas e no discurso dos nativos do movimento. A ligação do parto humanizado com o parto natural e com o de cócoras no Brasil dos anos 70 é direta, apenas a geração mais recente que postula a humanização o faz, como forma de legitimar-se a partir das recomendações da OMS, fruto da negociação de significados entre vertente alternativa e vertente biomédica.

Outra importante pesquisa, realizada por Almeida (1999) também sustenta a visão descrita anteriormente. A socióloga comparou os discursos de mulheres acerca de suas experiências com a maternidade nos anos 1950 e os discursos de suas filhas, na década de 1980, ao se tornarem mães, com relação a cinco aspectos diversos: a relação entre os cônjuges, a relação da gestante com a família de origem, com os profissionais da gravidez e com o grupo de pares (amigos e pessoas da mesma geração) e a relação da mulher consigo mesma.

Os resultados apontaram que, para as mães da década de 1950, a relação entre cônjuges atendia à divisão sexual do trabalho (mulheres, em casa, homens, no trabalho) e era freqüente a ausência do marido em momentos como o parto; a família, notadamente as mães eram responsáveis por transmitir a experiência e o saber; as relações com os profissionais médicos eram marcadas pela impessoalidade e autoridade do saber médico; os pares eram praticamente os mesmos membros da família e a relação da mulher consigo mesma era marcada pela reconstituição concreta da experiência do parto, enquanto um evento delimitador entre fronteiras da vida.

Para as mulheres da década de 1980, diferentemente, os cônjuges eram peças fundamentais e insubstituíveis durante a gravidez e o parto e suas relações, negociadas; a família, principalmente eram tidas como obstáculos causadores de interferências negativas às suas vivências, as relações

profissionais atendiam a um novo arranjo, no qual, os médicos deviam possuir também afetividade, encarando a saúde na perspectiva ecológica e compondo uma equipe profissional em conjunto com terapeutas corporais e psicólogos; os pares representam papel fundamental de apoio e legitimação do modelo alternativo de maternidade e as mulheres vêem a maternidade como uma vivência, de aspectos físicos e psíquicos.

Desta forma, o modelo alternativo de gestação e parto poder ser caracterizado como: um esquema de atendimento que se contrapõem a uma visão tradicional da gravidez “(...) aquela que procura questionar os padrões médicos preestabelecidos, as relações hierárquicas entre médico e gestante [e entre familiares também], o uso indiscriminatório de recursos técnicos.” (Almeida, 1999: 25)

Tendo em face estas diferenças, no pano de fundo da modernização, a autora afirma que novos papéis são compostos, a partir da dissolução de outros, como os papéis de pai, médico, mãe, etc. O modelo alternativo se coloca como um modelo reativo, mas, na verdade, a autoridade neste contexto deve ser vista nas entrelinhas. Assim sendo, se por um lado o obstetra perde uma legitimidade absoluta, a mesma pode ser outorgada ao terapeuta corporal ou a outro profissional.

Assim, o conceito de PH surge e vai, paulatinamente, se afirmando como um “conceito guarda-chuva”, agregador de outras denominações, tais como a de parto natural, parto alternativo e parto de cócoras e as idéias de Leboyer, Paciornick e outras referências. Fazem parte dessas outras referências os difundidos trabalhos de Odent (1982), Kitzinger (apud Tornquist, 2004) e Balaskas (apud Tornquist, 2004)<sup>59</sup>.

Michel Odent, obstetra e também francês, seria um continuador de Leboyer, mas com o diferencial de inclusão da perspectiva científica. Suas obras possuem esse traço, visto, por exemplo, na utilização de uma explicação partindo do hormônio ocitocina<sup>60</sup> para considerar a necessidade de erotização do mundo, no sentido de uma atividade reprodutiva prazerosa, na criação de um mundo melhor, mais pacífico, amoroso e feliz. A produção desse hormônio e, logo, de um mundo mais feliz, é associada negativamente aos efeitos da civilização, ou seja, a civilização teria influído negativamente na produção dessa causa-efeito (o hormônio, uma evidência científica orgânica, do amor, produtor de efeitos benéficos no mundo). Uma frase bastante celebrada de Odent, é constantemente reverenciada no âmbito do PH e retrata essa constatação: “Para mudar a vida é preciso antes mudar a forma de nascer.” (Odent apud Tornquist, 2004: 151). Conseqüentemente, quando um nascimento, um parto, é profanado pelas intervenções desnecessárias da civilização, são causados danos irreparáveis à criança que nasce (o mesmo pode ser aplicado com relação à gestação e experiências intra-útero). Se, por exemplo, não têm contato imediato com a mãe, é arrancado do

---

<sup>59</sup> Do qual se tem uma amostra a partir de trechos já citados anteriormente.

<sup>60</sup> Produzido e estimulado nas relações sexuais, no orgasmo, no parto e na amamentação.

útero por cesariana ou outro procedimento invasivo, poderá tornar-se uma pessoa problemática, violenta, usuário de drogas ou, mesmo, suicida<sup>61</sup>.

Como mostra Tornquist (2004), pelo menos duas contradições, dois pontos de conflitualidade, podem ser relatadas como inerentes aos argumentos de Odent e presentes no PH: a tensão entre o determinismo das experiências intra-uterinas e do nascimento em relação à possibilidade de elaboração posterior pelo indivíduo, ambas relacionadas à pressupostos psicológicos e a percepção do parto como evento simultaneamente cultural e incluído numa perspectiva evolucionária.

O parto, em Odent, é visto como evento prejudicado pela cultura humana, uma vez que observa práticas condenáveis em diversas sociedades, que não a ocidental, atrapalhando o estabelecimento precoce do vínculo mãe-bebê, tão caro à Leboyer. Por isso, introduz a noção de animalidade do parto, enquanto evento fisiológico. A tarefa das mulheres agora seria, portanto, de busca por um parto “animal”, logo natural, oposto às interferências maléficas da cultura humana. A natureza, a animalidade, seria uma origem esquecida, ou recalçada, um elo perdido. Na concepção desse traço romântico, entretanto, como aponta Tornquist (2004), o homem, apesar de “grávido”, é um elemento secundário o que é, aliás, outro ponto de conflitualidade nesse importante teórico do PH, uma espécie de “passaporte” no interior do movimento e uma importante referência de construção identitária<sup>62</sup>. Segundo a autora, acompanhando o desenvolvimento histórico das obras de Odent, percebe-se que um de seus últimos posicionamentos tem sido pelo “inatismo” da capacidade feminina de parir, numa radicalização do “destino fisiológico” da mulher (Tornquist, 2004: 128).

Obras de outras autoras, entretanto, trazem uma visão que tenta aproximar-se do feminismo. Seria o caso das obras de Sheila Kitzinger (nascida em 1929) e Janet Balaskas (nascida em 1946). Segundo Tornquist (2004), a primeira identifica a maternidade como um trabalho social da maior relevância, no qual os homens deveriam participar, dividindo responsabilidades. Balaskas, fundadora de rede internacional pelo parto domiciliar e referência em formação sobre o parto ativo na Europa, aponta que a mulher deve reeducar-se para os instintos, colocando-se a possibilidade de estar no controle do processo de parir. Ambas investem no parto como um evento que deve unificar o exercício de uma sexualidade prazerosa, com um atendimento de qualidade, sendo que esses dois vértices seriam, essencialmente, direitos das mulheres.

Salem (1983) estudando especificamente um dos livros de Kitzinger<sup>63</sup> aponta vários

---

<sup>61</sup> Tornquist (op. cit) retira passagens de obra de Odent que expressam claramente essas conexões.

<sup>62</sup> Nas palavras de Tornquist (op. cit: 127): “Em que pese esta notável dissintonia, Odent é certamente, o maior consenso entre as diferentes vertentes, uma espécie de Fritjof Capra do parto humanizado, ou seja, um cientista que chega às mesmas conclusões atingidas pelos alternativos, por uma via espiritual e holística.”

<sup>63</sup> Kitzinger possui carreira muito profícua, tendo editado cerca de 19 livros. Para informações sobre sua obra, a(o) interessada(o) pode obter muitas informações no site [www.sheilakitinger.com](http://www.sheilakitinger.com).

aspectos que relacionam o ideário do PSD e de suas ramificações posteriores com dilemas modernos, em particular ao dilema da individualização fortemente associada à identidades coletivas. Ao postular o evento do parto como marco inaugurador, como nascimento da família, baseada na relação negociada e compartilhada<sup>64</sup> do casal, em oposição a potencial interferência perturbadora da família de origem e com a intermediação necessária de especialistas, o PSD e suas ramificações, da forma como foi analisado por Salem (op. cit.), está axiologicamente ligado à idéia do “indivíduo sujeito moral”. Valor axiológico que relaciona outros valores como: o anseio pela mudança, por meio do cultivo da diferença e da singularidade, a construção do casal grávido como expressão do sujeito psicológico e a informação como fator fundamental interligado ao fenômeno individualismo-racionalismo.

Assim, o PH, herdeiro bem sucedido da geração pós-PSD, nos anos 1990, inscreve-se em um terreno de conflitualidades, sejam encravadas nas ambigüidades da relação indivíduo-sociedade, como aponta Salem (1983), sejam nas tensões da busca de um instinto ou essência da natureza, simultaneamente de fora da cultura (da cultura ocidental artificialista e causadora de iatrogenias) e de dentro da cultura (pela necessidade do aprendizado ou re-educação que implica)<sup>65</sup>.

Tornquist (2004) aponta que o PH é “forjado” nas conferências da Organização Mundial da Saúde – OMS, tendo sido “validado” no Brasil por um grupo de profissionais associados à Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - REHUNA, fundada em 1993 em Campinas, São Paulo. De acordo com a autora:

É difícil definir o momento exato em que herdeiros do parto sem dor dos anos 70, identificados com o parto natural aderiram, ao que hoje se chama de Parto Humanizado, ou, se não aderiram, pelo menos passaram a vê-lo como sendo parte desse movimento. Na verdade, as Conferências da OMS forjaram a elaboração de uma nova identidade, em torno do termo humanização da assistência. É difícil definir o momento exato em que herdeiros do parto sem dor dos anos 70, identificados com o parto natural aderiram, ao que hoje se chama de Parto Humanizado, ou, se não aderiram, pelo menos passaram a vê-lo como sendo parte desse movimento. Embora o termo humanização não seja interpretado de forma unívoca, nem mesmo no campo do movimento, pode-se dizer que, no campo da REHUNA, ele assume os pilares centrais do ideário do PSD. É bom ressaltar que o Parto Humanizado dos anos 90 e 2000 veio a englobar essas propostas anteriores, sucessoras do Parto sem Dor. No entanto, as relações com esse são bastante tímidas, quase ausentes da geração atual de ativistas: referências a Lamaze, por exemplo, são esparsas e, em geral, críticas. No caso do Brasil, a REHUNA, ao colocar em seu próprio nome a noção de humanização, certamente tem contribuído para a construção dessa identidade.

---

<sup>64</sup> Um ponto interessante a esse respeito é a inclusão, nas atividades de treinamento do casal para o parto, de exercícios de simulação das contrações realizados também pelo homem, numa espécie de *couvade* induzida (a síndrome de *couvade* é a denominação utilizada para os homens que apresentam os mesmos comportamentos, específicos da gestação, que suas mulheres durante o período).

<sup>65</sup> Tais aspectos conflituosos do PH podem ser relacionados tanto ao individualismo das sociedades modernas, apontado por Salem (op. cit.) a partir do referencial de Gilberto Velho e Louis Dumont, quanto ao processo civilizador teorizado por Elias como constitutivo dessas mesmas sociedades.

(Tornquist, op. cit.: 140).

A formação da REHUNA é um ponto muito interessante, como mostra Tornquist (2004) com relação à identificação de seus fundadores com uma identidade “alternativa”, nos moles dos valores individualistas característicos da modernidade expostos acima como de importância ao PH. O grupo reuniu alguns profissionais que se intitulavam “ginecologistas marginais” e também enfermeiras, psicólogas, terapeutas corporais, sendo as mulheres dominantes (31 fundadoras num grupo de 33 profissionais) e muitas com identificação direta na militância pelos direitos reprodutivos. O encontro, realizado como uma espécie de retiro, em um sítio, resultou na Carta de Campinas. Esse documento é marcado pela aglutinação dos termos oriundos do pós-PSD, como o parto natural e o nascimento sem violência de Leboyer, pela crítica à medicalização, no abuso de intervenções e a transformação do parto em evento patológico, por um olhar feminista e a busca por conferir cientificidade aos argumentos com referências à Medicina Baseada em Evidências. As pessoas envolvidas também apresentavam uma relação importante com o feminismo, seja em movimentos sociais, seja no diálogo com o Estado por meio do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM. Importante ressaltar, também, que o documento trazia suas proposições direcionadas à diversos setores da sociedade, convidando os interessados a levar adiante a causa, no formato de rede de iniciativas que congregava mulheres, profissionais, representantes do movimento social e da sociedade civil e instâncias do governo.

Atualmente, a REHUNA encontra-se formalizada como ONG e conta com centenas de associados. O caminho até sua formalização, como mostra detalhadamente Tornquist (2004), foi marcado pela realização de fóruns virtuais de discussão, por meio de listas de discussão e sites da internet e por Plenárias Nacionais, realizadas concomitantemente a encontros sobre a humanização do parto no Brasil. Tais encontros eram realizados, primeiramente, juntamente com o Encontro Gestação e Parto Conscientes, realizados pelo Instituto de Terapias e Yoga Aurora, da terapeuta Fadyinha, citada anteriormente.

Dois encontros marcantes – tanto para a definição de uma identidade para a REHUNA, como aponta Tornquist (2004), quanto para a história do movimento pela humanização no Brasil –, aponta Diniz (2005), aconteceram em 2000 (Congresso de Fortaleza/Conferência Internacional sobre Nascimento e Parto) e em 2002 (Conferência Ecologia do Parto e Nascimento). Do primeiro, resultou a Carta de Fortaleza que, para Tornquist (2004) marca uma nova fase do movimento, a partir de sua plena identificação com uma visão eco-feminista, justapondo feminismo e ecologismo e de sua internacionalização. Uma constante dos encontros temáticos sobre a humanização do parto no Brasil tem sido, como aponta a referida autora, a fusão de ethos, entre as correntes biomédica e alternativa e a participação de convidados internacionais, com alguns dos teóricos citados ao longo desse trabalho, notadamente, Michel Odent e Robbie Davis-Floyd.

Atualmente pode-se referir que a Internet tem sido um meio privilegiado de divulgação da questão da humanização do parto no Brasil e instituições que a representam, fato que está relacionado à caracterização do movimento de humanização como um movimento de uma classe média letrada, como aponta Tornquist (2004). Numa rápida busca no meio eletrônico<sup>66</sup>, podemos citar como elementos que sustentam a afirmação anterior a presença de 108.000 referências à “humanização do parto” e 1.740.000 à “parto humanizado”; doze comunidades no Orkut<sup>67</sup>, seis listas de discussão<sup>68</sup> e seis sites de ONGs ou redes relacionadas ao tema<sup>69</sup>.

Diniz (2005), que realiza vasta pesquisa sobre humanização do parto<sup>70</sup>, enumera uma série de fatos relativos à história do PH no mundo e no Brasil. Em outros países podem ser apontados como eventos significativos relativos especificamente ao parto: o revisionismo obstétrico comentado acima, de Dick-Read, Lamaze e Leboyer, o parto natural do movimento *hippie*<sup>71</sup>, o movimento de usuárias pela reforma do parto, nos EUA, na década de 1950, ao qual se pode acrescentar o movimento inglês, na década de 1980<sup>72</sup>, o movimento feminista incidindo sobre a saúde a partir da década de 1950 e promovendo uma “assistência baseada em direitos”, as abordagens de autores já descritos – Michel Odent com a fisiologia do parto, Sheila Kitzinger com a abordagem psicossocial e Janet Balaskas com o parto ativo –, serviços de denominação “amiga da mulher” ou “centrado na mulher” e, mais recentemente, uma abordagem do parto como evento genital e erótico<sup>73</sup>.

---

<sup>66</sup> Utilizando como ferramenta de busca o buscador Google.

<sup>67</sup> Maior site de relacionamentos utilizado pelos brasileiros ([www.orkut.com.br](http://www.orkut.com.br)).

<sup>68</sup> As listas são assim denominadas: amigas do parto, parto natural (moderada por Fadyinha), lista da Rehuna, parto nosso, mães empoderadas e parto do princípio.

<sup>69</sup> Essas entidades e ano de fundação (de acordo com as informações disponíveis) são as seguintes: ONG Amigas do Parto (2003), ONG Grupo Curumin (1989), ONG Cais do Parto (1991), GAMA – Grupo de Apoio à Maternidade Ativa, Rede Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa e REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (1993).

<sup>70</sup> A pesquisadora Carmem Simone Grilo Diniz é professora do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, médica ginecologista e obstetra, sanitarista e integrante atuante da REHUNA e do Coletivo Feminista de Saúde e Sexualidade. Presença constante em eventos sobre humanização no Brasil, publica com frequência sobre humanização do parto e o intervencionismo da obstetrícia brasileira, em periódicos nacionais e internacionais, e pode ser apontada como uma das principais interlocutoras (entre academia e movimento social, principalmente) sobre o assunto no Brasil.

<sup>71</sup> Do qual é exemplo a experiência do parto natural, espiritual e familiar realizado na comunidade *hippie The Farm*, fundada em 1971, no estado do Tennessee, Estados Unidos. Ina May Gaskin, já citada, é a maior representante das parteiras dessa comunidade, tendo escrito livros e viajado pelo mundo relatando a experiência. Atualmente, a comunidade conta com cerca de 200 pessoas que vivem praticando várias atividades de cunho alternativo como o vegetarianismo, permacultura, construções ecológicas, dentre outras. A comunidade possui um site com muitas informações: [www.thefarm.com](http://www.thefarm.com).

<sup>72</sup> Janet Balaskas afirma que um grupo de mulheres que encontrava resistência para realizar um parto ativo fundou em 1982 o “Movimento pelo Parto Ativo”, com a promoção de um manifesto escrito pela causa. Essas mulheres teriam sido preparadas para o parto por ela mesma, que a partir de 1978 realizava este trabalho com aulas de yoga. Além disso, esse grupo de mulheres, na mesma ocasião de fundação do movimento, realizou uma manifestação, denominada “Comício pelos Direitos de Parir”. Neste comício mulheres ficavam de cócoras no saguão de um hospital, representando: “(...) um protesto contra os hospitais que negavam as mulheres o direito e a liberdade de se movimentar durante o trabalho de parto e de dar à luz na posição vertical, de cócoras ou de joelhos, apesar das evidências sobre suas vantagens.” (Balaskas, 1993: 10). Pelo depoimento da autora “(...) o acontecimento foi memorável, provocando uma mudança de atitude nos hospitais” (ibidem).

<sup>73</sup> A responsável por tal abordagem é a parteira mexicana, também antropóloga, Naoli Vinaver, também uma presença



Outros eventos também importantes, no mundo, seriam: os questionamentos teóricos causados por leituras do fenômeno a partir da perspectiva das ciências sociais, em particular do que Diniz (2005) chama de Antropologia do Parto, localizada nos anos 1970, e a crítica do modelo de atenção ao parto partindo das ciências da saúde, o Ano Internacional da Criança, em 1979, a partir do qual se formou colaboração internacional (articulando principalmente a OMS e a OPAS) para investigação e criação de diretrizes para a diminuição das mortalidades materna e perinatal, culminando, tal colaboração, com a realização de conferências internacionais<sup>74</sup>, sendo a mais famosa a de Fortaleza, em 1985, e a publicação dos seguintes documentos de referência: uma revisão exaustiva de procedimentos, em 1989, uma revisão sistemática em 1993, e uma síntese em 1996<sup>75</sup>, marcados pela Medicina Baseada em Evidências. Deslandes (2005b) ainda cita como eventos importantes para a configuração do PH internacionalmente as conferências sobre os direitos das mulheres (realizadas no México, Cairo e Beijing) e a propagação dos direitos reprodutivos.

Para a contextualização histórica do PH no Brasil, Diniz (2005) ressalta a importância dos seguintes fatos: o surgimento de profissionais e grupos dissidentes, na década de 1970, como os já citados Galba de Araújo (Ceará) e Moisés Paciornick (Paraná) e o Instituto de Terapias e Yoga Aurora (Rio de Janeiro) e o Hospital Pio X<sup>76</sup> (Goiás); grupos que ofereciam serviços diferenciados relacionados à gestação e parto a partir da década de 1980, como os grupos Curumin e Cais do Parto (ambos em Pernambuco), Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde<sup>77</sup> e a Associação Comunitária Monte Azul<sup>78</sup> (ambos em São Paulo), a fundação da REHUNA, em 1993 e a mobilização que ocasionou por meio de seus encontros, documentos e por meio da Internet, o surgimento, em 1994, da Maternidade Leila Diniz (Rio de Janeiro), primeira auto-intitulada “humanizada”, a proposição do Prêmio Galba Araújo, em 1998, e das Casas de Parto (Portaria nº 985), em 1999, a criação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar<sup>79</sup>, pelo Ministério da Saúde, ambos em 2000. Deslandes

---

constante em eventos brasileiros.

<sup>74</sup> Deslandes (2005b) refere que a OMS realizou três conferências internacionais, na década de 1980, para a produção de “novos consensos” sobre a assistência à gestação, parto e puerpério, em Fortaleza, Washington e Trieste.

<sup>75</sup> Esse documento, como relata Diniz, teria sido publicado no Brasil pelo Ministério da Saúde sob o título *Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático*, em 2000 e enviado para todos os ginecologistas-obstetras e enfermeiras obstetras do país.

<sup>76</sup> Esse hospital abriga uma casa de parto, na qual trabalham alguns profissionais ligados à REHUNA. A humanização parece não ser restrita à questão do parto, como mostrado por Cristina Dias, em dissertação de mestrado sobre o método rêsseguier, defendida no Departamento de Antropologia da UnB.

<sup>77</sup> O Coletivo adquire notoriedade com relação à questão do PH quando publica o *Dossiê Humanização do Parto*, sob coordenação de Carmem Simone Grilo Diniz.

<sup>78</sup> Esta associação foi criada em 1979, por uma pedagoga alemã (Ute Craemer) no intuito de realizar um trabalho social com crianças na Favela Monte Azul a partir de práticas de cunho antroposófico. Aos poucos esse trabalho foi crescendo e sendo expandido, principalmente nas áreas de educação e saúde. Ângela Gehrke da Silva, parteira alemã, atuou também como parteira da favela e após dez anos de trabalho em ambulatório, foi criada, em 2007, uma casa de parto na comunidade (Sepúlveda, 2007)

<sup>79</sup> Esse programa foi substituído pela Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, em 2004, que pretende

(2005b) ressalta também a Norma de Atenção Humanizada do Recém Nascido de Baixo Peso, de 1999 e algumas publicações do Ministério da saúde: *Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à Mulher*, de 2001 e *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Mãe Canguru*, de 2002. Mais recentemente, pode-se incluir nesse rol a promulgação da Lei nº 11108 em abril de 2005 que institui o direito à acompanhante no parto realizado pelo SUS e a Portaria nº 2418 de dezembro do mesmo ano, que a regulamenta.

O PHPN foi instituído por uma série de portarias do MS (Portarias nº569/GM, nº570/GM, nº571/GM, nº572/GM e nº 356<sup>80</sup>) e, segundo Serruya et al (2004a), tendo como objetivo principal a redução das taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal. Três itens seriam responsáveis pela operacionalização do programa: a ampliação do acesso ao pré-natal, o “estabelecimento de procedimentos e ações” fundamentais no pré-natal e a vinculação da assistência ambulatorial ao momento do parto. Como refere a autora (Serruya et al, 2004a), as ações programadas para o cumprimento desses itens seriam: a realização da primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação, a realização de no mínimo seis consultas no pré-natal e uma consulta até 42 dias após o parto, e uma série de exames<sup>81</sup>. Segundo Serruya et al (2004a) a estratégia criada para adesão dos municípios ao programa foi a adoção de um sistema de custeio<sup>82</sup>, averiguado com base num programa informatizado, o SISPRENATAL.

Em que pese o comprometimento “reversionista” do programa, identificado por Serruya et al (2004b) como sua “tônica”, toda a discussão de um modelo de assistência desafiador, com relação a obstetrícia tradicional que tem como característica o intervencionismo, fica limitada a poucas indicações concretas de ação, nas portarias que o instituem. A discussão é contemplada nos textos normativos, porém sua operacionalização fica restrita aos itens prescritos pelo programa, relativos à garantia de uma assistência mínima no pré-natal e à garantia de vaga em leito obstétrico, em alguma maternidade de referência. Garantias relativas aos direitos e à qualidade da assistência, preconizados pelo PH ficam bastante restritos.

Para exemplificar, podem-se retirar alguns trechos significativos da Portaria nº569/GM. O seu primeiro “considerando”, como também refere Serruya et al (2004b), o MS assume: “que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania”. No Anexo II dessa

---

ampliar o escopo da questão da humanização no âmbito do SUS, de forma a abarcar todas as práticas promovidas pelo sistema.

<sup>80</sup> Publicadas em 1º de junho de 2002 (as quatro primeiras) e em 22 de setembro de 2000 (a última).

<sup>81</sup> Tipagem sanguínea (ABO-Rh), VDRL (em dois momentos), urina rotina (em dois momentos), glicemia de jejum (em dois momentos), hemoglobina/hematócrito, anti-HIV, aplicação de vacina anti-tetânica até a dose imunizante (até duas doses).

<sup>82</sup> Segundo Serruya et al (2004a), os municípios receberiam a quantia de R\$10,00 por gestante inscrita no SISPRENATAL e R\$40,00 por gestante que concluisse o pré-natal, com todos os itens considerados.

mesma portaria, são elencados como “princípios gerais e condições para a adequada assistência ao parto”: “receber com dignidade a mulher e o recém-nascido” nas unidades de saúde, adotar práticas “humanizadas e seguras”, incorporar condutas “acolhedoras e não-intervencionistas”, “admitir a visita do pai sem restrição de horário”, “assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação”, dentre outras condições relacionadas mais a garantias básicas. Nenhum desses itens listados possui algum tipo de estratégia de garantia que permita a averiguação de sua ocorrência, sendo que, ainda, o direito a acompanhante durante a internação fica condicionado a “desde que a estrutura física assim permita”.

Alguns dados atualizados sobre a implementação do PHPN podem ser obtidos a partir de recente publicação do MS (Brasil, 2007) acerca dos resultados do Pacto para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 2004, como parte da participação do Brasil na efetivação das Metas do Milênio. O documento refere que foram qualificados 457 maternidades, o que inclui 1857 profissionais, em Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada com base em Evidências Científicas, realizados pela Área Técnica de Saúde da Mulher em parceria com várias entidades, entre elas a REHUNA. Um total de 1538 profissionais foram qualificados para atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, por meio do mencionado Método Canguru. Em nove estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foram treinadas 664 parteiras tradicionais<sup>83</sup>. O documento também se refere à publicação da portaria que regulamenta a “lei do acompanhante”, como ficou conhecida, e que o PHNP conta até o momento com a adesão de 5.211 municípios, o que corresponde à cerca de 94% dos municípios brasileiros, significando o atendimento de 2.858.593 gestantes.

Uma questão importante a ressaltar, com relação à atuação do MS em iniciativas voltadas ao PH, é a questão das Casas de Parto – tecnicamente intituladas Centro de Parto Normal, na portaria de referência. Essas unidades são centros de assistência ao parto normal sem riscos, ou, na linguagem médica, sem distocia (quaisquer tipos de complicações). Existem em vários países, como unidades de alta “resolutibilidade” – baixos custos e eficácia no alcance de seus objetivos – tal como nos EUA e no Japão<sup>84</sup>, apresentando baixíssimos níveis de morbimortalidade materna e neonatal (Sepúlveda, s.d.).

A identificação das casas de parto com a proposta do PH se dá a partir do baixo intervencionismo que caracteriza a assistência nesses locais, cuja marca é o atendimento por

---

<sup>83</sup> Entende-se como parteiras tradicionais mulheres que assistem o parto sem educação formalizada para tal atividade.

<sup>84</sup> O Japão é uma referência quando se trata de Casas de Parto, tendo inclusive, a Japan International Cooperation Agency – JICA, firmado convênio com o MS para a realização de cursos de capacitação voltados a enfermeiras obstétricas e gestoras(es) brasileiras(os) com duração entre um e três meses e com estágio prático nas Casas de Parto do Japão. Além dessas capacitações, a JICA vem atuando no Brasil desde 1994, aproximadamente, por meio de estudos e financiamento de projetos relacionados a humanização do parto e Casas de Parto, principalmente na região nordeste, segundo Project Outline ([www.jica.org.br](http://www.jica.org.br)), acesso em 10 de janeiro de 2007).

enfermeiras obstétricas ou parteiras treinadas. Sendo ambientes mais acolhedores, por vezes, com alternativas sofisticadas de alívio não-farmacológico da dor – como na Casa de Parto Sofia Feldman, em Belo Horizonte, que conta com banheiras de hidromassagem – ou, geralmente, condições simples de auxílio à mulher em trabalho de parto (presença de acompanhante, massagens, estímulo à postura ativa por meio de caminhadas, banhos, e outras) podem proporcionar assistência mais personalizada e, em muitos casos, com o envolvimento da comunidade na qual se instalam. Um fator de segurança importante é que, sempre, nesses locais existem unidades móveis para realizar a remoção das gestantes no caso de ocorrência de alguma complicação no parto.

Atualmente, existem 14 casas de parto no Brasil<sup>85</sup>, todas integrantes do SUS, e essas enfrentam constantemente a resistência da classe médica, vide o exemplo da Casa de Parto de Realengo, que enfrentou batalha judicial promovida pelo CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, da Casa de Parto da Comunidade Monte Azul, cuja responsável, era acusada judicialmente de exercício ilegal da medicina (Tornquist, 2004) e de várias manifestações de repúdio que podem ser vistas na Internet e em periódicos de entidades ligadas a Ginecologia e Obstetrícia, como o artigo do Dr. José Aristodemo Pinotti, professor na USP, que classifica as casas de parto em ambiente urbano, como em São Paulo, de “penduricalhos pirotécnicos”, desnecessárias e perigosas (Pinotti, 2000).

### **2.3 – O caso do Distrito Federal**

Concentrando-se o olhar sobre a assistência obstétrica no Distrito Federal, atualmente percebe-se que a humanização do parto é propagada por vários profissionais em cursos para gestantes realizados nos hospitais particulares e em programas de pré-natal realizados nos hospitais públicos. Dentre os hospitais privados que realizam cursos para gestantes e incluem a humanização no seu escopo, estão o Hospital Santa Lúcia, Hospital Santa Luzia e o Hospital Brasília, todos localizados no Plano Piloto.

Dentre as maternidades públicas, o DF conta com duas instituições referência em humanização: o Hospital Regional da Asa Sul – HRAS e a Casa de Parto de São Sebastião – CPSS, ambos agraciados com o título de “Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC”<sup>86</sup>. Hospital da Universidade de Brasília – HUB mantém um grupo de gestantes que realizam atividades de apoio (conversas informativas e troca de informações) e preparação para o parto (ginástica para gestantes, com exercícios para o parto).

---

<sup>85</sup> Segundo informações da Wikipédia ([www.pt.wikipedia.org/wiki/casas\\_de\\_parto](http://www.pt.wikipedia.org/wiki/casas_de_parto), acesso em 10 de abril de 2007).

<sup>86</sup> O IHAC foi criada em 1990 pela OMS e UNICEF na intenção de “promover, proteger e apoiar o aleitamento materno”. Para obter o título, as instituições interessadas devem seguir dez recomendações e solicitar avaliação das autoridades competentes, com representantes no MS ([www.unicef.org/brasil/ihac.htm](http://www.unicef.org/brasil/ihac.htm), acesso em 10 de abril de 2007).

O DF conta com 11 maternidades com o título de IHAC, respectivamente, em ordem de obtenção: Hospital Regional de Taguatinga, Hospital Regional de Sobradinho, Hospital Regional da Asa Sul, Hospital Regional de Planaltina, Hospital Regional do Gama, Hospital Regional de Brazlândia, Hospital da Universidade de Brasília, Hospital das Forças Armadas, Hospital Regional da Asa Norte e a Unidade Mista Casa de Parto de São Sebastião.

A humanização no DF também é promovida, no contexto da assistência privada, de por meio das atividades dos profissionais envolvidos (as), tais como as atividades de: médicos obstetras, enfermeiras obstétricas, *doulas* e preparadoras do parto. Além disso, Brasília conta com espaços privados que oferecem, principalmente, serviços de preparação para o parto, levando em conta as condições humanizadoras, como o “Espaço Gen”, a “Clínica Florescer” e o “Espaço Ventre Livre”. Esses espaços costumam realizar cursos de preparação para o parto, ginástica para gestantes, yoga para gestantes, curso de Shantala, entre outras atividades.

No DF, são conhecidas apenas pesquisas de cunho antropológico e bioético, levando em consideração a questão do PH, no HRAS e no HUB. Sobre o HRAS, a pesquisa na maternidade realizou-se no escopo de pesquisa mais ampla, sob a temática geral da violência e conflitualidades nas instituições de saúde do DF<sup>87</sup>.

O HRAS é também referência de gestação e parto de alto risco no DF. Trata-se de uma maternidade de grande porte que realiza em torno de 783<sup>88</sup> partos por mês, o que resulta na média de aproximadamente 26 partos/dia. Assim, seu centro obstétrico é constituído de três alas. Uma com leitos separados por cortinados, na qual são instaladas as mulheres sem riscos nos partos; a ala das PPP's (leitos de pré-parto, parto e pós-parto), na qual ficam as mulheres identificadas como parturientes de alto risco e que são monitoradas com maior frequência ou aparelhos de maior complexidade. Por fim, a ala cirúrgica, onde são realizadas cesarianas e outras intervenções ginecológicas, que permanece interdita à passagem das pessoas que circulam nos demais espaços do centro obstétrico. Na área dos leitos simples há dois banheiros, um com chuveiro que pode ser utilizados pelas mulheres em trabalho de parto e uma pequena varanda, na qual essas mulheres poderiam circular.

Sevilla (2004), que realizou etnografia no centro obstétrico do HRAS, indica que a noção de humanização variou conforme os profissionais, mas, em geral, expressou um movimento de mudança pela qualidade do atendimento das gestantes. Essa mudança incluía, como enunciado na

---

<sup>87</sup> A pesquisa, intitulada “Olhares Institucionais sobre as Violências e Conflitos Interpessoais e Intrafamiliares: uma perspectiva comparada entre o Sistema de Saúde e o Sistema Policial” era coordenada pela Profª. Dra. Lia Zanotta Machado, do Departamento de Antropologia, no âmbito do Grupo Gênero e Saúde do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher – NEPeM e dela participavam alunas do curso de antropologia, psicologia e serviço social.

<sup>88</sup> Segundo notícia “Absorvente para bebês” veiculada no Correio Braziliense, em 21 de fevereiro de 2003, que relata a falta de fraldas para bebês nos hospitais públicos do DF.

narrativa dos profissionais, um atendimento de cuidado mais intenso na busca de evitar o sofrimento físico e psíquico, incorporando-se práticas de saberes tradicionais ou alternativos. No entanto, a pesquisadora constatou que muitas das recomendações da OMS ou do MS, conhecidas pelos profissionais, eram ignoradas na prática. A democratização das relações entre profissionais e gestantes também não era um objetivo claro. Sevilla (2004: 3) afirma:

Garantir ao outro a possibilidade de ser tratado como sujeito em geral não é colocado, o que, se fosse feito, implicaria em considerar a necessidade de mudanças na distribuição do poder que se encontra naturalizada como prevalentemente, se não exclusivamente, objeto de gerência da classe médica como reflexo de um discurso que reconhece a hegemonia de um saber médico-científico (...).

Sevilla (2004) observou que muitas mulheres, de baixa renda e provenientes de lugares distantes, ficam muitas horas aguardando a internação na ante-sala de espera, quando é constatado que não estão em trabalho de parto efetivo. A pesquisadora conta ter observado profissionais que realizam anamnese sem sequer olharem para a gestante, praticamente de costas, e que a presença da acompanhante no parto - condicionada à participação no curso para gestantes realizado pelo hospital - na prática é bastante rara - devido a essa mesma exigência, que não é conhecida - em geral, pelas gestantes, que “muitas situações intensas e graves para a saúde psíquica são experienciadas de forma solitária pelas mulheres”<sup>89</sup> - sem o conhecimento dos profissionais médicos (as) que utilizam apenas prontuários como base de informações sobre as mulheres internadas, passados em revista a cada troca de plantões - , que o tédio, medo e insegurança, parecem ser os principais acompanhantes das mulheres internadas nas PPP's e que não é incomum mulheres estarem sozinhas no momento da expulsão do bebê, o que é bastante temido por elas.

O estudo de Griboski (2004), ancorado nos referenciais da bioética feminista e da análise de conteúdo de Bardin, foi realizado no HUB, buscando compreender as percepções de mulheres e profissionais sobre a implementação do PHPN. Segundo a autora, os resultados apontaram que as mulheres desconhecem a assistência que lhes é prestada - tanto o que acontece com seus corpos, como seus direitos - e aceitam com certa naturalidade as situações nas quais são maltratadas, agindo de forma submissa e, dessa maneira, ficando em posição de vulnerabilidade, opressão e subordinação.

Griboski (2004) também aponta que os profissionais desconhecem outra forma de atuar, que não a intervencionista, e por isso resistem às ações preconizadas pelo PHPN. Os mesmos acreditam ser necessário adequar-se ao novo modelo, uma vez que sua formação universitária não é

---

<sup>89</sup> Em particular, conta o caso de uma mulher cuja gravidez era resultado de um estupro. Essa mulher não respondia aos profissionais e não permitia contato físico, pois, como relatou a pesquisadora, desejava a morte do bebê e ouvir seus batimentos cardíacos (monitorados por aparelho eletrônico) era lembrar do estuprador. Os médicos responsáveis não compreendiam suas ações e não tinham conhecimento de seu sofrimento psíquico.

compatível. Identificam como sendo fatores necessários para o acontecimento de uma mudança na assistência: melhores recursos humanos e físicos, melhor remuneração e treinamento relacionado ao PHPN. A autora identifica ainda a falta de comunicação como fator que influi na construção de políticas “de cima para baixo”, sobre as quais mulheres e profissionais não são ouvidos e a invisibilidade da enfermeira obstétrica nos discursos.

#### **2.4 – Uma história heróica: a humanização como um espaço de interseção entre o feminismo e as práticas obstétricas.**

Como aponta Tornquist (2004), a temática da gravidez e parto, em sua relação com o feminismo, implicou em um paradoxo: foi rechaçada num primeiro momento, pois se descolava da principal reivindicação dos direitos reprodutivos (a possibilidade de evitar a gravidez) característicos do feminismo inicial<sup>90</sup>. O feminismo foi construído, em grande parte, como crítica à maternidade, enquanto realização obrigatória da feminilidade e da condição natural da mulher enquanto sujeito. Entretanto, pensar a humanização do parto enquanto uma das contribuições feministas à saúde reprodutiva tem sido uma tônica do movimento social e da bibliografia específica, (Diniz, 2005; Tornquist, 2004) o que deve ser compreendido em sua historicidade.

Costa e Aquino (2000) fornecem uma revisão história das relações entre o movimento feminista e a saúde no Brasil, indicando que falta produção historiográfica sobre a atuação das mulheres e do feminismo na saúde.

Desde a década de 1930 e até os anos de 1970 as políticas de saúde voltadas para as mulheres na verdade buscavam a proteção da infância, considerando, portanto, a mulher, apenas em sua dimensão procriativa e os programas eram voltados para o ciclo gravídico-puerperal. A saúde pública, como evidencia Costa e Aquino (2000), nesse contexto era pró-natalista e a medicina se encarregava de naturalizar o papel da mulher como reprodutora<sup>91</sup>. Na década de 1960, teria

---

<sup>90</sup> Essa percepção, que exclui especificamente o parto e, por extensão, a gravidez, da arena dos direitos reprodutivos, encontra representantes em teóricas das ciências sociais, como é o caso da Profa. Dra. Maria Luísa Heilborn, que manifestou essa visão quanto interpelada diretamente sobre a questão em sessão de autógrafos na XXVIII ANPOCS, realizada em Caxambu - MG, no ano de 2004.

<sup>91</sup> Inclusive é demarcada a opinião médica com relação à necessidade do controle de natalidade nos países do Terceiro Mundo e a necessidade de promover o crescimento da população dos países com taxas de fecundidade em decadência, como mostram os trechos seguintes, retirados de Jorge de Rezende (1998), ginecologista e obstetra que é referência no Brasil: “Na Alemanha é a conjuntura sinistra e têm-se perguntado os competentes se o país está acabando. Os baixos índices demográficos lá também esvaziam as maternidades e parecem insuficientes para garantir a reposição populacional indispensável à sobrevivência da nação. Contribui para engravescer o quadro, onda migratória proveniente da Turquia e das devastadas regiões do que foi, até recentemente, a Iugoslávia, fragmentada pela guerra. Muçulmanos da Bósnia, às centenas de milhares, turcos, e outras hordas invasoras fizeram surgir ondas xenófobas e se generaliza a rejeição aos estrangeiros, mão-de-obra desqualificada e, todavia, necessária à tecnologia dos países industrializados. (...)”

emergido o debate conflituoso, do ponto de vista do governo, acerca do controlismo (ações voltadas para o controle do crescimento populacional) e do pró-natalismo (ações voltadas para o incentivo ao crescimento populacional), uma vez que não tinha uma ação definida, mas permitia a ação de organismos internacionais<sup>92</sup>.

Continuando esse histórico, a década de 1970 teria sido um marco da crise da saúde no Brasil, em virtude da privatização da assistência médica, marcando a assistência por uma lógica mercantilista que não comportava as necessidades da população (Costa e Aquino, 2000). A assistência médica e em saúde, em geral, até então, era restrita aos trabalhadores com carteira assinada, que poderiam recorrer ao INAMPS – Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social, aos hospitais filantrópicos e beneficentes, às caixas de assistência específicas de alguns segmentos de trabalhadores da população e aos serviços privados (Canesqui, 1992).

Como referem Costa e Aquino (2000), o início dos 1980 marca profundas mudanças na arena política, com a redemocratização e amplo movimento pela saúde, contando com diversos atores, o que ocasionou a chamada Reforma Sanitária. Tal reforma é responsável pela instituição do Sistema Único de Saúde – SUS, legitimado publicamente em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde e definido em seus termos fundamentais na Constituição de 1988. Segundo Costa e Aquino (2000: 184):

A matriz teórico-conceitual desse movimento provinha do campo da saúde coletiva e tinha como pressuposto fundamental a natureza social da saúde e da doença; também postulava a saúde como direito de cidadania e o seu provimento como dever do Estado. Conseqüentemente, procedia a uma profunda crítica ao modelo de atenção à saúde, o que resultou na formulação de uma proposta de reordenamento do sistema baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Posteriormente, foi publicada a legislação que regulamentou os princípios e diretrizes do SUS, instituindo o controle social (por meio das Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde) e as transferências (regime de pagamento) entre as três esferas de governo (municipal, estadual e federal).

Segundo Costa e Aquino (2000) o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM emerge em 1983, com uma perspectiva altamente renovadora com relação às políticas

---

” (Rezende, 1998: 4). Nessa passagem vê-se, em primeiro lugar, a dicotomização entre os países desenvolvidos e os não desenvolvidos, sendo, nos primeiros, identificados como nações, extremamente preocupantes as baixas taxas de fecundidade, o que se dá ao contrário quando o foco da análise são os países mais pobres. Não há nenhuma relação ou consideração histórica entre ou sobre a condição de ambos, mas há uma clara atribuição de culpabilidade dos problemas mundiais e, em especial, dos países europeus, pelos países não desenvolvidos. São os imigrantes, hordas invasoras, causadores, eles mesmos, do xenofobismo e da rejeição social. Só possuem valor em virtude de serem mão de obra barata. As considerações do autor sobre as questões populacionais brasileiras também “não deixam por menos”: as regiões mais pobres são responsáveis por engravescer nosso subdesenvolvimento e manter as perplexidades do país. Nenhuma consideração é feita sobre o papel das mulheres, suas escolhas e direitos e a questão dos níveis de fecundidade. O planejamento familiar é colocado como “direito inalienável do **homem civilizado**” (grifos meus) e faz-se referência apenas às “reformas sociopolíticas de tipo igualitário”.

<sup>92</sup> Goran Therborn (2006) mostra, a partir de vasta pesquisa empírica de escopo mundial, que o controlismo implicou em debates e conflitos entre governos de vários países, cientistas, segmentos religiosos e a população.



públicas voltadas para as mulheres, o que seria visto nos aspectos principais de programa: era de caráter horizontal e descentralizado, como parte da reforma sanitária, sendo constituído a partir da participação das mulheres – no seu “planejamento, implantação e acompanhamento” –, com uma visão holística da saúde feminina e visão da mulher enquanto sujeito, incorporando-se a anti-concepção e outras medidas relativas à saúde das mulheres e não de seus filhos, bem como sua educação para medidas não-sexistas. A integralidade, assim, seria sua diretriz.

O PAISM teria sido responsável pela promoção da democratização da anticoncepção de forma diversificada e informativa, mantendo a autonomia das famílias nessa questão. As autoras ressaltam a importância do movimento feminista no âmbito da reforma sanitária e suas reivindicações para o campo da saúde das mulheres: “A mudança de abordagem da política de saúde da mulher resultava da convergência de interesses e concepções do movimento sanitário e do movimento feminista – este último, desde então, mobilizado pela sua implementação” (Costa e Aquino, 2000: 187). Segundo as autoras, ainda, “a perspectiva de gênero estava subjacente à proposta” (Costa e Aquino, 2000: 188), implicando em parcerias entre Estado e entidades feministas que buscaram promover a autonomia da mulher por meio da saúde, produzindo material e iniciativas educativas. Tais parcerias teriam resultado da atuação dos movimentos sociais e da sociedade civil em torno do feminismo, das quais são características ONGs como a Musa, de Belo Horizonte e a Transas do Corpo, de Goiânia. Como sintetizam Ávila e Corrêa (1999) apud Costa e Aquino (2000: 188):

Para o movimento feminista, saúde tornara-se, então, um tema central e estratégico na luta pela cidadania das mulheres, o que colocava a experiência de implantação do PAISM como uma possibilidade concreta de ação propositiva. Nesse contexto, o movimento refina sua crítica ao poder médico, sob inspiração do pensamento de Foucault e de autoras feministas, construindo uma crítica profunda à representação fragmentada do corpo feminino dominante no discurso biomédico, à biologização da reprodução e da sexualidade e ao privilégio das técnicas curativas em detrimento da prevenção e da promoção à saúde.

A emergência da questão da humanização do parto no Brasil e a criação de programas e políticas, a ela relacionadas, pelo MS, podem ser vistas, portanto, a partir de uma gestação de cerca de duas décadas – desde a década de 1980 –, como fruto da Reforma Sanitária e das proposições feministas, corporificadas no PAISM. Essa é a abordagem de diversas autoras sobre a questão do PH no Brasil (Deslandes, 2005b; Serruya et al, 2004a; Serruya et al, 2004b, Benevides e Passos, 2005 e Vaitsman e Andrade, 2005).

Outra questão que relaciona o PH e o feminismo é a transformação do parto em fenômeno da esfera do político, no âmbito das proclamadas bandeiras reivindicatórias do feminismo apontadas por Rodrigues (2005): “O pessoal é político”, “Democracia em casa e na rua”, “Nosso corpo nos pertence”, “Maternidade como direito e como escolha”, “Diferença sim, desigualdade não” e

“Igualdade de direitos e direito à diferença”.

A primeira dessas bandeiras expressa a valorização da condição de subjetividade, na esfera privada e íntima das relações sociais e juntamente com a segunda bandeira ambas dão significado à politização do privado, espaço no qual o parto estaria incluído, como se pode apreender da exposição sobre o histórico do PH.

A terceira e quarta bandeiras dizem respeito à opressão sobre o corpo e sexualidade das mulheres, alguns dos principais veículos históricos da construção das desigualdades de gênero. Como acima foi demonstrado, várias(os) teóricas(os) do PH proclamam-o enquanto um evento sexual e, potencialmente, orgástico – principalmente Michel Odent, Sheila Kitzinger e Naoli Vinaver. Como expressa Serruya et al (2004b: 274):

O descontentamento com esse modelo [tecnocrático] iniciava-se pelo excesso de intervenção no parto normal e crescentes taxas de cesárea. Sedimentava-se uma postura do movimento de mulheres, exemplificada, desde a década de 70, na palavra de ordem “nosso corpo nos pertence” que pressupunha a assistência ao parto, sem dúvida a mais exemplar, recolocando questões como: a quem o parto pertence e em que são baseadas as práticas realizadas nesse momento, tão significantes do ponto de vista sócio-cultural.

As duas últimas bandeiras caracterizam a tentativa de conjugação do binômio igualdade-diferença, a primeira marcando a distinção biológico-social e a segunda afirmando a singularidade de construções subjetivas específicas, calcadas em experiências sociais distintas, como são encaradas as particularidades das mulheres a partir da psicologização do momento do parto.

Outro aspecto ainda é colocado por Tornquist (2004): o PH poderia representar, na perspectiva do empoderamento das mulheres, o reconhecimento ou, mesmo, a legalização do “exercício profissional das mulheres na atenção ao parto”, que teria sido perdido por meio do processo de medicalização responsável por submeter parteiras e enfermeiras obstétricas aos médicos. Porém, mesmo que o PH busque equalizar essa hierarquização, é tarefa que implica em conflitos com relação, por exemplo, aos custos de remuneração, ou, dito de outra forma, mesmo que se pense em atribuir ou dar a possibilidade da assistência ao parto às enfermeiras obstétricas ou parteiras, como isso implicaria na remuneração dos procedimentos envolvidos em relação à remuneração médica?

## **2.5 – O Parto Humanizado comprometido: um mercado na assistência privada e novos controles públicos.**

Segundo artigo publicado por Benevides e Passos (2005) é possível, nas atuais circunstâncias onde se encontram as discussões sobre a humanização na saúde, em seu contexto

amplo, pensar a humanização enquanto um “conceito-sintoma”. Enquanto ganha destaque no campo da saúde pública, o conceito pode ser identificado com um “modismo” que “padroniza [reproduzindo sentidos já dados] as ações e repete modos de funcionar de forma sintomática”. Com isso, o “movimento” (termo utilizado pelos autores quando se referem à humanização) estaria perdendo seu sentido de mudança inaugural, identificado nos princípios da Reforma Sanitária, escopo no qual estaria incluso. Como referem os autores (op. cit: 390):

Este movimento chega aos anos 2000 encontrando ou se chocando com o que, paradoxalmente, dele resulta: formas instituídas, marcas ou imagens vazias, slogans já sem a força do movimento instituinte. É assim que a humanização se apresenta como um conceito-sintoma presente em práticas de atenção: a) segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar); b) identificadas ao exercício de certas profissões (assistente social, psicólogo) e a características de gênero (mulher); c) orientadas por exigências de mercado que devem “focar o cliente” e “garantir qualidade total nos serviços.

Assim, o PH é também atingido pelas circunstâncias, como a condição de valorização da tecnologia, que ele mesmo critica. Esse argumento pode soar estranho, uma vez que o PH propõem um não-intervencionismo e, logo, uma baixa utilização de tecnologia. Porém, essa não é uma posição acertada, uma vez que, a tecnologia pode ser entendida também a partir de soluções assistenciais oriundas de preceitos científicos. Portanto, o PH passa, também a ser “vendido” e consumido, como outras tecnologias em saúde, o que implica em aplicações rotuladas, que podem ter sua prática efetiva contestada.

Serruya et al (2004b) identifica a humanização como um princípio de qualidade na atenção em saúde que surgiu frente ao péssimo desempenho do modelo vigente de atenção em saúde e das críticas a ele feitas. Esse modelo hegemônico seria principalmente caracterizado pela valorização da tecnologia, seria, portanto, tecnocrático, posto que coloca a tecnologia “como ícone máximo da assistência”. As altas taxas de cesarianas e o grande intervencionismo praticado em obstetrícia no Brasil seriam resultados dessas condições, culminando na condição de que “(...) a organização dos serviços e a interação entre profissionais de saúde e pacientes desenha-se com princípios mercadológicos e de produtos.” (Serruya et al, 2004b: 274). Essa parece ser, entretanto, uma condição persistente nas relações entre esses dois tipos de atores sociais.

É o que aponta pesquisa<sup>93</sup> realizada por Ana Maria Canesqui (1992). Entrevistando pessoas usuárias do SUS concluiu que a noção da assistência como um direito não ocorre, sendo predominante uma concepção personalizada de poder, cristalizada no poder executivo local (prefeito e vereadores). A autora relata que “Diante do saber médico os usuários pouco

---

<sup>93</sup> Pesquisa realizada em Paulínia, interior de SP, em 1988, tendo como população trabalhadores usuários da rede pública.

questionam.” A categoria médica foi considerada pelos seus entrevistados, hegemonicamente, como responsável, depois de Deus, pela resolução dos problemas de saúde. <sup>94</sup> Assim (Canesqui, 1992: 196), “O bom médico é tido como aquele que, em primeiro lugar, trata bem o paciente e, depois, o que examina bem, aconselha, pede muitos exames e prescreve muitos remédios.”

Nas Unidades Básicas de Saúde – UBS<sup>95</sup>, os médicos são pressionados por clientela e farmacêuticos para maior prescrição de remédios. Nos atendimentos emergenciais, a rapidez é privilegiada em relação ao bom atendimento médico, identificado com valores como a atenção e respeito. O hospital é identificado com um modelo superior de medicina, em relação às UBS, mesmo que os requisitos do bom médico não sejam aí tão freqüentes. Mas a justificativa para tal valorização é a variedade de especialidades e oferta de tecnologia. A autora conclui, portanto, que “A modalidade assistencial aspirada como consumo é a medicinal liberal, onde os requisitos do bom médico são preenchidos aos olhos da clientela, embora conscientes de seu custo e seletividade econômica” (Canesqui, 1992: 198). Esse tipo de serviço é visto como de alta resolubilidade, a preocupação das pessoas estaria mais voltada a esse quesito do que as qualidades almejadas do bom médico.

De pesquisa prévia a essa dissertação<sup>96</sup>, podem-se retirar alguns depoimentos que ilustram as questões trabalhadas. Algumas mulheres demonstraram ter aceitado as proposições do PH, e ter tido uma profunda identificação com ele, como pode ser visto nos trechos abaixo:

O parto humanizado superou minhas expectativas e sonhos em relação ao parto, me senti respeitada, foram considerados meus interesses e vontades (naturalmente dentro do que era viável) e pude envolver meu marido (que se sentiu útil e tranqüilo por saber o que fazer para me ajudar). Participamos ativamente do momento mais significativo das nossas vidas.

[O PH] É dar a mulher a chance de viver a belíssima experiência ancestral de parir, minimizando suas angústias e conflitos, acolhendo-a, inspirando confiança e eternizando essa cumplicidade. É resgatar uma dívida.

Outras mulheres que tiveram identificação com o PH e que não foram atendidas, no momento do parto, de acordo com suas expectativas, demonstraram uma elaboração crítica de sua experiência:

Acredito que meu parto poderia ter sido vaginal, eu tinha total condição psicológica e tenho certeza que física também, mas o médico se precipitou e me privou de ter minha filha como eu desejava que fosse num parto vaginal.

Outras mulheres ainda manifestaram o PH com a idéia de optar pelo tipo de parto, ponto que se encaixa dentro da idéia de que o PH torna-se também uma técnica a ser consumida, adaptada de

---

<sup>94</sup> Porém, isso não quer dizer que as representações de saúde-doença e as práticas de consumo estejam apenas vinculadas à prática médica, como também aponta Paim (1989) com relação à gestantes.

<sup>95</sup> Denominação atual para os conhecidos “postos de saúde”.

<sup>96</sup> Pesquisa realizada para conclusão de Especialização *lato sensu* em Saúde Pública.

acordo com o desejo da cliente, no interior de uma medicina liberal:

[O PH ]“**É RESPEITAR A PARTURIENTE E SUA OPÇÃO DE PARTO, MESMO QUE SUA OPÇÃO SEJA A CESÁREA. É PERMITIR O CONTATO DO BEBÊ COM A MÃE DESDE O MOMENTO QUE ELE SAI DO VENTRE E PERMITIR QUE O PAI CORTE O CORDÃO UMBILICAL.**” [grifos da participante da pesquisa].

Particularmente, à medida que trabalho com a questão da maternidade e na medida em que a vivencio, percebo que a questão do parto humanizado foi desvirtuada. Acredito que ele, no uso dos profissionais, começa a ser muito **autoritário e rígido**. O parto humanizado pode estar presente em qualquer tipo de parto. Seja ele normal ou cesárea. No entanto para alguns profissionais ele virou sinônimo de parto vaginal de cócoras.” [grifos meus]

A mídia também pode ser levada em consideração, em relação essa questão, em virtude de sua importância na construção de ideais de parto e, também, na produção de uma crítica das práticas médicas. Na mídia é possível observar, principalmente no âmbito do jornalismo impresso (jornais e revistas) e virtual, particularmente no caso do DF, uma grande manifestação no sentido do registro e celebração das “novas” formas de parir, em contraposição ao fenômeno do expressivo crescimento dos partos cirúrgicos, como mostram as manchetes abaixo:

Dignidade também para nascer. Unidade Mista com atendimento humanizado revoluciona assistência as gestantes em São Sebastião e vira referência nacional em parto normal. Mulheres ganham apoio psicológico e podem escolher acompanhantes (Correio Braziliense, 22/01/04).

Parto sem trauma. Para minimizar a dor e a ansiedade da futura mamãe, clínicas e hospitais investem em técnicas alternativas e acessórios de relaxamento, como banheira de hidromassagem (Correio Braziliense, 24/08/02).

Observa-se a existência de pontuações acerca do contexto da assistência obstétrica, em relação aos âmbitos público e privado. Reconhece-se o investimento de hospitais privados e as maternidades públicas são identificadas como lócus inesperados de mudanças, como exposto abaixo:

Pré-natal bom e de graça. Atendimento a gestantes na rede pública do Distrito Federal arranca elogios até de pacientes que possuem plano privado de saúde. Serviço humanizado privilegia o psicológico da mulher e os cuidados com o bebê. (Correio Braziliense, 10/08/ 02).

É importante notar o aparecimento do “Parto Humanizado” como bem de consumo, fenômeno também já atribuído ao parto cirúrgico (Rattner apud Dias e Deslandes, 2004: 110), como demonstram os anúncios abaixo:

Parto natural ou cesariano  
Santa Lúcia oferece curso  
gratuito para gestantes

Ao lado da chamada acima reproduzida, encontra-se o programa do curso, no qual se lê: “O que é humanização do nascimento”, dentre outros tópicos de cunho psicológico. (Anúncio vinculado no *Correio Braziliense*, no caderno Revista do Correio, em 17/07/05.). Outro anúncio, do mesmo hospital, de agosto de 2004, anuncia na mesma linha de argumentação que “Esse momento único é para ser vivido com tranquilidade”, enumerando-se, antes dessa assertiva, as “opções”: “Parto humanizado”, “Parto normal” e “Parto cesariano”.

Como aponta Tornquist (2003), a proposta de humanizar o parto encontra-se em, ao menos, uma encruzilhada de difícil resolução: o dilema entre a transformação da humanização em uma série de procedimentos técnicos, acarretando, em última instância, negligência de direitos das mulheres e desatenção às diferenças sócio-culturais<sup>97</sup>. Dilema esse que está especialmente relacionado com a assistência no contexto público, uma vez que aí a dimensão de escolha das mulheres é bastante reduzida, aliando-se ao menor tempo de educação e a situação generalizada de exclusão social, onde a maior parte dessas mulheres se encontra. Coloca-se aí uma questão enraizada na relação entre Estado e norma e norma e “vontade social”. De acordo com Silva e Waissmann (2005), pensando a partir de Bruno Latour, podemos dizer que na modernidade lidamos com vários conceitos do tipo “caixa-preta”, de cujo tipo seria a idéia de normatização, vivida a todo instante “sem que possamos entender os elementos que a compõem” (Silva e Waissmann, 2005, pág. 239).

A visão oficial do Estado sobre o PH, que promove a sua normatização, pode ser vista a partir dos conteúdos publicizados em documentos públicos. Nesse sentido, chega-se a uma aproximação do discurso pelo qual a questão da humanização do parto adentra a esfera estatal da assistência obstétrica. Por meio da análise de algumas cartilhas destinadas à formação dos(as) profissionais de saúde, parteiras e *doulas*, percebe-se que há esforço em adotar uma linguagem técnica, dependendo do público alvo em questão. A linguagem visual, a partir de fotos, desenhos e diferenciações gráficas, também é variável. Abaixo se observa o PH definido de forma técnica:

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos

---

<sup>97</sup> A autora, cuja pesquisa teve como lócus privilegiado uma maternidade pública, identifica profundas diferenças em relação a “absorção” da idéia de humanização do parto entre mulheres de classe médias e populares. Além disso, pode-se qualificar o paradoxo citado a partir de vários binômios: humanização X tecnificação ou burocratização, criatividade X controle, atividade X atividade manipulada, etc.

comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia. (Brasil, 2001 : 09)

A idéia de maior recorrência nos documentos oficiais é a promoção das mulheres enquanto sujeitos do seu próprio processo de parir que, portanto, podem se portar com autonomia com relação à assistência obstétrica, quando devidamente informadas a respeito das questões, principalmente fisiológicas, envolvidas como o parto. Outra ênfase é colocada na questão de gênero, ligando-a à idéia de cidadania, o que também é manifestado no trecho abaixo.

**Fortalecimento da mulher como cidadã.** A mulher deve receber um tratamento personalizado, sendo chamada sempre pelo seu primeiro nome. A redução da mulher ao número do seu leito ou a uma patologia (a pré-eclâmpsia, a primigesta, etc) ou chamamentos como “mãezinha”, “Dona Maria”, “minha filha”, devem ser evitados. Atitudes agressivas, verbais ou físicas, são inadmissíveis. Devem-se evitar manifestações de julgamento e censura, e adotar posturas que dignifiquem a mulher como ser humano e cidadã. (Brasil, 2004: 27, grifos do autor).

Mesmo com a ênfase na linguagem técnica, também é presente uma crítica histórica e social da condição feminina. A humanização do parto é, pois, apresentada como uma medida técnica em saúde, necessária em razão do desvirtuamento das práticas médicas (não só pela figura do médico, mas pela equipe que assiste a gestação e ao parto) no contexto das relações desiguais de gênero.

**Ao longo de séculos, construiu-se um modelo social predominante que vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história.** Esse modelo pré-determina formas de conhecimento e ação, na área da saúde inclusive, que evidenciam seu caráter patriarcal (Brasil, 2001: 12, grifos do autor).

As mulheres e suas famílias, nem sempre recebem o apoio necessário, e suas angústias e questionamentos não são esclarecidos de forma clara e acessível. O apoio de parentes e amigas, geralmente, também não é permitido. Em muitos casos, ocorrem agressões à dignidade da mulher, de ordem verbal ou física, e não são incomuns manifestações de julgamento e censura em relação a seus atos. (Brasil, 2004: 5).

No entanto, na prática das maternidades públicas brasileiras, mesmo aquelas que são referência na adoção da proposta de humanização, persistem depoimentos de desrespeito às vontades das mulheres, bem como testemunhos da transformação do PH em procedimento técnico padronizador, como apontam Benevides e Passos (2005). É o que contam duas mulheres atendidas no HRAS. A primeira conta ter sido submetida, sem sua anuência, a tricotomia, episiotomia, “toques repetitivos e invasivos, estímulo manual de contração da barriga, corte imediato do cordão e separação prolongada do bebê (5 horas)”. Sobre o plano de parto, explicita que, mesmo levando-o para o hospital, não teve possibilidade de ter um parto como planejava, declara sobre o plano de parto: “Solitário. Levei para o HMIB<sup>98</sup> mas não foi levado em consideração. Pedi que não fizessem episio e não fui respeitada”.

---

<sup>98</sup> Atual HRAS.

A segunda mulher, uma jovem (21 anos), de classe média alta, apesar de ter feito pré-natal na rede privada, havia optado pelo parto em hospital público, atendendo recomendações de outras pessoas, inclusive com relação ao parto humanizado do hospital, o HRAS. Seu parto foi cesariano, de emergência, mas houve a tentativa de parto normal, sendo que passou por todo processo de dilatação. Sobre sua experiência de parto, relata ter sentido que o médico esqueceu dela, que foi abandonada. O caso desta mulher demonstra como a proposta de humanização pode engessar-se a ponto de não permitir que a parturiente se comporte com liberdade, ou que sinta liberdade para comportar-se e, ainda, permanecer como uma experiência de profundo desrespeito, como a mesma elabora abaixo:

Odiei na verdade. O médico é supersensível, mas faltou respeitar minha vontade, chegou uma hora que eu não queria mais, porque minha barriga não desceu. Estava [o médico] pensando no trabalho dele, “eu vou conseguir”. Não precisava ter chegado isso tudo pra perceber que não dava. Precisava ser mais ponderado, ter mais sensibilidade. Nunca vi uma pessoa de um negócio humanizado ser tão desumana. (...) Deveria conciliar a proposta pessoal do médico com o momento que a mulher está passando. Não indicaria pra ninguém, ainda mais se for humanizado, porque aí que foi desumano.

A mesma mulher descreve que o PH deveria ocorrer de forma respeitosa, de forma a “Respeitar a vontade da mãe, da parturiente. Acho que é isso.”, o que também estaria relacionado a questão da dor “Respeitar a dor que a gente sente.”.

Vê-se, portanto, como o PH adquire especificidades em cada contexto da assistência obstétrica, especificidades essas relacionadas à transformação do PH em procedimento técnico homogeneizante de práticas, construindo um quadro no qual o PH transforma-se em modismo, propagado na mídia. As mulheres, nesse sentido, passam a ver o PH como uma opção de parto, na qual poderia ser inclusa, inclusive, a cesariana. No contexto público, por outro lado, as mulheres parecem estar mais submetidas a um parto humanizado “instrumentalizado”, apesar das políticas públicas buscarem promover o contrário.

Nos capítulos seguintes são apresentadas as narrativas de mulheres e profissionais nos diferentes contextos da assistência obstétrica, tendo como foco de análise as diferenças e convergências dos discursos apresentados.



### **3 – Aprendendo a maternidade e o parto: os cursos e palestras para gestantes.**

A observação realizada nos cursos e nas palestras para gestantes permitiu o conhecimento inicial da estrutura das instituições nas quais foi realizada a pesquisa, o contato com as gestantes convidadas a participar da pesquisa e de outras que também exprimiam espontaneamente suas narrativas e o contato com o discurso dos diferentes profissionais palestrantes. Ambas as instituições ofereceram às gestantes visitas às suas maternidades. Procurou-se observar como eram trabalhadas pela(o)s profissionais questões relativas à maternidade e o parto, buscando compreender o enfoque dado à humanização do parto. A seguir, portanto, são relatados os resultados dessas observações.

#### **3.1 – Os cursos para gestantes no hospital privado.**

O curso para gestantes no hospital privado é realizado com periodicidade mensal e tem a duração de 12 horas, aproximadamente, distribuídas em três encontros de 4 horas, no período da manhã. Esse curso é divulgado em jornal de grande circulação do DF, no site da Internet do próprio hospital e por meio dos profissionais envolvidos com a assistência à gestação, que o divulgam junto as gestantes. As interessadas entram em contato com o hospital, por meio de telefone ou e-mail, e solicitam a inscrição no curso para o mês pretendido. O curso é totalmente gratuito e o número de vagas é limitado, sendo que 72 vagas, geralmente preenchidas em sua totalidade, são oferecidas por mês para as gestantes e seus companheiros ou acompanhantes<sup>99</sup>.

O curso oferece uma série de informações sobre gestação, parto e pós-parto por meio de palestras de vários profissionais, dentre as seguintes especialidades: psicologia, pediatria, anestesiologia, enfermagem, nutrição e segurança. O curso acontece em um auditório com estrutura bastante sofisticada: cadeiras retráteis acolchoadas que contam com prancheta também retrátil, ambiente climatizado com ar-condicionado, canhão para projeção de apresentações multimídia, um banheiro para mulheres e um para homens, filtro de água disponível para consumo. São utilizados recursos multimídia, principalmente apresentações em *power point* e filmes. Em cada dia do curso, foi oferecido aos participantes, gestantes e acompanhantes, um lanche variado composto de sucos, uma fruta, bolachas doces e salgadas, manteiga e geléias, em um intervalo no meio da manhã.

Na entrada do auditório, o corredor de circulação termina em um balcão, onde fica uma secretária, responsável por auxiliar a condução do curso, realizando as inscrições, confeccionando os atestados e resolvendo pequenos problemas. Nesse balcão geralmente são colocados *folders* e jornais do hospital, cartões de profissionais e, por vezes, um livro para venda<sup>100</sup>. De frente para o balcão localiza-se um corredor paralelo, separado do auditório por uma parede, no qual ficam os dois banheiros e dois postos de trabalho com computador e telefone. Cerca de duas a três pessoas ficam trabalhando nessa espécie de secretaria do auditório.

Em geral, todos os/as palestrantes interagem com a platéia durante e após as apresentações, respondendo às indagações. Os/as participantes também interagem entre si, seja por meio de comentários paralelos durante as palestras, trocando dúvidas, esclarecimentos e observações sobre o conteúdo das exposições, seja no momento do intervalo para o lanche.

Uma psicóloga é a profissional responsável por organizar e conduzir o curso, sendo também

---

<sup>99</sup> Todos os participantes podem solicitar atestados de comparecimento, oferecidos para o caso de ser necessário a apresentação do mesmo no trabalho, como justificativa das ausências.

<sup>100</sup> Foram recolhidos nos cursos *folder* do hospital apresentando o centro obstétrico e a UTI neonatal, *folder* apresentando o “Programa de assistência integral à maternidade”, no qual é explicado o curso para gestantes e a suíte de parto natural (que não existe mais), cartões de uma psicóloga e *doula*, uma fisioterapeuta e *doula*, uma confeccionadora de enxovais para recém-nascidos e uma vendedora de banheiras especiais. O informativo mensal do hospital apresenta constantemente temas relacionados a humanização do parto, como foi constatado em quatro edições do ano de 2006.

sua principal palestrante. O conteúdo de suas palestras está para além de uma psicologia da gestação e parto, já que palestra é sobre informações da fisiologia do parto. A profissional segue uma ordem de assuntos que varia conforme as combinações possíveis de palestrantes em cada curso, já que isso depende dos horários disponíveis dos/as profissionais, todos/as trabalhadores/as do hospital. Em geral, a psicóloga segue os tópicos colocados abaixo:

- 5) Aspectos psicológicos da gravidez (segundo o trimestre da gestação) e do parto e aspectos psico-sociais da gravidez;
- 6) Humanização do nascimento;
- 7) Tipos de parto, sinais de parto, participação do bebê no processo e as três fases do trabalho de parto;
- 8) A cesariana, suas indicações e mitos;
- 9) Rotinas médicas no parto vaginal;
- 10) A preparação para o parto natural;
- 11) Direitos da gestante;
- 12) A *doula*.

Sobre os aspectos psicológicos da gravidez é dito que o primeiro trimestre de gestação é um momento de ambivalência, caracterizado pela felicidade e tristeza e por se saber da condição de grávida, mas não se reconhecer enquanto tal, uma vez que o seu principal símbolo, a barriga crescida, ainda não está presente. O segundo trimestre seria caracterizado pela tranquilidade, uma vez que a comunicação com o bebê começa a estabelecer-se quando o mesmo começa a movimentar-se. O terceiro trimestre, por fim, seria marcado pela preocupação com o parto. A gestação toda é tida como um momento de crise que oportuniza o “desenvolvimento pessoal”, sempre que vivenciada juntamente com um processo auto-reflexivo.

Ao longo das palestras informações fisiológicas vão se mesclando às psicológicas. Sobre o início da gestação, por exemplo, foi dito que o encontro do óvulo e do espermatozóide não se dá, senão que a partir do espermatozóide mais “espertinho”, mas seria o óvulo responsável pela fecundação, abrindo-se para o espermatozóide que “tem carga genética compatível”. Interessante observar que esse movimento de abertura já é apontado na literatura como uma característica associada à capacidade feminina de gestar e parir pelas próprias mulheres (Paim, 1998). Paralelo ao processo de desenvolvimento do feto, desenvolve-se um bebê imaginário, principalmente pela mulher. Esse bebê seria projetado na gestação a partir das imagens de senso comum, fontes perigosas geradoras de frustrações, como sendo um bebê calminho, que não chora, o típico bebê Johnson (o rechonchudo de olhos azuis), o bebê que dorme bastante. Assim, o contato precoce com o bebê por meio das conversas de mãe e pai com a barriga, é estimulado como forma de iniciar uma

preparação “consciente da maternidade e paternidade”. Várias técnicas para esse contato com o bebê são estimuladas como contar histórias, meditar e ouvir músicas agradáveis, contar ao bebê o que acontecerá com ele (a), o seu destino. As emoções negativas ou conflitantes também devem ser explicadas aos bebês, explicitando-se que essas não são atribuídas a ele(a), não são sua culpa.

Os momentos finais da gestação são tidos como de muita ansiedade. No relato sobre o momento surge uma questão importante, a qual espontaneamente aparece no discurso que é a da cesariana sem indicações médicas: é dito que se essa ansiedade final, não é controlada, acaba-se marcando uma cesariana. A gestante deveria ter um cuidado com isso, pois no Brasil, como coloca a psicóloga, há uma “cultura da cesárea”, ocasionando, um preconceito ao parto normal: “Quando a gestante fala que vai tentar parto normal, falam que ela é louca”. Esse comentário teve aquiescência da platéia, inclusive gerando manifestações, como a de uma gestante que relatou dificuldades para encontrar um médico que aceitasse tentar o parto normal. Por mais que a palestrante tente não entrar no mérito da questão médica das indicações de cesariana, como se expressa na fala “Todos os dois são bons”.(sobre cesariana e parto normal), algumas indicações de cesariana são discutidas, como por exemplo, as situações em que o bebê está com o cordão umbilical enrolado no pescoço, parto gemelar e o parto de bebê em posição pélvica (“coisa do Brasil”). Talvez as indicações de cesariana não sejam, em verdade, discutidas, mas apontadas como possíveis indagações, no sentido de sua necessidade. Recomenda-se às mulheres conhecer o obstetra que escolhem como estratégia de evitação da cesárea mal indicada, bem como não contar às pessoas próximas a data provável do parto, para que não a pressionem.

A humanização do parto é vista como um fato, um acontecimento familiar, cuja enunciação é feita a partir de uma afirmação negativa: a humanização teria acabado quando o parto deixou de ser um acontecimento familiar para tornar-se um evento médico e hospitalar. Portanto, é feita uma leitura da história do parto: o parto de antigamente, humanizado, era o parto realizado no domicílio, em que as mulheres eram acompanhadas por outras mulheres experientes, eram “acolhidas” e os bebês também, tinham quarenta dias de repouso (a famosa quarentena). Um lado ruim desse parto perdido seria o das mulheres que não tinham assistência.

São comentadas as idéias de Leboyer, que teriam contribuído para o nascimento do ponto de vista do bebê, mas não da mulher. Quanto à humanização do parto para a mulher, a responsabilidade seria atribuída a elas mesmas: “Vocês, gestantes, que tem que correr atrás disso”. A palestrante utiliza muitos recursos visuais, ilustrando as idéias. Quando se remete ao clássico *Nascer Sorrindo*, de Leboyer, mostra a foto de bebês que nascem sorrindo, bem recebidas pela platéia. Ao mostrar a foto de uma mulher parindo e sorrindo, entretanto, causa estranheza. O hospital é colocado como uma instituição que dá condições para ocorrência de um parto humanizado, buscando fornecer os elementos físicos (bola, aparelho de música, banquetas para parto

de cócoras, etc.) e equipes treinadas (pediatras, enfermeiras), mas o obstetra teria uma responsabilidade mais determinante: “A equipe age de acordo com a conduta do obstetra”, “Muita coisa, é a conduta do obstetra.”.

A descrição dos aspectos psicológicos relativos ao parto vaginal, sua fisiologia e as possíveis intervenções podem ser acompanhadas por algumas concepções, como a de “dar conta” e a de natureza. A idéia de “dar conta” está relacionada a uma habilidade da mulher, da parturiente de suportar os momentos difíceis do parto vaginal, prejudicada pelo medo, ansiedade e a expectativa da dor das contrações: “No parto normal, você não sabe como vai ser, como que você vai dar conta, lidar com a dor.” Ao declarar-se neutra em relação à utilização de analgesia de parto a palestrante declara: “Não sou contra. Se você achar que não tá dando conta... Eu acho que tem que ter uma boa lembrança do momento, não pode ficar traumatizada”. A idéia de natureza aparece colocada a partir da necessidade de “ouvir” os sinais do corpo e do bebê: “Saber controlar a ansiedade, escutar, ouvir a natureza, esperar sinal do bebê...”.

Os tipos de parto são apresentados colocando-se três possibilidades: o parto vaginal com intervenções (o chamado parto normal), o parto vaginal sem intervenções (natural) e o parto abdominal (cesáreo). Os sinais de parto são explicados explicitando-se a necessidade das mulheres conhecerem seus próprios corpos. O conhecimento do corpo favoreceria o parto normal, já que “O grande segredo para ter parto normal é ir o mais tarde possível para o hospital”. Sendo assim, se a mulher não conhece seu corpo, fica muito ansiosa, vai muito cedo para o hospital e acabar tendo um parto cesáreo. Essa idéia é colocada juntamente com a necessidade de ouvir o(a) obstetra mas, mesmo assim, provoca reações na platéia, como a reação da gestante que perguntou “Se eu tô em casa, começo a sentir isso, como é que eu vou saber 'ah, tô com três centímetros de dilatação?”

A participação do bebê no parto é ilustrada por meio de um vídeo, mesclando cenas reais e animação computadorizada. A apresentação desse vídeo gerou muitas reações na platéia. No momento em que o bebê aparece coroadado, ou seja, com a cabeça encaixada na vagina e pronto para sair, uma gestante fala “Tá sufocado!” e, em seguida, completa, “Vai bebê, sai!”. Os momentos do parto, da expulsão do bebê, são acelerados e, quando aparece uma placenta sendo exibida pela médica à parturiente, a platéia em coro exprime “Uhh!”. A psicóloga questiona sobre o vídeo: “Gostaram?”. Uma gestante reponha: “Eu fiquei mais assustada, na verdade! Acho que essa parte passada rápida não foi porque não vai dar tempo, não, foi pra não assustar...”, depois contemporiza “Não, eu tô brincando, mas que dá uma assustadinha...”, ao que a psicóloga responde com um comentário: “Parir é um processo fisiológico, isso assusta”.

Outro vídeo apresentado no curso tem uma temática centrada na polêmica relativa ao parto vaginal e parto cesáreo. Cerca de cinco mulheres são acompanhadas no momento do parto, sendo mostrados nos vídeos seus depoimentos antes, durante e depois do parto. Todas almejavam ter um

parto normal, embora cada uma oriunda de um contexto social diferenciado; ou seja, moradoras de diferentes lugares, pertencentes a diferentes classes, com profissões diferenciadas. Ao mostrar também o depoimento de médicos e médicas, inclusive os que acompanham essas mulheres, o vídeo ilustra as ambigüidades do processo de definição do tipo de parto, discutindo-se elementos relacionados à grande proporção de cesarianas realizadas no Brasil<sup>101</sup> e a postura das mulheres frente os dois tipos de parto. O vídeo é bastante impactante e ao final, a psicóloga pergunta: “E aí...gostaram? Gente, é isso aí, parto cesáreo é isso, parto normal é isso.” Muitos comentários seguem no intervalo, como o seguinte diálogo:

Gestante X - Normal...eu não sei se dou conta da contração...

Gestante Y - Normal? Anormal, aliás, risos...Vou te contar....

As intervenções no parto vaginal, da mesma forma que a cesariana, são apresentadas de forma ambivalentes: assim como se tenta não entrar nos méritos médicos, esses entram em questão. Sobre a episiotomia, por exemplo: “Quando ele [o médico] faz o corte, ele tá conduzindo uma laceração...”, ou ainda, comentando um parto que teria acompanhado como *doula*: a gestante teria falado que, ao final da dilatação, o obstetra parecia o diabinho “incentivando a fazer a coisa errada” e ela, a *doula*, o anjinho, fazendo outras propostas, “vamos tomar banho...”. A lavagem intestinal é colocada como uma “sacanagem” feita com a mulher após a internação e sua postura, se ativa ou passiva é colocada em questão: “A mulher interna, põe soro, aí fica deitada se contorcendo e o médico e o marido conversando do lado... Ela tem que participar, tem que ficar ativa.” e sobre a posição de parto “Você que tá expulsando, você que tem o direito de escolher em que posição.” A posição do parto é um dos principais elementos associados a perda do parto humanizado, de antigamente: “Essa coisa de mulher deitada. Com perna amarrada para cima começou depois dos médicos.” A esse respeito ocorreu um depoimento voluntário de uma gestante, que já havia tido um filho de parto normal: “As moças do hospital me colocaram sentada e o médico veio e falou 'E eu?', porque ele queria me colocar deitada, e eu olhei pra ele e disse 'E eu?', aí ele me deixou ficar sentada, porque deitada ninguém merece, né?”.

A postura ambivalente com relação às intervenções no parto vaginal e à cesariana é bastante visível quando são comentados os direitos da gestante, baseados nas recomendações da OMS. Quando comenta essas recomendações, expressas em dez direitos das gestantes, a psicóloga critica dois deles e relativiza todos os demais. A esse respeito, exprime: “No momento do parto, você tem que ter confiança no seu médico... Tudo que ele indicar na hora, você tem que fazer...Não dá pra

---

<sup>101</sup> Esse vídeo foi criado pela FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e foi filmado em Porto Alegre e região metropolitana.

criar esse conflito, essa coisa ruim, nesse momento tão especial...Tem que ir para uma cesárea feliz da vida...” Termos como “recusar”, “não se submeter”, referidos a procedimentos que a gestante teria direito de escolher, incluído nos direitos comentados, seriam “complicados”, não seriam bons termos, pois causariam “mal-estar”. A alternativa para a gestante seria trocar de obstetra antes do parto, no caso de perceber que o mesmo não agiria conforme suas necessidades e desejos.

A presença de acompanhante no parto, principalmente o companheiro da gestante, colocado como algo muito importante ao longo do curso, é reforçada pela apresentação e descrição das atividades da *doula* no parto. Porém, no primeiro dos cursos acompanhados nessa pesquisa, houve certo constrangimento para sua condutora, quando teve que anunciar a iniciativa do hospital em exigir o pagamento de taxa para acompanhantes no parto: “Ih, gente, uma coisa que eu gostaria de comunicar para vocês... é uma decisão nova do hospital... O hospital passou a cobrar uma taxa para acompanhante no centro obstétrico. Mas, assim, tivemos uma reunião com a diretoria e nos prometeram rever essa taxa... e me passar uma resposta.”. Essa fala expressa como a psicóloga coloca-se como uma intermediária numa relação entre a instituição hospitalar e suas clientes, no caso, as gestantes. Juntamente com a questão, foram distribuídas duas folhas fotocopiadas. Uma apresentava a listagem dos convênios que o hospital atendia, e foi distribuída a pedido do setor de internação. A outra era o regulamento interno do hospital, onde lia-se “A permanência de acompanhante no CC ou CO, desde que autorizada pelo Médico Assistente, será cobrado a taxa de R\$50,00 (cinquenta reais) relativa ao uso de roupa privativa.”.

A fala da psicóloga é uma das mais heterogêneas com relação a denominação das gestantes: “mulher”, “mãe”, “a gente”, “vocês”, “você”, “gestante”, “grávida”. Em relação também aos pais: “pai”, “marido”, “companheiro”, além de falar dos acompanhantes de uma forma geral.

A palestra da nutricionista versou sobre a descrição de elementos considerados importantes para a gestação, como o ferro, e suas fontes, como algumas condições comuns da gravidez (como os enjôos) podem ser tratadas a partir da alimentação, assim como condições patológicas podem ser evitadas (diabetes gestacional, por exemplo). A linguagem utilizada em referência às mulheres era “a grávida”, “ela”.

A palestra sobre segurança versou sobre as condições que o hospital oferecia aos internados, bem como as rotinas de visitação, tendo sido apresentada pelo chefe desse setor. A postura desse palestrante misturava afirmações de grande compromisso institucional (“Ninguém entra ou sai sem que a gente esteja filmando, monitorando”) com várias brincadeiras, que eram bem recebidas pela platéia (“Quando chega aqui, a gente não sabe se é o pai ou a mãe que vai internar...”). Muitos membros da família eram citados, principalmente a avó, como pessoa que poderia intermediar a relação entre a instituição e a família extensa (irmã, cunhado, amigos e filhos). A mulher era referida de maneiras diversas, ora como “mãe”, “mamãe”, ora de forma genérica “vocês”, ou, com

menor frequência, “paciente” e todas pessoas presentes eram tratadas como se fossem ter o parto naquele hospital.

Na palestra sobre anestesiologia, dada por um médico dessa especialidade, a questão da linguagem aparece de forma bastante definida: a gestante é colocada no discurso como “paciente”, ora no feminino, ora no masculino. O palestrante coloca-se como alguém que pretende esclarecer sobre um assunto “que é complexo” e explicita que não pretende “induzir ninguém a ter analgesia no parto”. Declara-se favorável ao parto normal, como ao final da palestra ao desejar “um feliz parto normal para todas”, mas defende a analgesia como um recurso que permitiria à “paciente” “ajudar mais”, “contribuir mais” no trabalhado de parto em relação à “paciente” que sente dor, por esta estar muito tensa, com a tendência de não fazer força nas contrações, pois isso geraria mais dor. A analgesia, hoje em dia, não aumentaria as chances de o parto ser cesáreo e os argumentos para não utilizá-la seriam, por exemplo, de ordem religiosa e devido ao medo de paralisia, coisa que os avanços dessa área da medicina teriam suplantado. No momento em que iria iniciar a apresentação de um vídeo no qual era mostrada a realização da anestesia, o palestrante primeiro interpelou a platéia, perguntando: “Querem assistir ou é muito traumatizante?”, ao que a platéia responde que quer assistir. Em um dos cursos, um depoimento espontâneo foi dado por uma mulher que declarou ter tido uma experiência maravilhosa com a analgesia e disse ao médico: “Vocês são abençoados”, ao que ele agradeceu.

As palestras sobre pediatria foram dadas por duas pessoas nos cursos acompanhados, ora uma pediatra, ora um pediatra. Ambas de forma bastante parecida, sem a exposição de temas, mas no formato de perguntas e respostas, em interação com as(os) participantes. A pediatra referia-se às mulheres como “mãezinhas”. O pediatra, referia-se a todos como “vocês” e apresentava-se como uma pessoa que traria suporte e ajuda aos pais, mas que, do ponto de vista do bebê, seria “Aquele chato que vai cutucar...”. Esse pediatra apresentou uma visão bastante crítica a respeito de vários aspectos levantados pela platéia: sobre discos e livros que ensinariam os pais a interpretar o choro dos filhos diz que é “pura enganação”, sobre receitar uma dieta bastante restritiva às mães como forma de evitar cólicas no bebê declara “Se eu tivesse que fazer isso pras gestantes que atendo na Secretaria de Saúde, iria causar desnutrição.”, sobre receitas de produtos naturais para determinadas condições do bebê, como por exemplo, o chá de picão para o bebê com icterícia: “Existem 45 tipos de picão, qual desses é bom para icterícia, a gente ainda tá procurando”. Essas declarações indicam um esforço de fornecer informações científicas para a(o)s presentes, em contraposição às informações do senso comum, reconhecidas a partir de uma profusão de comentários de outras pessoas: “Mesmo quem não teve filho, sabe cuidar do filho do outro...Não há cabeça de pai que agüente, e mãe muito mais.”. Entretanto, o instinto é aqui também reconhecido como aliado de mães e pais: “Não se preocupem que vocês vão carregar o bebê de vocês com bastante cuidado, é



uma coisa instintiva...Existem algumas coisas que são instintivas e eu acho ótimo que não exista receita pra dar.”

A enfermagem era compreendida no curso de duas formas: uma palestrante fornecia informações sobre as rotinas no Centro Obstétrico – CO e outra, representante do Banco de Leite – BC, focava as informações na amamentação.

A enfermeira do CO falava sobre as coisas que podem ser levadas para aquele local pela gestante e seus acompanhantes (máquina fotográfica, filmadora, outros pertences). A linguagem utilizada era bastante diversa: “vocês”, “ela”, “a mãe”, “mãezinha”. As “rotinas” realizadas com os bebês após o nascimento, como a aplicação de injeção de vitamina K, de antibiótico tópico nos olhos e vagina da menina (no parto vaginal) e a aspiração de secreções, são apelidadas de “maldades”: “A gente tira secreção da boca, tem pai que não gosta de ver...Parece maldade”, “É, entre aspas, a única maldade que a gente faz com ele...[o bebê, sobre a vitamina K]”. O pai era uma pessoa bastante envolvida nos comentários dessa palestrante, pois seria a pessoa que acompanharia as rotinas descritas, uma vez que a mãe tanto depois da cesária, quanto depois do parto normal fica em repouso. Mas a palestrante esclarece: “Eu falo pai, mas é o acompanhante, tá? Muitas vezes não é o pai.”. Uma dos assuntos mais valorizados pelas participantes e seus companheiros é a demonstração prática da “higiene”, isto é, a troca de fraldas e banho do bebê. Para isso, a palestrante usa uma boneca: “Vocês conhecem a Nina? Essa é a minha filha, eu não tenho, mas essa aqui agora vai ser minha filha.” Observa-se que muitos pais fazem perguntas nessa palestra, mesmo que sejam colocados como pessoas com maiores dificuldades para lidar com bebês, em alguns aspectos: “Já vi muito, principalmente pai, quando levanta o saquinho, está cheio de mecônio.[sobre a higiene de meninos, mecônio é a primeira evacuação feita pelo recém-nascido]”. Mesmo assim, a participação do pai é muito valorizada: “Pai, dê o peito ao seu filho!”.

A enfermeira do BC frisa a importância da amamentação para mãe e bebê, falando e demonstrando as técnicas corretas para tal, além da ordenha do leite em excesso, que pode ser doado, para evitar problemas como a mastite (inflamação das mamas). A amamentação é ponto passivo, não existe discussão sobre a possibilidade de amamentar ou não, à exceção de raros casos (mães com HIV ou outras condições severas). Atribui-se, portanto, grande responsabilidade às mulheres, para que se esforcem em tornar a amamentação bem sucedida: “Sucesso na amamentação, a gente fala, 50% é a tranquilidade, você ter tempo e estar curtindo o que está fazendo”. Várias informações tidas como de senso comum, são colocadas como errôneas e contrastadas com informações científicas e atualizadas: “Vocês que são modernos, são orientados, não vão fazer isso.”. As informações científicas, entretanto, aparecem juntamente com a idéia de natureza: “A natureza também está a nosso favor, temos o nosso instinto.”. Para o sucesso da amamentação, portanto, a mãe precisa empenhar-se, informar-se e largar de lado alguns pudores:

“Mãe em processo de amamentação não tem pudor...Pode ficar com a mama exposta.”. O “bebê”, a “criança” seria o grande beneficiando por tal empenho da “mãe”. Com relação às técnicas de amamentação é muito falado sobre a “pega correta”, que seria a forma correta do bebê abocanhar o seio, com indicadores específicos e a “livre demanda”.

Na maior parte das visitas feitas aos cursos foram observadas pouquíssimas pessoas negras, o que se entende como uma consequência da situação de exclusão social dessas pessoas. Em um dos cursos percebeu-se a participação de um casal de portadores de necessidades devido à surdez e mudez. O casal contava com o auxílio de uma intérprete, que fazia a tradução simultânea das palestras para a língua dos sinais e interpelava os palestrantes acerca das dúvidas do casal.

Após algumas edições do curso são organizados passeios de confraternização, realizados geralmente num centro de cursos e vivências holísticas, que conta com uma pequena cachoeira para banhos e uma grande área verde<sup>102</sup>. Essa é chamada de “vivência” e nela são realizados uma breve sessão de “ginástica para gestantes”, um lanche e uma dinâmica de grupo. Quem coordena as atividades é a psicóloga que coordena o curso, mas convidando algumas outras profissionais. A ginástica para gestantes, por exemplo, foi realizada por uma fisioterapeuta convidada, num gramado, utilizando-se colchonetes. Essa ginástica contou com a apresentação, explicação e realização de exercícios considerados importantes para o relaxamento e a minimização dos desconfortos típicos da gravidez, bem como para o parto.

O lanche, servido após a ginástica, fornecido pelo hospital, foi seguido de banho na cachoeira, ao que, após, a psicóloga convidou para a dinâmica de grupo. Essa dinâmica era uma encenação do momento do parto com participantes voluntários(as), os(as) quais, com custo, se voluntariaram. O parto encenado, sem combinações prévias, ocorreu iniciando-se com a gestante já com dores fortes. O companheiro da gestante, pai da criança, ficou imediatamente desesperado, ligando para o obstetra. Esse o teria mandado ir logo para o hospital e o casal assim fez, esquecendo de ligar para sua *doula*. O pai encenou o esquecimento de itens como a bolsa da gestante, do bebê, a chave do carro e documentos, demonstrando a condição “atrapalhada” associada ao nervosismo aos pais. A chegada ao hospital também foi tumultuada. A gestante logo sentou-se em uma cadeira e de lá não levantou-se até parir. O médico é que perguntou pela *doula* (de quem, na realidade, era esposo), ao que o pai respondeu: “Ahh, é, vamos chamar essa doida!”. A *doula* foi chamada e chegou, fez alguns procedimentos para relaxamento (massagem nas costas, exercícios com a bola), tudo muito rapidamente e tumultuado. A anestesista não foi chamada em momento algum, mesmo a gestante estando encenando muitas dores. O desfecho, alvoroçado, o bebê nasceu apoiado pelo obstetra, que o levou ao colo da mãe. Ela mesma encenou alguns movimentos bruscos como

---

<sup>102</sup> Para participar dessa vivência é cobrada a taxa de R\$5,00 por pessoa, destinado ao pagamento do espaço utilizado, que é privado.

procedimentos de limpeza do bebê. O pai encenou cortar o cordão umbilical. Outras rotinas foram esquecidas: o banho do bebê, o pós-parto para a mulher.

Após a dinâmica com a encenação do parto, houve uma discussão, aberta para comentários, coordenada pela psicóloga. Essa e outras duas enfermeiras presentes apontaram pontos não realistas da encenação: a rapidez do parto, o início do trabalho de parto muito doloroso, a posição do obstetra e do anestesista.

Houve, enfim, o depoimento de uma mulher convidada, que tinha sido assistida pela *doula* e psicóloga responsável pelo curso. Essa mulher relatou seus dois partos. O primeiro parto vaginal foi induzido com ocitocina e o segundo foi natural. Declarou que o segundo parto havia sido mais tranquilo e que a dor seria importante, pois nos reservaria uma grande alegria. Houve perguntas dos participantes e um marido de gestante dirigiu-se a psicóloga: “Doutora, porque mesmo o médico afirmando (o que ocorreu no curso) que a realização da anestesia é segura para a gestante, há tanta resistência?”. Foi-lhe respondido que o momento no qual, geralmente, as gestantes pedem a analgesia é o de maior dor (desse ponto, a dor não aumentaria) e dali até o nascimento seria um momento muito curto. Além disso, haveria sempre a possibilidade de a analgesia interferir no andamento do trabalho de parto, ocasionando outras intercorrências.

Percebe-se que o curso para gestantes no hospital privado é para as(os) participantes uma reunião que possibilita a aquisição de informações de grande validação social, uma vez que, primeiro, ali estão pessoas duplamente autorizadas a falar sobre o assunto, uma vez por serem profissionais e outra vez por falaram de dentro de um hospital, e, segundo, as informações são contrastadas com as informações que elas (e eles) mesmas (os) trazem a partir de sua convivência social, com a família, amigos e outras instâncias da sociedade. Outro ponto que contribui para isso é a possibilidade de participar ativamente das palestras, sendo valorizada a interpelação dos palestrantes.

Vê-se que, nesse contexto, o envolvimento do pai com a gestação, o parto e os cuidados com o bebê é algo já aceito como requisito e, de fato, a grande maioria das gestantes que participam dos cursos estão acompanhadas de seus maridos e companheiros. Os profissionais palestrantes possuem papel ativo nisso, uma vez que constantemente referem-se diretamente aos pais e ao auxílio que podem prestar à mulher na gestação e parto, frisando a importância disso para o vínculo do bebê com a família. Outras acompanhantes são muito bem-vindas. Dentre essas, incluem-se as avós e as acompanhantes profissionais, as *doulas*.

A linguagem pela qual os participantes em geral e as gestantes são tratadas reflete um esforço em aproximar palestrantes de platéia, embora, permita também perceber algumas peculiaridades, como no caso da posição do médico anesthesiologista, para o qual as mulheres são “os/as pacientes”. Ao referir-se dessa forma, tal profissional manifesta duas formas de

homogeneização: a primeira, de gênero e a segunda a partir da condição que ocasiona a situação de cuidado, ou seja, a gestação, transformando a gestante em paciente.

Duas ambigüidades são percebidas no discurso dos profissionais: uma acerca da realização de intervenções no parto e o parto cesáreo e outra com relação à natureza instintiva de alguns elementos do processo gravídico-puerperal. As intervenções e o parto cesáreo são problematizadas como possíveis perturbações ao processo natural de parir, no qual a mulher deveria ter a autonomia de decisão e uma postura ativa. A esse respeito é dado à mulher e seu companheiro um sinal de alerta: ambos devem responsabilizar-se, durante a gestação, para a percepção de uma possível conduta médica intervencionista e prejudicial. Porém, no momento maior do desempenho das intervenções médicas, o momento do parto, parece não restar mais nada a fazer, é preciso acatar tais intervenções, sem discussão. A ambigüidade da natureza instintiva da parturição, da amamentação e de outras ações, como o acalantar do bebê, está na necessidade de aprendizado dessas mesmas ações. Parir é instintivo, mas é preciso saber que as posições verticais são mais adequadas, amamentar é instintivo, mas é preciso saber sobre a “pega correta”, para não ter problemas.

### **3.2 – As palestras para gestantes da Casa de Parto.**

A Casa de Parto é referida pela(o)s profissionais como Unidade Mista de Saúde de São Sebastião – UMSSS. Esta oferece para a comunidade de São Sebastião, além da Casa de Parto (emergência em obstetrícia de baixo risco, ou seja, atendimento de partos normais e intercorrências da gestação), serviços de emergência em clínica médica e pediatria, todos em regime de plantão. Porém, o espaço físico da UMSSS é localizado em anexo ao espaço físico do Centro de Saúde, que oferece as consultas de pré-natal (ginecologia e obstetrícia) e outras especialidades, exames, vacinação, ambulatório e procedimentos comuns aos demais Centros de Saúde da SES/DF, que funcionam durante a semana em horário comercial.

Existem três palestras voltadas para gestantes assistidas na CPSS, uma para cada trimestre da gestação e um grupo especial, com encontros para gestantes adolescentes. Cada uma dessas palestras era realizada em um dia determinado da semana e diferentes profissionais designados para cumpri-la. A palestra de primeiro trimestre da gestação acontece nas terças pela manhã, quatro vezes por mês, e é realizada de profissionais de enfermagem e ginecologia e obstetrícia. A palestra do segundo trimestre, dividida em dois grupos, acontece nas segundas e sextas pela manhã e os profissionais que a realizam são da área de psicologia (duas vezes por mês), nutrição e odontologia (essas duas últimas em duas sextas-feiras do mês). A palestra do terceiro trimestre acontece às segundas-feiras pela tarde, duas vezes por mês, com profissionais de enfermagem e serviço social. Cada palestra conta, portanto, com temáticas diferenciadas, de acordo com os profissionais

participantes. O grupo de adolescentes grávidas acontece em duas segundas-feiras do mês, pela manhã, com o diferencial de que é o mesmo grupo de gestantes que se encontra e os temas das reuniões seguem um roteiro cíclico, sendo que os profissionais participantes são das áreas de ginecologia e obstetrícia, assistência social e psicologia. Essas gestantes são estimuladas a comparecerem no maior número de palestras que puderem assistir.

Na realização dessa pesquisa foram acompanhadas: uma palestra de primeiro trimestre, uma de segundo trimestre, cinco de terceiro trimestre e um encontro de adolescentes grávidas, bem como um encontro da atividade de *yoga* para gestantes.

Existe no Centro de Saúde uma sala chamada Sala da Mulher, na qual são marcados os exames, consultas médicas e a participação nas palestras citadas, todos esses constantes no programa de atendimento à população feminina. A gestante, portanto, dirige-se a essa sala para marcar as consultas de pré-natal e exames necessários, quando são agendadas as palestras. Cada gestante possui um Cartão da Gestante, no qual todos esses agendamentos constam, bem como informações básicas sobre condições da gestação. Esse documento é muito importante para a identidade da gestante no Centro de Saúde e na Unidade Mista, visto que quando necessita circular internamente e interpelar os profissionais (desde os seguranças às atendentes da sala da mulher) esse documento é sempre solicitado. Muitas vezes acontecem imprevistos de ambos lados nessa relação (entre gestantes e instituição): é possível que existam muitas gestantes marcadas em determinadas palestras, mas poucas irem de fato, e é possível que aconteçam imprevistos por parte da instituição, como o esquecimento das responsáveis da sala da mulher em agendar as gestantes para determinada palestra, a ausência de palestrantes por estarem em período de férias ou abono, quando são procurados profissionais de substituição.

O Centro de Saúde conta com três pequenos “auditórios”, que são salas de múltiplos usos, principalmente para as reuniões comunitárias e uma área aberta (um quiosque), junto ao estacionamento privativo dos profissionais. Embora se informasse que os encontros das gestantes podem ser realizados em vários locais, todos os grupos acompanhados aconteceram na sala que fica no interior do Centro de Saúde, próximo à sala de vacinação infantil e uma área de recreação com brinquedos, um pequeno parquinho cercado – à exceção do encontro do segundo trimestre. Essa sala tem um espaço razoável, mas é pouco ventilada e os ventiladores disponíveis atrapalham as palestras, devido a muitos ruídos. As cadeiras disponíveis são simples, sem acolchoamento, à exceção de alguns bancos sem encosto. Essa sala conta ainda com uma mesa de apoio para os palestrantes, quadro negro, televisão e vídeo, que ficam em um canto fechados com grades por segurança.

Na palestra realizada durante o primeiro trimestre, percebeu-se que há no Centro de Saúde o envolvimento de estagiários de faculdades de saúde particulares e públicas, uma vez que essa

palestra foi conduzida por duas estagiárias do curso de enfermagem de uma faculdade particular. Uma dessas estagiárias tomou a frente da atividade conduzindo um relaxamento com todas as mulheres presentes em pé (ao todo nove gestantes), dispostas em círculo, realizando movimentos de alongamento, semelhantes a uma ginástica laboral. Falou bastante da importância disso e deu por iniciado o “bate-papo”, a “conversa”.

A palestrante solicitou a participação das mulheres, pedindo à aquelas que já tinham filhos(as) (cerca de quatro) contassem suas experiências anteriores e a gravidez em andamento. A única gestante que se manifestou começou dizendo: “Assim, a minha primeira gravidez não foi planejada, né...”, comparou essa gestação com a segunda, dizendo ser esta mais fácil devido a aceitação da família, a condição de casada e empregada. Comentou que a amamentação da filha havia sido abreviada em virtude da interferência da mãe, que insistia no oferecimento de água, chás e outros leite para a bebê, o que havia causado intolerância à lactose. A palestrante ressaltou, então, a importância da amamentação exclusiva até os seis meses de idade e os benefícios disso para bebê e mãe. As estagiárias seguiam como um roteiro um folheto para gestantes, aparentemente um folheto promocional de algum produto voltado às gestantes<sup>103</sup>. Assim, a medida que eram comentados alguns tópicos, a participação das gestantes era solicitada, por meio de perguntas acerca do que elas estavam ou já haviam sentido e vivido nessa ou em outras gestações.

Entretanto, essa participação era bastante limitada, poucas se dispuseram, de fato, à expor suas experiências. Vários tópicos foram comentados sem, aparentemente, um ordenamento temático específico, mas tentando manter os tópicos circunscritos àqueles de importância ao primeiro trimestre da gestação: amamentação, enjoos na gestação, perigos do aumento de peso excessivo. Dois temas mais polêmicos foram tratados: a sexualidade na gestação e o uso de bebidas e cigarros. As gestantes foram informadas de que “sexo é normal” na gestação, de que não há nenhuma necessidade “resguardo”, a não ser nos casos de indicação médica, bem como sobre os efeitos nocivos da utilização de bebidas e cigarros para o desenvolvimento do bebê e os riscos de abortamento. Percebe-se que temas dessa natureza constroem as gestantes, ao falar sobre sexualidade, por exemplo, olham-se de soslaio e riem.

Restringiu-se a realização da observação na palestra de segundo trimestre a palestra de psicologia, que contava com a participação de apenas cinco gestantes. O grupo reuniu-se em círculo e iniciou com a apresentação de cada mulher presente. A psicóloga, ao apresentar-se disse que estava há poucos meses no Centro de Saúde e que não trabalhava especialmente com as gestantes, mas com todos os programas da regional de saúde.

---

<sup>103</sup> Muitas indústrias de produtos relacionados à gestação e cuidados com o bebê distribuem folhetos promocionais relacionados à gestação (comentado aspectos do desenvolvimento do bebê, as transformações no corpo da mulher, as condições físicas e psicológicas esperadas, etc.), agendas da gestante e folhetos relacionados aos cuidados com o bebê (higiene, massagens, brincadeiras, etc), por exemplo, como os criados por Johnson & Johnson, Natura, Nestlé.

A primeira questão trabalhada foi o do planejamento da gravidez, as mulheres foram perguntadas se a gravidez havia sido desejada. Esse tema foi conectado ao da amamentação, dizendo-se que as emoções relacionadas a essa condição (se desejada ou não) devem ser trabalhadas no sentido de promover um envolvimento emocional com o bebê, importante para o sucesso da amamentação. Enfatizou-se que um bom relacionamento com o bebê gera segurança para o(a) filho(a), transformado-o(a) em uma criança de melhor trato, que é mais calma, dorme melhor, etc. Para confirmar o argumento de que “Não é só dar comida, é o contato físico também.” comentou-se sobre experiências com macacas e recém-nascidos que recebiam “colo” e que não recebiam.

A regional de saúde foi apresentada como um lugar privilegiado, contando com serviços diferenciados, como a *yoga* e fisioterapia para gestantes, atendimento de odontologia e encaminhamento para casos de parto de alto risco. As gestantes foram incentivadas a aproveitar esses serviços, fazerem coisas com as quais se sentissem bem e pudessem relaxar.

Explicou-se que as alterações de humor são comuns na gravidez, como consequência também das modificações hormonais relacionadas à sensibilidade, depressão, irritação. A esse respeito, como parte da rede de apoio à gestante, falou-se da necessidade de participação do pai, que ambos são convidados a participar dos encontros, mas a maioria não vem. A psicóloga declarou: “Os dois estão grávidos”. A profissional colocava-se por vezes, como se fosse às próprias gestantes, exprimindo suas possíveis opiniões: “Quer que assista o parto? Não sei, tanto faz...Não perca essa oportunidade, é outra segurança que dá na hora.”.

Enfatizou-se novamente a importância de buscar o envolvimento com o bebê, desde a gestação, principalmente por meio de conversas com o bebê: “É preciso conversar, como se ele estivesse fora da barriga, participando do dia-a-dia”, “Realmente, a criança capta as coisas.” Dessa forma, buscar-se-ia exercitar o diálogo pais-filhos, construindo esse hábito. Sobre esse aspecto, a psicóloga declarou ter tido uma boa surpresa em São Sebastião, observando que os homens conversam mais que as mulheres com os bebês na barriga, coisa que teria visto no grupo das adolescentes, com os rapazes que participam.

Nas palestras do terceiro trimestre de gestação percebeu-se a variabilidade do número de participantes e de composição dos profissionais, dentre as cinco reuniões observadas, respectivamente: duas gestantes, onze gestantes e quatro acompanhantes, sete gestantes e três acompanhantes, duas gestantes e uma acompanhante, seis gestantes e dois acompanhantes. Sobre os acompanhantes observou-se que a participação dos maridos/companheiros é pequena, estando bastante próxima ao número de acompanhantes femininas, principalmente a mãe da gestante. Observou-se que alguns maridos vêm junto com a gestante, acompanhando-as ao Centro de Saúde, mas não chegam a entrar na sala onde o encontro ocorre e não participam da visita à maternidade. Sobre os profissionais que participavam dos encontros observou-se também uma variabilidade,

respectivamente: no primeiro e segundo encontros duas assistentes sociais e uma enfermeira, no terceiro uma assistente social e uma enfermeira e no quarto e quinto uma enfermeira, diferente em cada um.

Da palestra do terceiro trimestre participam profissionais do serviço social (duas) e enfermagem (uma), mas todas possuem uma liberdade de falar sobre todos assuntos tratados, de forma que as explicações das mesmas são compartilhadas, uma profissional lembrando de questões e fazendo comentários na fala das outras. Assim, por exemplo, uma assistente social (da Unidade Mista) era responsável por tratar dos direitos da gestante e questões práticas da internação na CP e a enfermeira e a outra assistente social (do Centro de Saúde) se revezavam em tratar dos outros dois tópicos principais do encontro: a amamentação e o parto.

A assistente social da UMSS, em geral, iniciava o grupo solicitando os Cartões da Gestante (para marcar a presença da gestante no encontro), fazendo uma apresentação de si mesma e pedindo a todas(os) participantes apresentarem-se. Nessa abordagem, já solicitava que as gestantes fornecessem algumas informações, além de indagá-las se trabalhavam com carteira assinada, se precisavam de atestado de comparecimento para apresentar no trabalho, se tinham outros filhos. No caso da gestante ter outros filhos, perguntava-se onde o havia tido e como havia sido. Em uma das palestras, a assistente social, após explicar como ocorriam os nascimentos na UMSS, dirigiu-se a uma gestante:

Assistente Social – Como foi, tudo direitinho como eu expliquei?

Gestante – Não, foi horrível!

Assistente Social – O quê?

Gestante – A dor, risos.

Assistente Social – A dor ainda não conseguiram jeito de desinventar [sic]!

A assistente social explicava a diferença entre a UMSS e o Centro de Saúde, e o funcionamento em geral da CPSS, bem como sua estrutura, ilustrada, posteriormente, pela visitação. Sua fala centrava-se na comunicação às gestantes dos seus direitos em relação ao trabalho, como a licença-maternidade e a licença-paternidade (cinco dias corridos), e em relação à internação na UMSS, em especial, o direito ao acompanhante e às condições de internação.

As gestantes eram informadas de que elas têm a permissão de trazerem um acompanhante de qualquer sexo para ficar com elas no parto e uma acompanhante do sexo feminino para ficar com elas (pernoitar, inclusive) no alojamento conjunto, o que é explicado em função de o alojamento conjunto não ser individualizado (são duas salas com três leitos, pequenos criados-mudos, berços e poltronas para o acompanhante em casa uma delas) e que, então, homens poderiam causar constrangimento às demais mulheres no alojamento. Entretanto, o pai tem acesso liberado à visitação, não precisando respeitar o horário de visitas. É informado que o direito ao acompanhante



é garantido por lei, mas que antes disso, essa possibilidade já era permitida na CP. A diferença entre antes e depois do estabelecimento da lei seria que, anteriormente, era exigido que a pessoa comparecesse ao encontro do terceiro trimestre de gestação para receber uma autorização para acompanhar o parto.

Sobre o acompanhante no parto é interessante o quanto é reforçada a idéia de que deve ser alguém que venha ajudar de fato a gestante e que não atrapalhe a assistência ao parto. Nesse sentido, deve ser alguém que esteja disposto a entrar com a gestante no momento da internação e sair somente após o nascimento do bebê, não podendo ter com horários restritos de trabalho, por exemplo. O acompanhante também deve ter disposição para participar do parto, auxiliando a mulher, e, para tanto, não fique nervoso(a) e não desmaie, tampouco, o que é bastante enfatizado, chegue ao local alcoolizado. As gestantes são incentivadas a levar um acompanhante, principalmente o pai: “É bom o acompanhante vir pra ver o que a gente passa, né?” É necessário ter confiança no acompanhante “Porque o nome diz, é um trabalho de parto!”(enfermeira). Teoricamente, menores não podem ser acompanhantes, mas fazem-se exceções aos menores pais. Toda essa ênfase em construir um acompanhante ideal é permeada de exemplos verídicos e hipotéticos, como o exemplo verídico de um pai que, somente por participar do encontro do terceiro trimestre, haveria desmaiado. A importância disso é ilustrada também pela pergunta de uma gestante: “O pai pode ficar até a hora de nascer e depois sair?” Foi lhe respondido que sim, também ele poderia ficar esperando e depois entrar, mas que estava “Reprovado, seu acompanhante...”. A questão do acompanhante também é utilizada como um ponto positivo de comparação em relação ao HRAS, hospital de referência para a CP, no qual somente são permitidas acompanhantes do sexo feminino, por não haverem quartos privativos, onde são realizados os partos e o alojamento conjunto.

Ao entregar o Cartão da Gestante, ao final do encontro, a assistente social avisava sobre um folheto que anexava ao cartão. Esse, fotocopiado, intitula-se “Casa de Parto – Unidade Mista de Saúde de São Sebastião”. No seu interior lêem-se orientações para a “hora do parto” (portar o Cartão da Gestante e exames, direito ao acompanhante), “o acompanhante” (vestir-se adequadamente e não estar embriagado, uso de máquina fotográfica condicionada a autorização médica, necessidade de submeter-se às orientações da Equipe de Saúde) “depois do parto” (alojamento conjunto, proibição do uso de roupas pessoais, liberdade de visita para o pai, horário de visitas e direito à acompanhante do sexo feminino) e “depois da alta” (gratuidade do registro de nascimento, licenças, consultas do pós-parto), acrescentados de telefones úteis : os da UMSSS, de cartórios, emergenciais (bombeiros, polícia militar e SAMU) e do INSS. As gestantes são recomendadas a deixar tudo preparado em casa para a hora do parto, os pertences a serem levados, o cartão, com quem deixar os outros filhos, e isso é coisa que elas mesmas devem fazer, pois

“homem não sabe escolher...[as roupas]”.

Devido à estrutura compartilhada da UMSSS com o Centro de Saúde, algumas pessoas expressam dúvidas como a de um pai que perguntou: “Aqui nasce menino toda hora?”, ao que a assistente social responde que “Qualquer hora, 24 horas, segunda a segunda, qualquer emergência pode vir.” Tal informação contribui para o que parece ser a intenção das profissionais que participam dos cursos em criar uma imagem positiva da instituição junto à população, em comparação a outros hospitais aos quais poderiam se dirigir (como o HRAS, o Hospital Regional do Paranoá e outros). Em relação a isso, também é dito que o a Casa de Parto possui o título de “Hospital Amigo da Criança” e que as gestantes não precisam levar para lá roupas para uso próprio ou do bebê, somente para a alta, mas que às vezes faltam fraldas descartáveis. Em uma das palestras acompanhadas, inclusive, foi dito que o HRAS frequentemente apresenta infecção hospital e que, na ocasião, o berçário encontrava-se, novamente, fechado por este motivo.

Sobre a temática da amamentação é enfatizado que o sucesso da mesma vem de uma forma de amamentar corretamente e que para a mãe ter leite basta o bebê mamar. A técnica correta de amamentar se baseia em dois aspectos: a posição correta do bebê e a “pega” correta. Nesse sentido, não seria necessário preparar o peito com cremes, massagens ou de outras formas, pois o importante é que o bebê faça essa “pega” correta (abocanhar toda auréola). Se houver essa “pega” correta, não surgirão problemas como dor ao amamentar, ferimentos nos bicos dos seios, choro do bebê por não estar mamando direito.

Várias concepções de senso comum são contrapostas nas opiniões expressadas pelas profissionais, inclusive indicando sua relação com a cultura: “Esse negócio da gente achar que tem que beber leite, é cultural...” (enfermeira). A profissional dirige-se às mulheres questionando: “Como é que vai fazer para produzir leite?” Várias respostas surgem, simultaneamente: tomar líquidos, comer bastante verdura, comer cuscuz e canjica, rapadura, garapa de cana. Ao que a enfermeira responde que nada disso é verdade. Somente o estímulo de o bebê sugar é que faria a mãe produzir leite: “Uma mulher desnutrida, produz leite, se comer muita canjica vai virar uma baleia e não vai produzir mais leite. Entendido?”. O segredo seria sugar e sugar corretamente, com a “pega” correta. É explicitado que não existe leite fraco ou mulher que tem pouco leite, a produção de leite se adapta a cada bebê. O primeiro leite, inclusive, chamado colostro, aparentemente ralo, é colocado como a primeira vacina do bebê, por possuir muitos anticorpos.

É incentivada a livre demanda e a amamentação exclusiva até o sexto mês do nascimento. A livre demanda é recomendada até os seis meses, até lá o bebê não teria hora para mamar. É altamente recomendado às gestantes que não deixem seus filhos serem amamentados por outras mulheres e que também não façam isso, pois cada leite tem um gosto único e há riscos de contaminação por doenças. A amamentação é colocada como uma vantagem para o

desenvolvimento dos bebês, pois é dito que as crianças amamentadas pelo leite materno têm índices de QI (Quociente de Inteligência) mais elevados: “Já fizeram estudos, neném que mama no peito é mais inteligente...” (enfermeira) Depois do sexto mês a amamentação deveria continuar como complemento da alimentação à base de sucos, frutas e papas salgadas até os dois anos de idade. As gestantes são desencorajadas a utilizarem mamadeiras e chupetas, inclusive contando casos como o de uma gestante que ganhou mamadeira e “jogou fora, mesmo” para não utilizar, e incentivadas a utilizar copinhos ou colheres para fornecer o próprio leite, no caso de precisarem ausentar-se. A enfermeira pergunta “Qual leite pode substituir o leite materno?” Surgem várias respostas, como o leite de vaca, de soja, de cabra. Nenhuma delas é apontada como alternativa, pois nenhum leite substituiria o leite materno: “O leite do bebê é o da sua mãe.” A profissional explica que nenhum outro animal da natureza, além do “homem”, consome leite de outro animal. Essa necessidade dos seres humanos consumirem leite teria sido uma coisa criada culturalmente e por necessidade de mercado.

A amamentação é colocada como um veículo privilegiado de construção do vínculo mãe-bebê que não deve ser perturbado pelos sentimentos da mulher: “O bebê não fala, mas sente que a mãe tá sofrendo, tá angustiada”, marcando a necessidade de conversar com o bebê desde a gestação e escolher o seu nome com antecedência. O futuro da criança também estaria relacionado a esses precoces momentos: “Se mais tarde vai gerar um adulto com problemas psicológicos, com certeza.”

Alguns materiais de apoio foram utilizados nas explicações sobre amamentação como: um grande caderno informativo ilustrado (produzido pela UNICEF) e uma mama de pano, onde se via os ductos mamários no seu interior. As experiências das próprias profissionais também eram constantemente tidas como referência, a exemplo da experiência de uma enfermeira que amamentou os dois filhos até os dois anos de idade e de outra que nunca deu outro leite além do materno para os filhos, pois em sua família não é um hábito consumir leite, e isso não seria prejudicial.

Parir em uma CP, como a UMSSS, é apresentado como uma grande vantagem: “É como se vocês estivessem parindo na casa de vocês”, coisa que é contraposta frequentemente à assistência no HRAS, bastante conhecido pelas gestantes. A UMSSS, mesmo atendendo somente partos vaginais e sem possuir centro cirúrgico é vantajosa em relação ao HRAS devido a sua estrutura de atendimento individualizado ao parto e possibilidades durante o trabalho de parto: contar com chuveiro, bola, música, carrinho de massagens, *doula* comunitária. As salas de parto da UMSSS são chamadas PPP’s, o que significa que são salas destinadas tanto ao pré-parto, quando ao parto e pós-parto imediato (cerca de duas horas). Com isso, a gestante tem o conforto de permanecer na mesma sala desde sua entrada na maternidade até sua ida para o alojamento conjunto. A segurança do parto na UMSSS é garantida pelas ambulâncias disponíveis para remoção emergencial, no caso de necessidades especiais de mãe ou bebê. No entanto, as gestantes são alertadas que, mesmo sendo

removidas, não necessariamente terão partos cesáreos: “Não, cesariana só em último caso mesmo, tá? Na rede pública não tem essa opção, vai ser o que tem que ser.”

Os sinais de parto e os alertas são expostos para a gestante de forma interativa. Geralmente, a palestrante inicialmente pergunta algo como “Como começa um parto?”, “Como é que a gente sabe que está em trabalho de parto?”. A partir das repostas das gestantes é dito que os principais indicativos do início do trabalho de parto são as contrações ritmadas, com ritmo, o rompimento da bolsa e a saída do tampão de muco ou algum sangramento leve da vagina. Nesses casos, as gestantes devem procurar a UMSSS para fazerem uma avaliação, mas são incentivadas a permanecerem em casa o maior tempo possível, de preferência em atividade, caminhando: “Em casa você pode andar, aqui também pode andar, mas em casa tem o quintal, pode passear...”. Os alertas de parto, a partir dos quais a gestante deveria procurar atendimento imediatamente, emergencial, seriam o rompimento da bolsa com água esverdeada ou escura (o que indica que o bebê está em sofrimento, pois liberou o mecônio) e sangramentos intensos.

É dito que lá não se faz lavagem intestinal, raspagem dos pêlos e episiotomia de rotina, somente em casos de extrema necessidade, sendo que a grande maioria não precisaria dessa intervenção. É enfatizado que o parto não alarga a vagina, pois ela possui elasticidade, mas que quanto mais nova a mulher, mais elástico o seu períneo seria. Tampouco a episiotomia provocaria um parto mais rápido, o que seria “só impressão”. Esse aspecto é contemplado no vídeo, que mostra o estado da vagina das mulheres que aparecem parindo, alguns instantes após o parto.

Era enfatizado para as gestantes que poderiam levar um acompanhante para o parto. Também eram comunicadas de que existem as *doulas*, isto é, as mulheres da comunidade dispostas a ajudá-las durante o trabalho de parto e parto. Estas possibilidades são um referencial do local, pois constroem a idéia de que ali “Sozinha ninguém fica...”. As auxiliares de enfermagem e enfermeiras também estariam presentes, fazendo companhia às parturientes. Muitas dúvidas sobre o parto são expostas pelas gestantes a partir de histórias dramáticas que escutam de conhecidos(as), como sobre perdas fetais, bebês que nascem com retardamento, histórias em que a mulher sofre muito, sente muitas dores.

Uma postura ativa também é incentivada, sobre a qual se comentam os recursos da UMSSS (chuveiro, bola, cama para parto de cócoras, etc.), inclusive como maneira de ter um parto mais rápido. Sobre isso, a enfermeira fala: “Aqui vocês não vão ficar deitadas o tempo inteiro, serão incentivadas a caminhar, batendo o pé com força [demonstrando os movimentos]”, ao que um pai presente no encontro pergunta: “Não vai quebrar a veia?” e a profissional responde que a gestante faria isso se quisesse e pudesse. A postura do companheiro é também incentivada a ser participativa, ao que responde esse mesmo pai: “Eu tô é fora! Me falaram que a mulher fica querendo rasgar tudo, unhar...”. Esse depoimento é contraposto ao de uma senhora, mãe de uma

gestante, que teria tido oito filhos de parto normal e reforça a necessidade de ter alguém para ajudar no momento do parto.

Fazer força na hora do parto, no momento da expulsão, aparece como uma tarefa da mulher – “Quem vai fazer a força é vocês” – mas que por vezes é perturbada pelos próprios profissionais: “Tá errado, isso de enfermeira, auxiliar, médico, falar ‘faz força, faz força’, tá errado, isso tá errado, é despreparo dos profissionais, quem sabe da força é quem sente a dor.”. Entretanto, no momento de fazer a força, a natureza dá sua mão: “É instintivo, é natural.”. Ao mesmo tempo em que é a mulher que faz a força, por vezes, não há como controlar esse impulso, coisa que também é passível de perturbação por parte dos profissionais, mesmo ali na Casa de Parto: “ ‘Pára de fazer força’, como se a gente pudesse, isso vocês vão escutar muito, até aqui...”.

A dor é colocada como um elemento individualizado: “Dor, pra cada uma é diferente”, mas alguns elementos de comparação são utilizados, como aquela provocada pelas cólicas menstruais. Seria também algo que a mulher pode (e deve) controlar: “Dói, dói, né, mas eu acho assim, não é nada que você não pode controlar”. O incentivo para o parto normal, que implica em sentir a dor das contrações para a maioria das mulheres, no entanto, busca diferenciar essa condição do sofrimento: “Não quero que ninguém sofra, ah, que tenha parto normal, mas que tenha parto normal e fique bem.”, assim o parto normal é explicado pelas vantagens que traria à saúde.

A dor seria uma coisa passageira, mas os benefícios de um parto normal se estendem a construir uma concepção de saúde mais ampla. Tal parecia ser a intenção por trás da explicação da palestrante. Esta menciona que - como frequentemente acontece nas consultas pediátricas – as pessoas vão às consultas em busca de remédios, vacinas, e, no caso de saírem de lá sem isso, não ficam felizes: “A gente tá se acostumando a invadir cada vez mais o ser humano”. Cita ainda as consultas de cinco minutos, ao que uma gestante deu seu depoimento de decepção com a primeira consulta de pré-natal, que teria sido muito rápida, e ela na condição de possuir um histórico de aborto. A fala de uma enfermeira a esse respeito, “Na verdade, o pré-natal é pra ser feito com enfermeiro”, ilustra como aparecem conflitos profissionais com relação a que profissão teria melhor desempenho na tarefa do cuidado e da promoção ampla da saúde.

A apresentação do vídeo, realizada ao final dos encontros do terceiro trimestre, é colocada como uma oportunidade para aquelas (ou aqueles) que nunca viram um: “Dois partos naturais, humanizados, pra quem nunca viu”. Em uma das palestras acompanhadas, se encontrava uma mulher, irmã de uma gestante, que já havia tido bebê e ao questionar “Quem já viu?”, a palestrante a interpela e pergunta “Você teve parto normal?”, ao que a gestante responde “Tive, mas eu não vi! Risos, Só senti, assim...”. O vídeo, intitulado “Sagrado” é uma produção em que se busca ilustrar os direitos das gestantes, preconizados pela OMS, a partir de dois casos filmados, que mostram duas mulheres em trabalho de parto e no momento do parto, ambos partos naturais, sem intervenções,

com as mulheres em postura ativa, auxiliadas pelos companheiros. Inicia com alguns depoimentos emocionados de mulheres sobre seus partos vaginais e de profissionais sobre a assistência não intervencionista. Após são mostradas imagens das mulheres em trabalho de parto e a partir das imagens aparecem legendas sobre os direitos das mulheres, como o de consumirem líquidos, possuir um plano de parto, manter-se ativa, o som de fundo é de uma música. Quando aparecem os momentos do parto, o som de fundo é o da própria gravação, na qual podem ser escutadas as reações das mulheres. Ambas as mulheres têm o parto em um banquinho para parto de cócoras, não fazem episiotomia e se mantêm calmas, durante as contrações e mesmo na expulsão, quando apenas uma grita. As palestrantes falam que o que aparece no vídeo é o preconizado na Casa de Parto: “Aqui, tem todo esse encaminhamento que tá mostrando aí.”

A apresentação do vídeo, em geral, provoca muitas reações entre gestantes e acompanhantes, a começar de sua enunciação, como quando um pai reage, perguntando: “Só as mulheres, né?”. Nessa ocasião, a enfermeira que conduzia a palestra, enfatizou que aquelas(es) que quisessem sair, para não assistir o vídeo, poderiam fazê-lo. As profissionais fazem vários comentários ao longo da apresentação do vídeo, seja para reforçar a importância do que aparece e seria o ideal de parto, seja para relativizar as condições demonstradas, como no caso do nu das parturientes, “Precisa ficar pelada, assim? Não” ou “Ninguém tem que” sobre a participação de *doula*, que pode ser oferecida na Casa de Parto a partir das *doulas* voluntárias, da comunidade. Tanto reações positivas ocorrem: “O vídeo tira um pouco do tabu, de o parto ser coisa de outro mundo.”, como negativas, como no diálogo reproduzido abaixo:

Enfermeira – Deu pra...

Gestante X – Deu pra ficar assustada...

Gestante Y – Como é que a gente faz assim, pra ser cesárea? (Risos de todas)

Enfermeira – [Esclarece que a cesárea só ocorre em caso de necessidade.]

Gestante Y – Mostra a bola para fazer exercícios e pergunta “E se ele virar?”

Enfermeira – Aí, desvira... (risos) Não, ele não vira, tá? Depois que fica com a cabecinha pra baixo.... [Esclarece que no caso do bebê ficar sentado, deve ser realizada a cesariana.]

Gestante Y – Viu, fica virado! [apontando com o dedo em riste para a barriga].

Na ocasião em que esse diálogo ocorreu, havia sete gestantes, duas com acompanhantes, e muitas, durante a apresentação do vídeo fecharam os olhos, viraram os rostos e, numa clara demonstração de vergonha e embaraço, ficaram vermelhas.

durante a palestra do terceiro trimestre e nas demais, em geral, a humanização do parto não é explicada diretamente. São feitas algumas referências esparsas, como na seguinte fala: “Se vocês tiverem bebê aqui, tiverem a sorte de ter bebê aqui, porque nós temos uma Casa de Parto, a mais humanizada possível, tá o mais perto do ideal possível, o mais perto do que é a casa dela.”. Nesse

sentido, um lugar humanizado, comparado com a casa da gestante, seria um lugar no qual ela sentisse bem. Outros exemplos de falas são encontrados quando as palestrantes apresentam o vídeo, descrito acima.

A linguagem pela qual as mulheres são tratadas por, aparentemente, todas as profissionais, não só aqueles que participam das palestras do terceiro trimestre, mas das demais também, é bastante heterogênea: “gestante”, “mulher”, “mãe”, “vocês”, “a gente”. Em geral, também se percebe um esforço de inserir-se como exemplo do que é dito provavelmente na intenção de fortalecer um sentimento de comunhão entre profissionais e participantes.

A visita à maternidade é a última atividade da palestra do terceiro trimestre da gestação. Nessa visita, as gestantes, seus companheiros e acompanhantes têm acesso à estrutura da Casa de Parto.

A Casa de Parto possui duas entradas: a principal, que é compartilhada com o Centro de Saúde, pela qual entram as parturientes, e uma entrada lateral, a qual é acessada pelo estacionamento. Nesse estacionamento, ficam três ambulâncias para transferência de parturientes e/ou recém-nascidos em estado emergencial para a unidade de referência.

Assim que a parturiente é admitida pelo Setor de Registro, um guichê em um corredor da entrada principal e realiza o exame em uma sala que é a emergência em ginecologia e obstetrícia. Se admitida, passa pelo Vestiário para despir-se de seus pertences e vestir a camisola instituição. A CP conta com três suítes PPP. Ficam em um corredor à esquerda da entrada principal e em frente às mesmas encontramos o posto de enfermagem, a sala de prescrição, a sala de cuidados para o recém-nascido e a pia para lavagem das mãos dos funcionários (com três torneiras). Nesse corredor, nas paredes e portas das PPP's encontram-se folhas com os dizeres “Humanizar é acolher, respeitar, apoiar, incentivar”. “Este ambiente deve ser tranquilo, silencioso e acolhedor. Contribua com a humanização do nascimento!”, “Silêncio, Ambiente Sagrado!” e um utensílio no qual pode colocar papéis com o nome da parturiente e do bebê que irá nascer no respectivo quarto. Esses recados são claramente destinados aos profissionais.

Uma das PPP's é uma suíte completa, as duas outras compartilham o mesmo banheiro, que possui duas portas, podendo ser, portanto, reversível. As PPP's são quartos amplos, com pé direito bastante alto, o que gera uma agradável sensação de amplitude. Ao fundo das três PPP's está um corredor contínuo com algumas plantas e com a parede decorada com desenhos (flores e borboletas), no qual as gestantes são estimuladas a deambular durante o trabalho de parto. Todas são equipadas com camas especiais, com arco, preparadas para o parto em posições verticais (cócoras, de quatro, de lado, etc.). Sobre a posição em que ficará a cama no momento do parto as profissionais incentivam a autonomia: “Vocês que sabem!”, bem como a utilização dos outros equipamentos que podem ser usados no relaxamento, como a bola inflável de borracha, aparelho de

som e de massagem em madeira (todos compartilhados entre as três PPP's). Existem ainda outros equipamentos disponíveis nas PPP's: equipamento para oxigenação, poltrona para acompanhante, pequeno armário com luvas, vaselina e aparelho Doppler (para monitoramento dos sinais fetais), foco luminoso e berço simples. Ao entrarem nessas salas e explicar-se todo aparato disponível, as gestantes, em geral, reagem de forma positiva: “Ai que chique, nunca vi gestante ter tanta mordomia!”, “Não gostei, adorei!”. Em certa visita uma acompanhante de gestante declarou que deveria ter ido para lá e não para o Hospital da Ceilândia, no qual disse ter se sentido sozinha, tendo que chamar a enfermeira no momento em que sua filha iria nascer.

A sala onde é realizado o banho do bebê (pia metálica com chuveirinho), também é equipada com berço comum aquecido, incubadora para transporte emergencial, aspirador traqueal e outros, para os bebês que não nascem em condições tão boas (apresentando mecônio, por exemplo) ou necessitam ser aspirados.

É explicado que a parturiente ainda permanece na PPP por aproximadamente duas horas após o parto, período no qual há a necessidade de observação para prevenção de hemorragias. Após esse tempo, é transferida para sala do Alojamento Conjunto – AlCon, que conta com três leitos com mesas de alimentação, um banheiro, três cadeiras para amamentar e uma pequena varanda com vista para um jardim de inverno (porta basculante). Existem dois AlCon. Nesse local, a parturiente permanece vinte e quatro horas, ao menos. Nesse recinto, a acompanhante somente tem lugar para dormir sentada. Todo dia nessa sala é realizada em um horário predeterminado uma palestra acerca da amamentação.

A parturiente e seu bebê recebem alta se estiverem em estado estável, após 24 horas do parto, aproximadamente, com duas consultas marcadas no Posto de Saúde: com o ginecologista (quinze dias após o parto) e pediatra (no máximo após uma semana do parto). Uma equipe do Programa Saúde da Família local realiza uma visita domiciliar durante o período do pós-parto.

A visita às salas de parto pode tanto provocar reações positivas, como as citadas, quanto uma preocupação com a posição do parto e a posição na qual o(a) acompanhante estará, se poderá visualizar a vagina ou não. Em uma visita, uma gestante ficou aliviada, dizendo “A gente pode relaxar...” depois de ouvir da enfermeira que os pais podem ficar atrás da cama: “Essa cena linda, maravilhosa, da vagina se abrindo, não vai ver não, o médico é que vai ver...” e ainda ser tranquilizada sobre ficar nua: “Já tá todo mundo acostumado, peito, perereca, barriga, não é novidade pra ninguém, é natural.”

As palestras destinadas às gestantes adolescentes fazem parte do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente – PRAIA, que acontece também em outras unidades de saúde do DF. São cinco encontros que ocorrem de forma cíclica, quinzenalmente. Cada encontro conta com um tema e profissionais pré-estabelecidos. Acompanhou-se as palestras respectivas ao terceiro



encontro, cujo tema era o parto, pós-parto e exercícios para o trabalho de parto. As profissionais responsáveis eram a ginecologista e a psicóloga, mas também participaram do encontro duas assistentes sociais. A psicóloga limitou-se a contar brevemente suas experiências de parto (três cesarianas) no início do grupo e a realizar breve intervenção ao final, quando as gestantes foram perguntadas como estavam e se tinham dúvidas.

A palestra foi conduzida pela ginecologista e obstetra, mas no início as gestantes foram solicitadas, pela assistente social, a apresentarem-se e participar de uma pequena dinâmica. Na apresentação, as adolescentes (oito ao todo) falaram quantos anos tinham (duas de 15 anos, três de 18, duas de 19 e uma de 20) se eram casadas, trabalhavam e estudavam. Chama atenção o fato da maioria (5) ter declarado ser casada e a minoria declarar trabalhar (1) e estudar (1). Na dinâmica proposta, as gestantes deveriam, em dupla, responder ao enunciado: “Quando penso em parto, penso em...”. Todas gestantes declararam que, ao pensar em parto, pensam em primeiro lugar em dor, e duas, depois da dor, em medo (medo de desmaiar e medo “de o médico demorar de tirar”). A médica partiu dessa questão, começando a falar que a dor é relativa, sendo aumentada pelo medo e que as gestantes deveriam selecionar as histórias que escutam, pois a maioria é sobre dor. Explica que cada parto é diferente para cada mulher, e que é preciso ter consciência do corpo para poder conduzir o próprio parto, divergindo da idéia manifestada de que o médico que faz o parto, que tira o filho: “Isso não existe, o filho está dentro de vocês”.

A palestra teve como principais tópicos a explicação fisiológica de como ocorre um parto vaginal, a importância de manter-se ativa no trabalho de parto e as vantagens do parto vaginal frente à cesariana. A explicação de como ocorre um parto foi acompanhada do uso de um útero de pano com uma boneca e desenhos no quadro negro, ao passo que as possíveis intervenções também iam sendo comentadas. As gestantes foram incentivadas a serem a “atriz principal” no seu parto, ajudando assim a equipe de saúde e sendo as responsáveis por “botar esse filho pra fora”, seria com a força delas mesmas que o bebê nasceria. A postura contrária, não participativa, fruto de um pessimismo, de achar que não vai conseguir, foi colocada como sendo “um passo para dar tudo errado”, tornando o parto mais difícil e demorado. A Casa de Parto também foi colocada como um lugar privilegiado para uma postura assim, devido à permissão ao acompanhante de qualquer sexo (em comparação, mais uma vez, ao HRAS), e à existência de *doulas*. Perguntada sobre qual parto seria melhor, a médica respondeu que seria aquele no qual “mãe e bebê saem bem”, entretanto em condições normais, em que tudo corre bem, sem dúvida o parto normal seria melhor, devido às vantagens do pós-parto. Sobre a cesariana declarou “Cesariana é uma cirurgia, abre barriga, costura útero, mexe no intestino... Toda cirurgia tem dor, na hora não, depois, sim.”, falando ainda que a barriga da mulher que se submete a cesariana nunca mais é igual, podendo implicar em dores nas relações sexuais e na evacuação. Segundo a própria médica, a intenção dessa fala não era de causar

medo, mas de falar sobre a realidade.

Ao final da explanação, as profissionais, principalmente a médica, responderam aos questionamentos e a médica explicou alguns exercícios de alongamento. As assistentes sociais presentes foram fazer entrevistas com algumas gestantes, as que apareceram no grupo pela primeira vez. Essa entrevista, cujo roteiro foi acessado posteriormente consta, principalmente, de questões sobre estudo e trabalho, o companheiro e o pai do bebê (que podem ser diferentes), a composição de sua família, a gravidez em variados aspectos (se planejada, como ocorreu, se já abortou, se bebe, fuma ou usa outras drogas, se conta com apoio e seus sentimentos em relação a ela) e seu projeto de vida.

Dentre outras atividades oferecidas as gestantes na UMSSS, encontram-se a fisioterapia e a *yoga*. A primeira é agendada individualmente por estagiários de uma faculdade particular do Lago Sul. Por sua vez, a *yoga* é realizada na UMSSS em sessões coletivas, no quiosque localizado perto do estacionamento dos profissionais e é conduzida por uma médica ginecologista e obstetra, também formada em *yoga* para gestantes. A existência dessas duas atividades é comentada nas palestras constantemente associadas à observação de que são poucas as frequentadoras e que isso coloca em risco a existência da atividade, que pode acabar sendo extinta. A própria professora também assim referiu-se durante a aula. Há dois *banners* grandes, um na entrada da UMSSS e outro próximo aos consultórios de ginecologia, onde as gestantes fazem o pré-natal, para divulgação da *yoga*. Nesse *banner* há a foto de uma aula de *yoga* no local, com informações sobre horários e benefícios para gestantes, informando-se também que mais de 400 mulheres já haviam sido atendidas nessa atividade.

Na atividade de *yoga* cada gestante utiliza colchonetes para executar as posições que a condutora realiza, a partir de orientações verbais e demonstrações das posições. Vai-se explicando detalhadamente cada posição (exercício), comentando o nome da posição (os nomes originários no idioma indiano, alguns com equivalentes em português, como “postura da palmeira” ou “de lótus”), as estruturas fisiológicas envolvidas (músculos, ligamentos, hormônios, etc), a forma de respiração durante o exercício (ponto frequentemente ressaltado, o controle da respiração), a função do exercício durante a gestação e, alguns, para o momento do parto.

Alguns exercícios demonstram algumas concepções importantes, do ponto de vista da profissional e da instituição. Em um exercício, por exemplo, de abertura da pelve, comentou-se que seria útil para deixar a pelve aberta, facilitando a realização e toques e outros exames, quando as mulheres vão para o pronto-socorro, já que, frequentemente, fecham as pernas e resistem, causando dores e desconfortos para elas mesmas. No trabalho de parto, isso poderia gerar a necessidade de intervenções. Noutro exercício frisou-se que a gestação não é doença e que as mulheres podem e devem ficar ativas, no sentido de fazerem exercícios físicos. Determinado exercício no qual o

calcanhar era apoiado na pelve foi utilizado para demonstrar um ponto importante que ficaria negligenciado durante a gestação, em virtude das pessoas negarem a vida sexual nesse período. Ao final da atividade de *yoga*, conduziu-se um relaxamento, onde se falou sobre a necessidade de relaxamento e medição na gestação.

A partir da observação realizada nas palestras e demais atividades oferecidas às gestantes que freqüentavam a UMSSS perceberam que a freqüência dessas é irregular, as palestras às vezes contam com cerca de doze gestantes e noutras com um grupo bastante reduzido.

É fato perceber que a maioria das mulheres não está acompanhada de seus companheiros ou maridos, sendo o número de mulheres que contam com a presença deles bastante próximo ao de mulheres que são apoiadas por suas mães ou outras mulheres da família. Por mais que seja incentivada a presença do pai no parto e sua participação no processo de gestação, parece que isso ainda não é um elemento freqüente. Talvez, inclusive, a participação do pai não seja uma demanda das mulheres, inclusive, manifestou-se a preocupação acerca da possibilidade do pai ficar na sala de parto durante o trabalho de parto, saindo no momento do nascimento do bebê. Parece haver uma receptividade em relação a outros potenciais acompanhantes, como as *doulas*, mas não há uma grande movimentação nesse sentido, uma vez que não foram ouvidas muitas perguntas sobre o assunto, nem manifestações de interesse maior.

A questão do planejamento da gravidez mostrou-se um tema importante, tanto para a instituição, que busca essa informação, quanto para as mulheres, que a manifestam espontaneamente. Com relação às gestantes adolescentes, o fato de a gravidez não ser planejada é contrastante em relação à enunciação de que se tem uma relação estável, um casamento, sendo um fator citado na busca de uma legitimidade.

A humanização do parto não é um tema trabalhado nas palestras, mas uma qualificação que aparece relacionada ao tipo de trabalho realizado na instituição e a determinado tipo de parto, como aqueles que aparecem no vídeo apresentado. O sentido preponderante em que a humanização parece ser colocada é o sentido de a mulher sentir-se bem, à vontade, como se estivesse em sua casa.

Excetuando-se a questão da amamentação, um ponto passivo com relação ao pós-parto, não faz parte das palestras um aprendizado dos cuidados com o bebê (somente para as gestantes adolescentes), como a troca de fraldas ou o banho. Também as mulheres não demonstram preocupação com esses quesitos.

A ambigüidade entre necessidade de aprendizado e a ação da natureza ou do instinto no corpo feminino, em relação ao parto e a amamentação, também aparece nesse contexto. Sobre o parto, a idéia de ser participativa, principalmente para fazer a força do momento de expulsivo, é enfatizada. Essa participação fica ainda mais importante, do ponto de vista da instituição da qual se fala, que se constitui como um lugar privilegiado para tal, com ambiente e equipamentos para

auxiliar nessa tarefa, por mais que muitas vezes, a atuação das(os) profissionais nesse sentido possa ser perturbadora, como elas(es) mesmas(os) colocam. A amamentação é um aspecto salientado em todas as palestras freqüentadas pelas mulheres, o que a configura como uma responsabilidade institucional, de acordo com o compromisso da instituição com sua certificação de maternidade “amiga da criança”. Vários tipos de argumentos buscam construir a amamentação como algo benéfico e necessário, não opcional, desde as vantagens para o pós-parto das mulheres (que, muitas vezes, precisam voltar rapidamente ao trabalho doméstico e ao cuidado de outras crianças), até vantagens intelectuais para as crianças amamentadas (QI maior). O vínculo mãe-bebê é um quesito muito importante, a ser construído desde a gestação, mas tendo seu ápice numa amamentação bem sucedida, de preferência iniciada imediatamente após o nascimento.

A ambigüidade entre senso comum e outra “verdade” também está colocada. Muitas idéias das mulheres, principalmente em relação à amamentação (como amamentar, como acontece a produção do leite, como acontecem e devem ser solucionados os problemas relacionados à amamentação), são contrastadas a outras idéias, trazidas pelas profissionais. Embora essas outras idéias, muitas vezes sejam contrárias às experiências das gestantes (mesmo as que não têm filhos, mas, muitas vezes, convivem com crianças na família), elas são colocadas como de maior seriedade, pois são baseadas em “estudos” e validadas nas experiências das profissionais. Nesse sentido, as experiências de mulheres e das profissionais adquirem diferentes sentidos. Outro aspecto interessante com relação ao tratamento do senso comum, é o reconhecimento, por parte das profissionais, de sua condição “cultural”, como o exemplo da necessidade de beber leite, influenciada pelo mercado.

Uma questão importante em relação à constituição da identidade da UMSSS são os aspectos que a contrapõem em relação a outras maternidades da rede pública, principalmente à maternidade que é sua “referência”, que é o HRAS. Referência, nesse sentido, está colocada não como um ideal a ser alcançado, mas apenas como local para onde as emergências são transferidas. Ao contrário, o HRAS, a despeito de também ser uma maternidade idealizada como humanizada no DF, é um exemplo do que não deve ser seguido, em virtude de promover uma atenção despersonalizada (são muitas mulheres, o atendimento individual não é possível e não há espaço ou ambiente algo diferente), intervencionista (devido a postura padronizada de médicos e à necessidade de aprendizado dos residentes) e não-solidária (devido ao sentimento que as mulheres expressam em estarem sozinhas). Nesse sentido, a UMSSS seria a melhor “opção” no caso de um parto vaginal de baixo-risco, sendo a remoção, em caso de necessidade, garantida. Entretanto, a idéia de “opção” é um quesito que diferencia o atendimento em maternidades públicas do atendimento em maternidades privadas, com relação ao tipo de parto. No atendimento público a opção pelo tipo de parto não existe, embora os benefícios de parto vaginal sejam constantemente enfatizados.

### 3.3 – O aprendizado da maternidade nos espaços público e privado

Nesse item analisa-se a forma pela qual a maternidade é construída no espaço das instituições privadas e públicas a partir de cursos ou palestras oferecidas para gestantes e companheiros ou acompanhantes. Um primeiro aspecto que é necessário frisar é que esses comentários dizem respeito a um recorte empírico que não pode ser generalizado, nem para outras realidades (outros cursos, outras instituições) nem para outras pessoas (gestantes, companheiros e acompanhantes, profissionais). Além disso, compõem resultados de uma tessitura específica, sobre a qual se admitem as influências da pesquisadora e o contexto de realização da pesquisa.

Com relação à humanização do parto, existem diferenças significativas sobre a forma que é tratada em um contexto e outro. No privado a humanização do parto é uma questão teórica, existe um debruçar-se sobre essa questão, é uma constante na fala, não de todos profissionais, mas da condutora do curso. A humanização está ligada principalmente à promoção do parto familiar e a um resgate histórico do papel feminino no parto. A/o obstetra seria figura central, tanto na história da transformação do parto em evento médico, quanto tendo um papel ativo no resgate do parto dessa condição “medicalizada”. No contexto público, a humanização, ao contrário, não é um tema freqüente no discurso, aparecendo esparsamente como qualificação à instituição da qual se fala e a um tipo específico de parto, no qual, genericamente, a mulher pode sentir-se bem. A associação de um parto humanizado a um parto familiar, nesse contexto, não ocorre, o que está em consonância com a participação esmaecida do pai ou cônjuge no momento do parto. Uma questão que não pode ser esquecida, é que a lei que permite o acompanhante nas maternidades públicas é bastante recente e, até então, as mulheres não tinham essa possibilidade. Entretanto, no contexto público, as condutas médicas e profissionais em geral, também aparecem como possíveis perturbadoras do bem-estar e do parto feminino, embora desprovidas de uma contextualização histórica.

A relação da humanização do parto com as instituições é, portanto, diferenciada: de um lado, no contexto privado, a instituição é colocada na posição de permitir um parto humanizado, dando condições aos profissionais e às mulheres que o desejam, de outro, no contexto público, a instituição é, em si, humanizada, embora a conduta dos profissionais nem sempre contribua para isso e a conduta das mulheres seja indiferente (com relação, por exemplo, a presença do pai do bebê ou acompanhante e a realização de intervenções como a episiotomia).

Em ambos os contextos, ao menos uma ambigüidade está presente: a relação entre a necessidade de aprendizado para o desempenho das tarefas de parir e amamentar e o inatismo atribuído a tais habilidades, seja por instinto ou pela condição genérica de natureza. A condição de aprendiz conectada à natureza é uma condição que permeia tanto o contexto privado, quanto o

público e que se inicia ainda na gestação. A maternidade inicia antes mesmo do nascimento do bebê, com a necessidade de formar um vínculo intra-uterino com a(o) filha(o), vínculo esse determinante do futuro dessa relação.

Para o aprendizado do parto e da amamentação parece ser necessário, em ambos os contextos, colocar à prova os conhecimentos obtidos na convivência social e cultural, leigo, em relação aos conhecimentos trazidos pelas (os) profissionais, especialistas. Assim, o conhecimento do senso comum, é confrontado com o estudado, compondo uma verdade de legitimidade institucional, validada nas experiências das próprias profissionais.

A questão da escolha do tipo de parto e das condições do parto, do “como” ocorrerá o parto é diferente em cada contexto. Primeiro, no contexto privado, existe a possibilidade da cesárea eletiva, embora as mulheres sejam desencorajadas a fazê-lo. O parto vaginal, entretanto, uma vez escolhido, está ameaçado pela conduta médica, sob a qual, no momento do parto, as mulheres não devem colocar questões. Mas ainda há um conhecimento sobre que tipos de intervenções são possíveis e sobre quais condições as mulheres podem influenciar sobre sua utilização. Num contexto onde o parto cesáreo e a conduta intervencionista são dominantes, o parto natural é questão de escolha e empenho da mulher. A única coisa que protegeria às mulheres, no sentido de obterem o parto desejado, seria o acordo prévio com a(o) médica(o) e sua sagacidade em perceber suas intenções. No contexto público, as mulheres não podem escolher o tipo de parto. O parto vaginal é um desígnio da natureza. A aceitação desta condição não parece passar sobre um vislumbre das possibilidades do “como” esse parto pode ocorrer. Entretanto, talvez uma possibilidade que surge nesse horizonte seja a da escolha da instituição, ou melhor, do tipo de instituição na qual se pretende ter o parto. Com relação à escolha do profissional, que inclusive pode mudar durante a assistência ao parto, não há nenhuma esperança nesse sentido, o que também esvazia qualquer possibilidade de acordo.

A construção da identidade das instituições onde se realizaram os cursos e palestras observadas(os) também ocorreu de forma diferenciada. Na instituição pública, na qual, aparentemente, não haveria uma preocupação com uma concorrência, ocorreu uma grande preocupação com a diferenciação. Vários aspectos da UMSSS foram levantados como pontos positivos, em detrimento da qualidade de outras maternidades públicas (principalmente o HRAS). Na instituição privada, a diferenciação não foi uma tópica de grande importância, nem com relação à outras instituições privadas, nem com relação às instituições públicas. A preocupação parece ter sido concentrada na construção de um padrão de qualidade, um padrão que seria perceptível desde à condição que o hospital dá para a realização do parto desejado, até a segurança das pessoas dentro da instituição, sendo estendido à todas áreas: enfermagem, nutrição (de cuja qualidade o lanche servido é exemplo), pediatria, anestesiologia, etc.

Duas questões que apareceram como importantes em apenas um dos contextos podem servir como exemplos da condição pela qual a maternidade está colocada socialmente e referenciada nas classes ou condições sociais: a importância dos cuidados com o bebê no contexto privado, que não aparece no público, e a importância do fato de a gravidez ser planejada ou não, no contexto público, que não aparece no privado. No contexto privado, o planejamento da gravidez não é uma questão porque já é dado como uma vontade de casais que estão economicamente estabelecidos, validada pelo fato do casal estar presente no curso. Basta ensiná-los como fornecer os primeiros cuidados para seus filhos, o que adquire mais importância num contexto no qual as mulheres estão, em sua maioria, inseridas no mercado de trabalho. No contexto público, o planejamento da gravidez adquire importância em virtude das estruturas familiares estarem menos claras, uma vez que a participação pai não é corrente, além da questão econômica, pois a população onde está instalada a UMSSS é de baixa renda, de onde, para o senso comum, a gravidez não é suficientemente evitada. Entretanto, essas mulheres, uma vez grávidas, não precisam aprender como cuidar de bebês, devido a conviverem com a maternidade e não possuírem, em sua maioria, muitas perspectivas profissionais além do trabalho doméstico.

A linguagem através da qual mulheres são tratadas nos cursos variou nos dois contextos. Com relação apenas aos profissionais médicos é que uma diferença colocou-se claramente. No contexto privado, de um profissional, ouviu-se enfaticamente a enunciação da mulher como paciente o que não se repetiu no contexto público. Porém, a esse respeito, as diferentes composições de profissionais nos respectivos contextos devem ser observadas.

Por fim, cabe ser observado o aspecto do formato dos cursos/palestras. A diferença na organização dessas atividades educativas parece estar adaptada às suas diferentes realidades. Uma, responde a uma demanda “emergencial”: as mulheres do contexto privado precisam de uma atividade intensa em pouco tempo, o que se ajusta ao fato de a grande maioria que frequenta os cursos estar no último trimestre ou nos últimos meses de gestação e, além disso, trabalharem. Já as palestras na instituição pública buscam forçar um maior envolvimento das gestantes com a instituição, a partir do espaçamento de suas atividades e de sua realização concomitantemente ao pré-natal.

#### **4 – Das expectativas à realidade do tornar-se mãe: as entrevistas com gestantes antes e depois do parto.**

Nesse capítulo apresentam-se os resultados da pesquisa relativos às entrevistas com gestantes no pré-parto e pós-parto. O roteiro seguido é o das temáticas propostas nos questionários utilizados, partindo, no pré-parto, das questões acerca do pré-natal e dos cursos ou palestras, da humanização do parto, das visões sobre o parto e o próprio parto e, no pós-parto, da correspondência às expectativas e ao parto humanizado, como este ocorreu, o ponto mais negativo e o mais positivo, a participação dos profissionais e o pós-parto.



A seguir, encontra-se uma tabela que evidencia detalhadamente o perfil sócio-demográfico de cada gestante selecionada para compor o grupo das entrevistadas. As gestantes de número um a sete são do contexto privado e as demais, do público. Como se pode observar na tabela, apenas duas mulheres já tinham filhos, uma em cada contexto. Vale acrescentar que a prática religiosa foi um quesito de grande variabilidade.

As informações sobre as demais categorias já permitem observar algumas diferenças, de acordo com o contexto da assistência: em geral, as mulheres do privado possuem mais idade<sup>104</sup>, algumas residem no Plano Piloto, sendo a maioria casada, tem nível superior completo, trabalham e são de cor branca. Destas, duas têm o próprio negócio, uma é professora, outra psicóloga e ainda há uma funcionária pública. As duas mulheres que não trabalhavam acompanharam os maridos em mudanças de emprego e moradia (uma de estado e outra de país).

As mulheres do contexto público da assistência residiam todas em São Sebastião, cidade localizada na Região Administrativa do DF onde se encontra a instituição de referência, sendo que três delas eram solteiras e não tinham companheiro, metade delas possuem segundo grau completo e, dentre as demais, apenas uma tinha primeiro grau incompleto, sendo a maioria morena, e não-empregada. Das mulheres que trabalhavam, duas pararam durante a gestação, em virtude de serem empregadas domésticas, profissão que fica dificultada de ser exercida com as limitações físicas da gravidez.

**Tabela 1**  
**Perfil Sócio-demográfico das Mulheres Entrevistadas no DF**  
**Brasília – 2006/ 2007**

Nº	Idade	Pari- dade *	Local de Moradia	Estado Civil	Cor	Escolari- dade	Religião	Trabalho
1	25	0	Asa Sul	Solteira – sem parceiro	Branca	Pós- graduação	Espírita	Sim
2	36	0	Taguatinga	Casada	Branca	Superior	Católica	Não
3	29	1	Candangolândia	Casada	Branca	Superior	Sem religião	Sim
4	34	0	Taguatinga	Casada	Branca	Superior	Adventista	Sim

<sup>104</sup> A diferença entre as médias de idade é relativamente pequena: a média das mulheres do contexto privado é de 31,4 anos e a média das mulheres do contexto público é de 25, 6 anos.

5	39	0	Asa Norte	Casada	Branca	Superior	Católica praticante	Não
6	29	0	Guará	Casada	Branca	Superior	Católica não praticante	Sim
7	28	0	Asa Norte	Casada	Branca	Superior	Católica não praticante	Sim
8	22	1	São Sebastião	Casada	Morena	2º Grau completo	Evangélica	
9**	27	0	São Sebastião	Solteira – sem parceiro	Branca	2º Grau completo (técnico em contabilidade)	Presbiteriana	Sim
10* *	31	0	São Sebastião	Casada	Morena	-***	Católica	Não
11	19	0	São Sebastião	Solteira – sem parceiro	Morena	1º ano do 2º Grau	Sem religião	Não
12	27	0	São Sebastião	Casada	Negra	6ª Série do 1º Grau	Católica	Sim
13	30	0	São Sebastião	Solteira – sem parceiro	Morena	2º Grau completo	Católica	Sim
14	26	0	São Sebastião	Casada	Branca	2º Grau completo	Católica	Não
15	23	0	São Sebastião	Casada	Preta	2º ano do 2º Grau	Evangélica	Não

**Fonte:** Pesquisa de Campo, realizada durante o ano de 2006/2007

\*A data de referência é a primeira entrevista realizada (pré-parto), portanto, as gestantes que não tinham filhos são consideradas de paridade 0 (zero).

\*\*Essas gestantes foram entrevistada apenas no pré-parto.

\*\*\* Dado perdido.

#### **4.1 – As entrevistas no contexto do pré-parto.**

##### **4.1.1 – O pré-natal e o curso de gestantes/palestras.**

Estes dois temas compõem as perguntas iniciais do corpo do questionário, voltadas para a problemática da pesquisa (existem perguntas anteriores, utilizadas para compor os perfis sociais da Tabela 1). Compreenderam quatro questões específicas, conforme podem ser vistas no anexo (Anexo III).

Embora se esperasse que as gestantes informassem a data de início do pré-natal<sup>105</sup> apenas oito assim o fizeram, sendo que as demais deram outras informações como a de que já estavam tentando engravidar, já existindo, portanto, um acompanhamento médico precedente ao pré-natal. Dentre aquelas que informaram o mês de início do pré-natal, duas eram assistidas no contexto privado e seis no público, e, na média, em ambos contextos o pré-natal foi iniciado no segundo mês de gestação. Todas as mulheres que referiram já estarem tentando engravidar eram assistidas no privado. Entretanto, a única que informou claramente ser a filha não “planejada” também era assistida no privado.

Três mulheres, assistidas no privado, mudaram de médica durante a gestação, uma por adequação ao plano de saúde (pois a médica que a acompanhava não utilizava convênios) e as demais por iniciativa própria, por desconfiança de que a médica não fosse completamente a favor do parto normal, sendo que dessa forma seu parto acabaria sendo cesárea. As justificativas dessas mulheres podem ser vistas abaixo e mostram como são sutis os argumentos que embasam essa desconfiança.

Ele [o obstetra] fazia a linha mais pra cesariana e eu queria parto normal, né, e eu já tinha falado com ele, só que eu, percebendo pelo jeito dele, que ele preferia marcar a cesárea. (Gestante 4).

Sempre me atendeu super bem [a obstetra], mas ela não era uma pessoa, assim, entusiasmada, nunca conversou comigo sobre parto normal. Toda vez que eu chegava lá ela falava ‘Ah, o teu relógio biológico tá passando, tem que engravidar e tal...’. então eu via que ela era uma pessoa que não tava interessada, desde os 26 anos, quando eu cheguei aqui, é que ela já começou a fazer esse tipo de comentário. Eu via que ela era uma pessoa só interessada que eu engravidasse. Mas nunca comentou comigo nada sobre essa questão de parto. Daí eu pensei: quando eu engravidar, vou procurar um outro obstetra, que seja uma pessoa voltada, pra um parto natural. Porque eu quero ter a certeza de que se a pessoa olhar pra mim na hora e disser: ‘Você vai ter que fazer uma cesárea.’ Eu quero confiar que realmente eu vou ter que fazer uma cesárea. Não ficar desconfiando: ‘ai, será que ela tá querendo ir embora mais cedo... (Gestante 6).

A quantidade de informações trazidas pelas mulheres do público foi bem menor, concentrando-se nas questões do mês de início da gestação e local de realização do mesmo. Cinco gestantes foram acompanhadas na UMSS e as demais em unidades do Programa Saúde da Família (PSF), que mantém unidades em cada bairro de São Sebastião.

Com exceção de duas gestantes, todas as demais esperavam a(o) primeira(o) filha(o). Uma

---

<sup>105</sup> O pré-natal é uma diretriz universal com respeito à gravidez, tanto em contextos públicos, quanto privados da assistência. Preconiza-se a realização de uma consulta mensal com médico gineco-obstetra, desde o primeiro mês de gestação, sendo que a partir do último mês, realizam-se consultas com maior frequência, inicialmente quinzenal, depois semanal ou conforme necessidade estipulada (Silva et al, 2005). O Ministério da Saúde preconiza a realização de seis consultas para as gestantes acompanhadas pelo SUS. No pré-natal, também são realizados uma série de exames para acompanhamento do estado geral de saúde, para a detecção de patologias específicas e acompanhamento do desenvolvimento fetal. Seria o caso dos exames de sangue e urina, exames de sífilis, toxoplasmose e HIV e ecografias gestacionais. Também podem fazer parte do pré-natal uma série de outras atividades de cuidado e preparação para o parto.

gestante do privado já havia tido uma filha, por meio de um parto cesáreo<sup>106</sup> e uma gestante do público já havia tido uma filha de parto vaginal, na UMSSS. Uma gestante do público já havia tido uma gestação com aborto involuntário.

A gestante do privado relata seu primeiro parto em acordo com a situação que levou à emergência da cesariana. Percebe-se, no seu depoimento, a ambigüidade do motivo para fazer a cirurgia, enunciada juntamente com a escolha:

A minha obstetra já tava lá, me examinou, aí como já tava no período de nascer mesmo, né? O neném já tava formadinho, aí ela terminou fazendo uma cesárea de urgência, né, pra não correr risco, né, pra criança... (Gestante 3).

A gestante do público relata que no seu primeiro filho tudo foi como o esperado, apesar de não ter gostado dos pontos da episiotomia, dados sem o efeito da anestesia. Em seu depoimento aparece a questão do grito, da manifestação da dor, colocando-se uma associação entre não manifestar a dor e o “normal”, como se vê abaixo:

Entrevistadora: Como foi seu primeiro parto?

Bom, tudo normal, na hora dos pontos é que (...). Meus pontos não pegou anestesia, eu senti os ponto tudinho [sic]. Na hora de eu ter neném não gritei, não gruni, nada, tudo normal, mas na hora de dar os pontos fiz todas essas coisas (...). Fez o corte e na hora de dar os pontos não pegou anestesia direito.

Entrevistadora: E doeu? [o parto]

Um pouco, mas foi normal. (Gestante 8).

Sobre como ficaram sabendo do curso para gestantes, uma grande diferença ficou colocada entre os contextos: para as gestantes do privado as amigas e as(os) próprias(os) médicas foram as pessoas que indicaram o curso para gestantes (apenas dois casos foram de forma diferente, por meio do jornal e de iniciativa própria), mas para as mulheres do público a indicação é despersonalizada, sendo atribuída à instituição, ou mais precisamente, à “partes” da instituição, a “Sala da Mulher” ou ao PSF, o que pode ser exemplificado pelos depoimentos abaixo:

Foi aqui, me mandaram aqui, ir participar das reuniões. Eu nem sabia, que no filho passado não tive reunião. Aí não sabia, aí ele falou: ‘você tem que participar de reunião lá em baixo’, aí eu: ‘ah, tá.’. Aí fui lá, procurei a sala da mulher, né, ‘tem como tu marcar?’, aí marcaram pra mim. (Gestante 8).

Não, é porque é até marcado no cartão, né. Aí avisam lá pra gente, da sala da mulher (...), fica sabendo o dia e já vai logo. Nem falam, porque já tá ali e a gente já vem logo. (Gestante 14).

No depoimento da Gestante 8, acima, inclusive, há outro aspecto relacionado com a forma de contato com as palestras para gestante, que é o não voluntarismo presente no discurso. As mulheres não se envolvem com a busca ou a possibilidade de participar de um curso ou de palestras para gestantes, mas são mandadas a ir, são encaminhadas e as palestras e consultas na UMSSS parecem ser marcadas a revelia dessas mulheres, uma vez que não demonstram envolvimento com a questão.

---

<sup>106</sup> Indicado de emergência, pois a placenta era prévia e houve sangramento.

A opinião das gestantes sobre o curso e as palestras foi, em ambos os contextos, bastante positiva, mas chama atenção que somente mulheres do público declararam não haver nada a melhorar (inclusive com relação à infra-estrutura) ou não ter achado falta de nada. Como afirma a gestante 12, no trecho incluso abaixo, após depoimento da Gestante 4, assistida no contexto privado.

Achei maravilhoso. (...). Então eu achei essencial o curso aqui, muito completo, a gente aprendeu bastante coisa, muitas informações novas, eu adorei. Bem acessível, muito acessível, fácil de entender, ... (Gestante 4).

Achei boazinha, né (...) pra gente que vai ter o primeiro filho. (...) no caso, a gente pensa uma coisa e na hora que a gente vê assim, é outra. E eu gostei, porque a gente vê assim, mais ou menos, na hora não fica tão...[silêncio]. Gostei. (...). Não tenho nada a reclamar do posto aí, não. (Gestante 12).

A apreciação sobre o curso parte de considerações sobre as informações que já dispunha anteriormente, variando entre a consideração de que dispunham de poucas ou muitas informações, mas, em geral, as mulheres reconhecem a importância dos cursos ou palestras para completar as informações de que já dispunham. Todas as gestantes que declaram haver mais ou muitas informações de que não tinham conhecimento, nas palestras, eram do contexto público, como no depoimento da Gestante 11, abaixo, e, por outro lado, as que declaram já saber algumas coisas, eram do privado, como no depoimento da Gestante 5:

Achei interessante, porque tinha muitas coisas que eu não sabia. Tem ainda que eu não sei, né, mas aí como eu fui (...) aí já tô mais por dentro. (Gestante 11).

Tinha bastante coisa que a gente já sabia devido ao curso de yoga que eu tô fazendo (...). Então, existem cursos que as *doulas* que organizam lá o curso de yoga, pra poder preparar a gente, né. Então teve um curso de parto, como é um parto, como se amamenta, então elas dão todas essas informações, né. Não que não enriqueceu, que, claro né, quanto mais informação você possa ter, você tem como ... ir limpando aquelas idéias que ficam obscuras na cabeça, né, tanto de leitura, quanto de informação de palestras, né...Então enriqueceu em termos da gente vê como dá banho no neném, né? (risos). (Gestante 5).

A utilidade dos cursos/palestras foi comentada a partir de diferentes observações. No privado, observou-se que o curso servia como um parâmetro para a realidade, para limpar idéias obscuras (como no depoimento acima), ensinar coisas práticas como o banho do bebê e gerar confiança e segurança para o parto natural. No público, observou-se que as palestras também eram um parâmetro, mas com relação ao que era ouvido das outras pessoas, como tira-dúvidas e para dar tranquilidade. Em ambos contextos, a linguagem utilizada pelos profissionais nos cursos/palestras foi observada positivamente, assim como a atuação dos profissionais. As Gestantes 1 e 15, do contexto privado e público, respectivamente, abordaram em suas falas a questão da comparação com o que é escutado nas palestras e cursos para gestantes e o que é escutado de outras pessoas:

Algumas informações eu já sabia, mas muita coisa foi muito bom, porque você ouviu muita coisa, né, você ouviu muita história, então você nunca sabe o que é científico, digamos assim, o que é real e o que é mito, né. Então foi muito bom por isso. Que até mãe, às vezes, da gente, fala coisas que ouviu da vó, que ouviu da bisavó, que passa pela sabedoria, mas também tem muito mito. Então eu achei muito bom por isso. (Gestante 1).

Entrevistadora: “Tinha informações novas?”

Tinha. Todo mundo fala, né? (...) ‘Ah, minha filha, se você comer isso, é... cria leite, não sei o que. Aí ela falou que isso não tem nada a ver. Ah, você pode tomar leite (...), essas coisas, eles conversam tudo, assim, que não existe mulher que tem leite fraco, essas coisa tudo. E, que nem, coisa de chave no seio (...), perto do corpo, metal, dá defeito no neném, não tem nada a ver, aquele defeito na boquinha do nenê é falta de nutriente nos primeiros meses de gravidez. Assim, tudo isso aí, sabe, que quando a gente tem o primeiro filho, qualquer coisa a gente morre de medo. (Gestante 15).

No contexto privado, a maioria das mulheres reconheceu o curso para gestantes como uma instância de interação entre elas, os profissionais e outras gestantes, tendo assim, espaço para perguntar. Apenas uma gestante do público referiu algo nesse sentido, afirmando que as dúvidas das outras pessoas resolveriam suas próprias. Já no contexto público, um elemento que chamou atenção é que algumas referiram terem ficado assustadas ou com medo, uma delas em virtude do vídeo mostrado. Entretanto, duas outras mulheres do público acharam o vídeo um fator positivo, bem como duas mulheres do privado, que observaram o vídeo mostrado a partir da questão das cesarianas excessivas nesse contexto. A crítica das cesarianas desnecessárias e do poder do médico nesse sentido foi um elemento que surgiu nas observações das mulheres do privado, duas delas, inclusive, referiram que o curso foi surpreendente, pois esperavam que incentivasse a cesariana, por se tratar de um curso no hospital privado, mas ter ocorrido o contrário.

O depoimento da Gestante 15, do contexto público, mostra o impacto causado pelo vídeo, num misto de sentimento de vergonha e reconhecimento da importância de ver para outras pessoas, justificada pela própria experiência, pela qual passaria num futuro próximo:

Entrevistadora: E o vídeo? Você viu?

Ah, não, não olhei não (risos). (...) Você viu aquela menina, que ela chega mudou de cor? (...) Eu ia ficar pior que ela (risos).

Entrevistadora: Foi ruim?

Não, é bom, porque tem muita gente que gosta de assistir, (...) é muita gente curioso (risos). Por mim eu nem ouvia, nem vê, tava bom demais (risos). A minha experiência já basta (risos), quando eu tiver (risos). (Gestante 15).

O trecho do depoimento abaixo, mostra a questão da identificação do hospital privado com a promoção de cesarianas e a surpresa ao constatar o contrário, sustentando-se tal constatação, no vídeo apresentado durante o curso:

A gente foi ao curso de gestantes, promovido por um hospital particular, né? Então, a gente partia, até de um preconceito mesmo, de que o hospital particular vai incentivar a cesariana, por uma questão de lucro, e até rapidez, né pra empenhar uma equipe (...) e a gente se espantou pelo fato do curso ser mais voltado pra incentivar o parto normal. Inclusive mostrando vídeos, assim que critica e (...) as posições de hospitais públicos e privados. O ritmo do hospital particular é aquela coisa assim quase que industrial, capitalista. Então, entrou, faz anestesia e já...nem espera muito, só umas duas horas, não tá rolando, já vai pra faca. E no Conceição [hospital público de Porto Alegre, que aparece no vídeo] não, a mulher chega, ‘ah não, vai pra casa, volta daqui a pouco e tal’, tudo pra tentar incentivar o parto normal. (Gestante 6).

Segundo as gestantes, quase que em sua totalidade, o assunto mais importante dos cursos/palestras foi o parto e outras questões relacionadas a ele, como os sinais de parto e as posições. As mulheres do privado enfatizaram o parto natural ou vaginal, com a cesárea como contraponto.

Algumas mulheres lembraram do companheiro ou acompanhantes, quando perguntadas sobre o curso. A maioria dessas, do contexto privado, afirmou que o companheiro também havia gostado do curso e que era esperado que participasse do momento do parto. As mulheres do público (apenas duas) referiram, uma, ter gostado de haver, na UMSSS, a possibilidade de levar acompanhante no momento do parto, e outra, ter o marido gostado das palestras que participou.

Outros temas lembrados pelas mulheres foram bastante demarcados: as mulheres do privado lembraram-se da amamentação, da prática do cuidado com o bebê e do vídeo e as mulheres do público lembraram-se de terem sentido medo e do vínculo mãe-bebê, como uma coisa importante que deveria ser cultivada desde a gestação. As últimas percebem a necessidade do vínculo mãe-bebê, numa relação de muita responsabilidade, para elas, que determina o futuro da criança.

#### **4.1.2 – A humanização do parto para as gestantes.**

Para compor a visão das gestantes sobre a humanização do parto foram questionadas sobre o que ouviram no curso/palestras sobre o assunto e sobre o que seria a humanização para elas próprias.

Um primeiro aspecto presente no discurso das mulheres a respeito do que ouviram nos cursos/palestras sobre humanização, é a negação ou dúvida, principalmente para as mulheres do contexto público: das sete que responderam a essa questão, seis afirmaram não saber do que se tratava ou nunca terem ouvido falar do tema. Na questão seguinte, mesmo quando o termo “humanização do parto” era retirado da pergunta, sendo substituído por “parto bom”, “parto legal”, “parto em que você se sinta respeitada”, as mulheres do contexto público tiveram extrema dificuldade de enunciar suas opiniões, como se vê abaixo.

Entrevistadora: Você percebeu que foi falado sobre humanização do parto nas palestras?

Uhu... Não, não sei (...).

Entrevistadora: O que seria pra você um parto humanizado?

É... não sei responder (risos)... Não sei, sei lá, é um parto normal? (Gestante 8).

Entrevistadora: O que seria pra você ter um parto bom, um parto legal...?

Ah, nem sei, realmente (risos). Nem imagino. (Gestante 13).

Entrevistadora: O que você recorda, o que você lembra que foi falado sobre humanização do parto nas palestras?

Não me recordo disso aí não.

Entrevistadora: O que seria pra você ter um parto bom, um parto legal...?

[Silêncio] (Gestante 9).

A única que disse ter ouvido falar afirmou que foi dito que a UMSSS era referência “justamente por causa disso”:

(...) Mais no começo. Falaram que ali era ponto de referência justamente por causa disso. (Gestante 14)

Com tal enunciação essa mulher foi a única que elaborou algo sobre o que seria um parto humanizado no contexto público. Ela identificou os sentidos da humanização com um local adequado, pessoas preparadas para a assistência, auxiliando e mostrando que o parto é “um processo natural da vida”, compreendendo que é um momento difícil, mas que após esse momento, se têm a alegria “de ter o filho com você”.

Portanto, sobre o que seria a humanização do parto para elas mesmas, seria traduzida em um “parto bom”, um “parto legal”, no qual se sentissem respeitadas, chama atenção o fato de, novamente, as gestantes do contexto público, indicarem a negação, não só negando saber algo sobre o assunto, mas também silenciando. Então, a negação foi a principal característica relacionada com a humanização do parto, presente no discurso das mulheres do contexto público. Apenas três mulheres indicaram a imagem de parto que associavam com um bom parto, um parto legal. É possível perceber a negação relacionada também à possibilidade de um parto indolor e à própria opinião.

As expectativas de um bom parto, como um “parto sem dor” ou “rápido” já são apresentadas no contexto público e podem estar, *a priori*, relacionadas como elementos que elas mesmas, ou outras pessoas, não podem controlar ou interferir. Isso certamente influencia na possibilidade de uma elaboração crítica sobre a assistência que recebem, na medida em que podem deixar de atribuir à assistência qualificadores, conformando-se com as condições do parto que vivenciaram, como condições inerentes à sua natureza feminina.

Uma terceira mulher que forneceu indicativos sobre um “bom parto” indica o sentido da



autonomia, relacionada à presença do acompanhante, uma vez que esse obedece às suas decisões. Entretanto, nesse mesmo depoimento, medo (do bebê cair no chão e de ficar muito tempo afastada dele), a expectativa (a partir de histórias ouvidas) de ser “deixada lá” e os benefícios para o bebê, aparecem como motivadores para a presença do acompanhante que, no caso, seria o marido e não sua própria vontade.

As mulheres do contexto privado também se referiam à negativas ou dúvidas, mas como breves instantes de inflexão em suas falas, posteriormente retomando um discurso muito mais denso, em relação aos discursos das mulheres do público, como pode ser visto no trecho abaixo, que inicia com uma indicação de dúvida:

Especificamente, eu não tenho uma recordação. Mas, no aspecto geral, eu cheguei a perguntar pra psicóloga que tava dando o curso, se dentro de tudo aquilo que eles estavam explicando eu poderia entender que minha obstetra, se ela quiser fazer um parto humanizado, o hospital dá todas as condições para isso. Então, é exatamente isso: se o obstetra quiser que o parto fosse ali no chão, em cima do banquinho, de cócoras, então vai ser ali, é só forrar, eles dão todo espaço pro obstetra. A partir do momento que o obstetra queira fazer dessa forma, o hospital está apto a fazer dessa forma. Então, isso também me deixou contente. Não é uma coisa que o obstetra vai ter que brigar com o hospital, pra poder fazer um trabalho... que ele quer fazer, que ele possa estar fazendo, então ele não vai precisar ter essa..briga, se houver, né? (...) A partir do momento que eu senti que o hospital também está aberto a isso, eu fiquei tranqüila. (Gestante 5).

Os profissionais foram bastante lembrados pelas mulheres do privado, principalmente a psicóloga que conduzia o curso para gestantes, referida como alguém que sempre tocava nesse assunto, e o obstetra, de uma forma geral, como alguém que teria liberdade de agir num local onde o parto seria humanizado, como o local onde o curso para gestantes estava sendo realizado, como exemplificado no trecho de depoimento incluído acima. Chama atenção nesse trecho que, ao mesmo tempo em que é indicada a possibilidade de escolha da forma como é feito o parto em relação à instituição hospitalar, o discurso é permeado pela idéia de que a decisão sobre a condução do parto é da (do) obstetra. A mulher não aparece como pessoa originária ou influente nessa decisão.

As principais questões lembradas pelas mulheres do privado, acerca do que foi falado sobre humanização do parto no curso para gestantes, foram os utensílios presentes no ambiente de trabalho de parto e parto, como a bola, a cama que possibilita ter o parto de cócoras e a possibilidade de colocar música ambiente, a instituição, no sentido de que essa daria condições para a ocorrência de um parto humanizado, o parto normal e também sua contraposição, a cesariana. A postura ativa da mulher, liberdade de escolha, idealização do parto normal, no sentido de que poderia causar frustração, direito da mulher e a relação mãe-bebê foram lembrados por poucas mulheres, em sua maioria, apenas uma.

Dentre as categorias associadas com a humanização no contexto privado, surgidas quando as

mulheres foram perguntadas sobre o que seria para elas a humanização do parto, estão a de ações de profissionais (ser atencioso, perceber o nascimento como evento da família), principalmente as(os) médicas (os) obstetras, e o protagonismo das mulheres no parto, como pode ser visto abaixo, em dois depoimentos distintos:

É justamente essa aproximação maior do médico, é o médico ter esse entendimento de que é um filho, né, é um filho, na família, né, daquele casal, que não é mais um parto que ele tá fazendo, simplesmente, né, que é uma coisa nova, bacana que tá acontecendo com aquela família, no meu caso que é a primeira, né? Então, é muito importante essa relação com o médico, ter confiança na médica, saber que ela vai tomar a melhor providência lá na hora, né, se por acaso der algum problema, aí... sentir realmente que vai ser tudo tranquilo, né, ter essa confiança. (Gestante 4).

Eu acho que a primeira condição pra mim, que sou mulher, é eu poder ter domínio sobre esse momento. Sabe, assim...eu sentir o meu corpo, entrar em sintonia com o meu bebê, sabe? E viver essa experiência, tão boa...e esse vínculo que o parto humanizado, ele proporciona entre mãe e filho, eu acho muito importante. (Gestante 2).

Também foram citadas por relativamente poucas mulheres do contexto privado: o vínculo mãe-bebê, a ausência de intervenções desnecessárias, o parto natural (também citado por uma mulher do público, como acima), a liberdade, a humanização como avesso do mecânico e, como “elemento de contextualização”, a idéia de que o parto é o marco de um evento que traz uma grande mudança na vida das mulheres. Esse “elemento de contextualização” aparece no depoimento da Gestante 4, incluído acima, como “coisa nova, bacana” na família. O depoimento abaixo traz outra dimensão desse elemento, colocando-o como ambíguo, juntamente com a idéia do protagonismo da mulher no parto:

Acho que é eu me sentir protagonista. Eu atuar no meu parto. E transformar aquilo não num procedimento médico, mas num momento de mudança da minha vida, porque é o momento mais valioso e mais aterrorizante (risos), que pode ter ao mesmo tempo na vida de uma mulher, uma criança saindo de dentro de ti, ao mesmo tempo é teu filho nascendo, e tu poder participar disso, não ficar na mão de outras pessoas. Isso é humanizar, não tornar a coisa fria, mecânica. É poder improvisar, poder mudar de idéia na hora, (...) e transformar aquilo num momento teu, teu e do teu filho. (Gestante 6).

#### **4.1.3 – O parto e o próprio parto.**

Para entender como seria a realização do parto na visão das mulheres, estas foram questionadas sobre como aconteceria um parto e como imaginavam o próprio parto. As duas expectativas foram constantemente referenciadas uma na outra, não havendo discrepância

significativa entre a forma que as mulheres pensam acontecer um parto e como esperam que aconteça com elas mesmas. Por vezes, as mulheres expressavam essa similitude, como abaixo:

Eu imagino que ele vá ser dessa forma, que eu acabei de descrever pra você. (Gestante 5).

Acho que é assim. Eu acho que o meu vai ser assim. [em resposta à questão número 7].

Eu vou sentir, né, aquilo tudo e tal (...) [em resposta à questão número 8]. (Gestante 15).

Três categorias foram as que mais surgiram a respeito de como aconteceria o parto, para as gestantes. Inicialmente a dúvida. Tanto mulheres do privado, quanto do público incluíam a dúvida em suas respostas, porém, as últimas, de forma mais determinante. As inflexões de dúvida no discurso das mulheres do contexto privado não são impeditivas de uma elaboração detalhada da forma como pode acontecer um parto. Ao contrário, para as mulheres do contexto público, a dúvida é objeto central ou permeia seu discurso de forma muito mais ampla.

Nos três depoimentos de mulheres do contexto público inclusos abaixo, diferentes aspectos podem ser ressaltados. No primeiro, uma culpabilização da própria mulher acerca de seu estado de preocupação com o parto, expresso como única coisa que afirma saber, que é a necessidade de ficar “mais tranqüila”. No segundo, o medo do parto, que teria sido causado pelo fato de ter visto o vídeo com partos. No terceiro, uma justificativa que aparece também em outros depoimentos: a justificativa de que a dificuldade de descrever a forma como acontece o parto surge de não ter vivido tal experiência. Nesse último depoimento também aparece a idéia do parto como, antes de tudo, uma experiência de sofrimento, não importando se muito ou pouco, todas as mulheres que querem ser mães, passarão pelo sofrimento de parir. O momento do parto exprime mais uma dimensão de sua ambigüidade, uma vez que aparece associado a uma situação de perturbação da ordem, pois “alguma coisa está errada”, apesar de ser também parte da natureza da mulher.

(Risos), ai, como é que eu explicaria... Não sei, não (risos). Ai, eu sei que agora eu tenho que ficar mais tranqüila na hora do parto, né, bem mais tranqüila. Se eu ficar nervosa, acho que vai demorar mais, não sei. (Gestante 9).

Ai meu Deus, eu não sei, por enquanto eu não sei (risos). Como é que é, eu vi o filme lá mas, fiquei um pouquinho com medo, entendeu? Mas eu não...não sei (risos). Sei mais ou menos (...) só umas informações (...) pra mim memorizar [sic]... Eu tô totalmente... perdida. (Gestante 13).

Ah, menina... É difícil falar, que a gente não passou por ele ainda, né? Ah, eu acho assim, que o parto é um processo que...é natural da mulher, passar por ele. Claro que cada um, cada parto é de um jeito. Claro que tem algumas que sofrem mais, outras que sofrem menos. Mas, no geral, quando quiser ser mãe, vai ter que passar por essa experiência. Ah, tem os sinais que acontecem antes (...) da hora do menino chegar... (risos) ...que você... tem como saber se já tá na hora ou não. Contrações, a bolsa...rompendo, outras coisas.

Entrevistadora: Aí, já sabe que tá chegando?

É, que alguma coisa tá errada (risos). Ah, não, eu quero dizer assim...é melhor procurar um médico (risos), porque... pode tá chegando a hora, né. (Gestante 14).

Em segundo lugar, observado numericamente, apareceram as contrações e, em terceiro lugar, a dor. As informações sobre as contrações, outros eventos e sobre a dor são relativizadas, pois são colocadas como eventos possíveis no momento do parto. Tal relativização aparece com mais frequência e detalhamento no discurso das mulheres do contexto privado. Em relação à dor, vê-se o mesmo: no contexto privado ela é observada de forma menos determinista, embora nunca totalmente relativizada, o que pode ser expresso diretamente na linguagem, como no depoimento abaixo. O único caso em que a dor parece não acontecer, em ambos os contextos, seria o das mulheres predispostas a não sentir dor, como parte de uma natureza individualizada, embora a natureza, nesses casos, não seja citada. No contexto público, entretanto, excetuando-se essa possibilidade inata de não sentir dor, a dor é uma das únicas, se não a única certeza em relação ao parto.

Aí quando chegar em torno desses dez minutos aí, um intervalo de contrações de três a cada dez minutos, provavelmente o médico já deve mandar a gente para o hospital, e aí que o incômodo é maior. Eu não quero nem falar em dor, né, que é pra gente não ficar na cabeça que é dor, que é dor. Eu sei que é dor, mas vou falar incômodo, pra não se tornar maior, né. (Gestante 5).

Ai meu deus...(silêncio) ai, eu não sei assim, dizem que primeiro a gente sente uma contração, quem não sente contração, ou sangra, ou sai o muco, eu acho né, uma coisa assim, mas eu não sei não (risos), quando chegar minha hora, eu não sei. Se eu não for aquela de sentir dor, eu não sei. Porque dizem que tem muita mulher que não sente nada, né. (...) (Gestante 11).

Outras três categorias também foram referenciadas pelas mulheres do público e privado: ações dos profissionais, ações no pré-parto e a saída do muco (tampão mucoso) como um sinal de parto. As ações dos profissionais implicam, no contexto público, na questão de não haver um reconhecimento, pelas próprias mulheres, da possibilidade de atuarem ativamente em seus partos, sendo o andamento do trabalho de parto e parto identificado com ações dos profissionais, principalmente a(o) médica(o). Essa constatação ocorreu a partir do depoimento de uma mulher que já tinha um filho, cujo parto ocorreu na UMSSS, e produz em seu discurso uma total identificação entre a idéia de como acontece um parto e de como seria seu próprio parto. Entre as mulheres do privado essa categoria aparece relacionada ao contato com a(o) obstetra a partir do momento da percepção do trabalho de parto e de ações esperadas, previamente combinadas, como a expectativa de tentar o parto vaginal ou de o companheiro cortar o cordão umbilical do bebê. Outra questão, a das ações no pré-parto, aparece distanciando as mulheres do contexto público e privado. Para as primeiras (apenas três mulheres referiram-se a possíveis ações do pré-parto), as ações são marcadas pela ação dos profissionais que as assistem, pela preocupação em arrumar as coisas para se dirigir à unidade de saúde e pela identificação dos sinais de parto com algo errado, indicando a necessidade de procurar um médico.

As ações no pré-parto das mulheres do contexto privado, por outro lado, são marcadas pela

expectativa de colocar-se em atividade, por meio de exercícios ou posições, de acordo com seus próprios desejos, como no depoimento abaixo:

E não necessariamente quando você começa com o trabalho de parto você precisa se deslocar pra o local onde você vai dar a luz, né. (...)eu por exemplo, acho que tá bem evidente pra mim agora, quando eu começar a sentir algum desses sintomas é... a minha ação vai ser mais ou menos essa assim... de observar o corpo, de eu dizer o que que eu, dentro do contexto, né, que movimentos eu tenho vontade de fazer, que posição que dá vontade de ficar... Você me perguntou que que é o parto pra mim? (Risos). É esse momento então de estar em contato com o próprio corpo, sentindo as necessidades, pra que facilite esse momento da saída do bebê, mesmo. (Gestante 7).

As demais categorias foram citadas em sua maioria pelas mulheres do privado, com poucas referências das mulheres do público. Alguns “sinais de parto”, como o rompimento da bolsa (marcada pela dúvida, como evento que pode ou não acontecer), a dilatação (enquanto parte de um processo de parto, uma vez que marcada por etapas) e o momento da ida para o hospital (principalmente a idéia de após o contato com a(o) obstetra, adiar essa ida, que não precisa ser rápida). Ainda, a cesariana e a realização de intervenções (marcadas pelo desejo de somente tê-las a partir de alguma necessidade) reações que esperam ter (pautadas na necessidade e expectativa de ficarem tranquilas, pacientes, para “dar conta”do parto), o momento da expulsão do bebê (no privado com parte do processo do parto e no público como momento que deixa a mulher “livre”), a duração do trabalho de parto, as posições para o parto (ambas como elementos relativos do trabalho de parto, sendo citada a posição de cócoras) e os acompanhantes (marcando o requisito da participação do marido como acompanhante das mulheres do contexto privado). Todas essas categorias ajudam a explicitar, no discurso, principalmente, das mulheres do privado, como imaginar seu parto, de maneira bastante completa (passando por uma série de elementos possíveis do trabalho de parto).

Quanto às expectativas em relação ao próprio parto, tanto mulheres do contexto privado, quanto do público referiram-se a dor, em primeiro lugar, demonstrando a absoluta importância da representação do parto vaginal associada à dor, porém com uma diferença qualitativa significativa: para as primeiras, a dor aparece como uma dor “suportável” e associada a várias formas de controle, e para as mulheres do contexto público, a dor aparece de forma muito mais intensa, que elas necessariamente devem passar e em relação a qual não há nada a fazer.

As mulheres do contexto privado reconhecem a dor do parto como uma “grande” dor, que é aumentada por coisas negativas como o medo ou as idéias das pessoas. Para suportar, ou “agüentar”, essa dor, entretanto, as mulheres podem usar estratégias psicológicas como: concentrar-se, pensar no bebê, acreditar na força do pensamento, inculcar-se a possibilidade de suportar a dor (“colocar na cabeça”) e, ainda, utilizar a respiração. Abaixo, um trecho de depoimentos mostra

como aparece essa representação no discurso dessas mulheres, na qual a dor é reconhecida como uma importante vivência que marca a passagem para a maternidade e sucumbir a ela também pode ser uma ameaça para a realização de intervenções.

(...) vai ter um andamento que vai tá muito seguido, né, [as contrações] tenho impressão que acho que vai ser um momento que eu não vou estar quase agüentando de dor, mas acho que eu vou dizer ‘olha, não me deixem tomar analgesia, pelo amor de Deus’, (..)vou ter que ver se o negócio não tá evoluindo, né, então não vou agüentar. Porque a gente não sabe qual é o limiar de dor, eu não sei qual é o meu, não sei como é essa dor que falam, ‘ah, a pior dor que pode ter’...

Entrevistadora: Você espera ter dor?

Espero ter claro, e eu acho que a dor é importante. Porque a dor é um instrumento de passagem também, né. A gente tá mudando e aquela dor...uma criança não vem no mundo assim e por isso que eu abomino tanto a cesárea, sabe? (...)dizem que a mulher passa por tudo depois. Eu imagino que aquela dor seja importante para esse passo que tu vai dar, tu vai ser mãe, vai ter um filho, que é pra reconhecer isso, né, a importância disso na tua vida depois. (Gestante 6).

Para as mulheres do contexto público, por outro lado, a dor é mais intensa em dois sentidos: no sentido de sua força mesma e no sentido de sua inevitabilidade. Assim, elas enunciam que a dor é “insuportável” e no momento de senti-la, a mulher não tem controle emocional (“nem raciocina direito”). A dor é uma certeza absoluta, referida como a “dor da morte”, como se vê no segundo depoimento abaixo, juntamente com a justificação da dor no parto (já que a gravidez foi tranqüila, o parto não o será). No primeiro depoimento abaixo, a mulher conta ter ficado com mais medo do parto depois de ter visto o vídeo. Mesmo que nesse vídeo apareçam mulheres sorridentes e tranqüilas no parto, a gestante considera que isso seria apenas uma encenação.

Eu não sei, só tenho medo da hora. Tô com muito medo. (...) Sei lá (risos), parece que a dor é insuportável. Eu acho.

Entrevistadora: Mas você viu aquelas caras felizes das mulheres do vídeo?” “Pela cara dela não, mas aquele sorriso ali eu acho que não é, eu acho que é mais é dor. É de mentirinha, não existe isso não. (Gestante 13).

Entrevistadora: Você acha que vai sentir dor?

Ah, acho que sim (risos). Ainda mais que eu não sinto nada agora (risos), acho que, pra sair vai... descontar (risos).

Entrevistadora: Como você imagina que vai reagir à dor?

Aí não sei, não sei porque a gente fala que não grita, mas aí grita, a gente fala que grita e não grita. Ai, eu acho assim que, cada vez que eu sentir a dor, eu acho que vai vim fraca e vai ficando forte (...), aos poucos vai ficando, acho que já é a dor da morte (risos). Já vou achar que o menino vai sair (risos), na primeira (risos). (Gestante 15).

O medo, como uma importante categoria surgida no discurso das mulheres, também marcou uma diferença em relação aos contextos da assistência. Para as mulheres do contexto privado que se referiram ao medo, essa referência se deu no sentido de sua negação, na enunciação de não ter medo

do parto. Já para as mulheres do contexto público, o medo aparece como uma afirmação, sendo o medo, ao lado da inevitabilidade da dor, uma constante, como aparece no segundo discurso acima (Gestante 13). Uma gestante do contexto privado, ao enunciar que não tem medo do parto e da dor, indicou que o medo agrava a sensação da dor e que pode estar relacionado à mudança de vida da mulher, ao entrar na maternidade.

Por outro lado, a tranqüilidade também aparece no discurso das mulheres, com maior frequência no contexto privado. Essas mulheres indicam a tranqüilidade como um estado no qual já se encontram, que imaginam (“idealizo”, “tenho a impressão que vai ser”, “vai ser”) e desejam (“espero”, “quero que seja”) para o seu parto. As mulheres do contexto público também indicam os mesmos sentidos para a tranqüilidade, sendo, porém, uma referência mais rara.

Em relação aos companheiros ou acompanhantes no momento do parto as mulheres do contexto privado demonstram assumir a participação do marido desde a gestação. Por vezes, a participação do marido é tida como um projeto coletivo, de construção mútua, quando enunciam que é iniciativa dele participar, sendo seu desejo, confirmado pelo acompanhamento desde a gestação (consultas, exames, cursos) ou ao dizer-se que o mesmo está “grávido”. Uma das mulheres do privado declarou que achava desnecessário ter uma *doula*, já que seu marido poderia ser seu “doulo” e outra, ao contrário, comentou a reação do próprio marido ao dizer-lhe que queria ter uma *doula* no parto, ao que o mesmo reagiu, ofendido, dizendo: “Ai, tu nem pra me pedir, pra eu ser teu doulo”. Outras mulheres, ao enunciar a participação do marido, incluem em seus discursos elementos sobre suas qualidades, como ser “paciente”, ou a expectativa que tem sobre a participação dos mesmos no parto (se irão “agüentar”), uma vez que podem ser “fracos para hospital”.

As mulheres que comentaram a participação possível de uma *doula* no parto, eram todas do contexto privado. Em sua maioria, citaram que gostariam de ter, mas, em contraposição, disseram também algumas das limitações que as fizeram ficar em dúvida ou desistir da idéia, como a limitação financeira, a postura desfavorável da obstetra ou a idéia de que a presença de uma médica participativa e o marido no quarto de trabalho de parto e na sala de parto seriam suficientes e mais pessoas atrapalhariam.

A forma pela qual a *doula* aparece no discurso das mulheres demonstra como é ainda uma novidade em relação à assistência ao parto, podendo ser resignificada no contexto de relações assistenciais, com certa fluidez, o que permite, mais exatamente, que se enuncie a possibilidade de substituí-la por um “doulo”, identificando-a com um papel de caráter mais emocional, que pode ser exercido por pessoas próximas. Entretanto, por outro lado, para algumas mulheres, a *doula* já pode aparecer como um papel profissional bastante definido, como no caso da Gestante 6, como alguém que não está envolvida emocionalmente no parto. Essa mulher planejou ter um parto natural e a

*doula* encaixava-se nesse projeto.

A questão do(a) acompanhante no parto, para as mulheres do contexto público marca uma grande diferença em relação às mulheres do contexto privado: o marido não é tido como um companheiro no parto e as mulheres enunciam a preferência por permanecerem sozinhas no momento do parto. Em sua maioria, as mulheres indicam querer uma acompanhante no pós-parto, no alojamento conjunto, e essa acompanhante é, em geral, do sexo feminino. Apenas uma mulher referiu que o marido participaria do parto e que gostaria que ele estivesse acompanhando-a no alojamento, mas que isso não era possível devido às regras da UMSSS. Ao mesmo tempo em que enunciam a preferência por estarem sozinhas no momento do parto, as mulheres indicam qualidades antagônicas ou a posição do marido em relação a tal idéia: “tem medo”, “não se interessa”, “nervoso”, “ansioso”. Duas mulheres, que não possuíam companheiro, indicaram que não teriam alguém para acompanhá-las nesse momento, mas que gostariam (uma refere-se claramente a esse desejo e outra diz que buscaria alguém da família). Abaixo, os depoimentos demonstram os elementos descritos:

Não. Eu prefiro sozinha, mesmo. Eu vou com quem, né ? (...) Meu marido, mesmo, não interessa, não. (...)tem medo, não vai não. (...) agora, dependendo, se for ter os pontos, aí eu quero alguém pra me acompanhar, no alojamento. Porque a mulher lá falou que podia. Mesmo se não acompanhasse na hora do parto, mas no alojamento podia. Aí, sim, eu quero. Porque, do meu primeiro filho, a noite que eu passei lá, foi um sufoco. Os ponto doendo, menino chorando com as cólicas, uma luta, elas passavam .(...) (Gestante 8).

Entrevistadora: Você está pensando em ter acompanhante no seu parto?

[Suspiro]. Não, não. Ah, na hora assim que a neném nascer, eu prefiro que não esteja ninguém, né, mas depois...eu gostaria que tivesse um alguém. Mas...não dá (risos). (Gestante 11).

As mulheres do contexto privado expressam seu desejo de realizar um parto vaginal, normal ou natural, enquanto que essa não é uma questão para as mulheres do contexto público. Em contrapartida ao desejo do parto vaginal aparecem, também, os tópicos da cesariana e das intervenções obstétricas. Em geral, as mulheres indicam somente querer realizar intervenções e a cirurgia cesárea no caso de necessidade, somente em “último caso”. Apenas uma mulher do contexto público expressou-se sobre cada um desses dois tópicos. A primeira, que já tinha um filho, disse não querer os pontos e muitos toques durante o trabalho de parto e a outra disse que, para ela, tanto fazia o tipo de parto que realizaria, pois não tinha medo de nenhum dos dois. Abaixo se vê o depoimento de uma mulher do contexto privado, explicitando o desejo de um parto natural, no qual as intervenções somente se encaixariam em caso de necessidade, pois, do contrário, perturba a ordem do “natural”.

Eu entendo que essa humanização é o seguinte: é eu poder ter meu trabalho de parto, da forma natural,



sem ter intervenções, e se elas tiverem que ocorrer, porque realmente foi necessário estar ocorrendo. Eu não vejo as intervenções como um mal. Ainda bem que elas foram descobertas, porque existiam muitas crianças, muitas mães, que sofriam na hora do parto e vinham até a falecer, por falta dessas intervenções. Então, eu acho que é saudável, é salutar usar a intervenção a partir do momento que exista a necessidade de usá-la. Mas não usá-la porque simplesmente é mais cômodo, porque eu quero agilizar o processo de parto, de dilatação, então, eu quero andar rápido com esse parto, não para isso, mas sim para poder salvar uma vida, né, ou mesmo para facilitar porque a mãe já não consegue mais ou o nenê não está numa posição correta ou a dilatação não acontece, ou porque a placenta é baixa e tá tampando a saída. Pra essas situações as intervenções são essenciais. Não para a mãe que tenha todas as possibilidades de ter um parto normal. É até melhor pra gente, né, porque, eu não sei, mas como dizem né, a gente se recupera melhor depois, né. (Gestante 5).

No projeto de um parto vaginal, o mais natural possível, as mulheres podem fazer menções às ações (apenas um caso) e atitudes que esperam ter, sendo, essas referências, mais frequentes no contexto privado. No contexto público, entretanto, essas referências não aparecem relacionadas a um projeto de parto. Entre as ações estariam ficar mais tempo em casa, tomar banho, rebolar. Dentre as atitudes, aparece uma significativa diferença: as mulheres do privado esperam ter atitudes positivas como “segurança”, “entrega”, “calma”, mas as mulheres do público, ao contrário, esperam ficar nervosas. Uma delas citou que ficaria “quietinha” e “amarela”.

As possíveis posições de parto são citadas apenas pelas mulheres do contexto privado, na indicação de que buscariam, no momento do parto, uma posição adequada, que lhes fosse mais confortável, e citando algumas posições definidas como a posição de cócoras. Nesse sentido, na busca de uma boa posição, também é importante, manter-se ativa e “ficar deitada” aparece como uma postura a ser evitada.

Para as mulheres do contexto privado, portanto, o parto aparece, mesmo que cercado de alguma dúvida, num plano articulado entre várias possibilidades de posições, intervenções, de acompanhamento profissional (considerando-se a possibilidade de ter *doula*) e, mesmo com a consideração da possibilidade de sentir uma grande dor nas contrações, cercado de atitudes positivas. Provavelmente, esse plano articulado é construído também tanto na participação em atividades socializadoras nos grupos de pares, como nas atividades (grupos de yoga, ginástica) voltadas especificamente para gestantes, quanto também em leituras na literatura especializada, ambos espaços de informação apenas citados pelas mulheres do contexto privado, embora na UMSSS sejam oferecidas as atividades de *yoga* e fisioterapia para gestantes.

Para as mulheres do contexto público, não existem possibilidades para o parto que escapem às suas duas únicas certezas: a inevitabilidade da dor e sua grande intensidade. Apenas duas alternativas se colocam, mesmo assim, para poucas gestantes: serem do tipo de mulheres que não sentem dor ou terem um parto rápido. No entanto, essas duas alternativas não dependem de suas posturas e ações. Juntamente com a expectativa de que ficarão nervosas no momento do parto,

também é colocada a imagem bastante difundida da mulher gritando em trabalho de parto.

## **4.2 – As entrevistas no contexto do pós-parto.**

### **4.2.1 – Correspondência às expectativas e ao parto humanizado**

Com relação à correspondência ao esperado, considerando as expectativas para com o parto, as mulheres entrevistadas apresentaram diferentes resultados, considerando o contexto da assistência. Dentre as mulheres do contexto privado é clara a insatisfação geral, pois de sete mulheres, cinco apontaram que seu parto não ocorreu de acordo com o esperado, uma vez que almejavam ter um parto vaginal e acabou ocorrendo a cesariana, como se vê abaixo:

Não, foi bem diferente. Eu queria que fosse normal, né (...) então, a primeira decepção, no começo, foi isso, não foi normal, foi cesárea. (Gestante 1)

Não, infelizmente. (Gestante 7).

Chama atenção o fato de as duas mulheres que obtiveram parto vaginal foram aquelas que, durante a gestação, trocaram de obstetra por iniciativa própria, pela desconfiança da conduta de sua(seu) médica(o) em relação ao parto vaginal. Elas consideram, em relação à correspondência às suas expectativas:

Foi, foi correspondida. Foi até melhor do que eu imaginava. (Gestante 4).

Foi assim, das várias coisas que me propus eu acho consegui alcançar algumas delas. (...) Então assim, eu acho que consegui boa parte do que eu tinha traçado como objetivo para ter um parto mais natural. (...) Eu acho que correspondeu. (Gestante 6).

Dentre as mulheres do contexto público, todas as entrevistadas no pós-parto consideraram que o parto correspondeu às suas expectativas, porém com uma heterogeneidade das justificativas para essa correspondência. A Gestante 8, por exemplo, diz que o parto correspondeu às suas expectativas, apesar de ter tido o “corte” (episiotomia), que não queria, a Gestante 13 afirmou o mesmo, porém com relação a uma expectativa negativa que tinha do parto. Todas as entrevistadas no contexto público tiveram parto vaginal, três delas fora da UMSSS, pois foram removidas para outros hospitais (duas para o HRAS e uma para o HRAN). O depoimento da Gestante 11 é um exemplo de muita satisfação, considerando que o parto foi melhor do que esperava, superando inclusive, suas expectativas.

Correspondeu. Não, assim, eu achava que não ia ter corte, né. E tive. (...). doeu bastante também o corte depois que eu ganhei, eu tava gripada, assim, tive um sufoco ainda. (Gestante 8).

Foi tudo que eu pensei, foi muito bom, queria repetir tudo de novo. Foi muito bom, foi rápido, muito rápido. (Gestante 11).

Bom, eu acho que era realmente o que eu imaginava que poderia ser. (Gestante 13).

Com relação à correspondência ao parto humanizado, em geral, a maioria das mulheres

considerou que teve um parto humanizado, mesmo havendo algumas (uma do privado e uma do público) que consideraram ter tido um parto humanizado, em algum aspecto, e não humanizado em outros. Das mulheres do contexto privado, quatro entrevistadas consideraram que tiveram um parto humanizado, duas gestante consideraram que não tiveram e outra que não tem clareza. Das que realizaram cesariana, duas consideraram que o parto não foi humanizado, e as justificativas para isso estão relacionadas ao próprio fato de ter feito cesariana:

Não. O parto não. Eu tive, assim, oportunidade de ficar com ela, no quarto, mas o parto não foi nada humanizado. Eu não sei porque, porque foi a primeira vez, né? Então, eu achei assim, muito corrido, tudo muito rápido, sabe? E achei muito frio. Tudo muito rápido sabe? (...) e achei muito frio, assim acho que eu tava muito nervosa, me amarraram na cama, o parto foi muito desconfortável. Eu amarrada, eles me mostram numa cama a Sofia, (...) e essa questão de ficar longe dela umas três horas, porque tem que ficar sob observação, então, tipo, dá uma angústia assim, É muito desconfortável. Eu achei horrível, é minha opinião, assim. (Gestante 2).

Assim, porque o conceito que eu tenho do parto humanizado, são os artificios pra se tentar o parto natural. Não sei se eu tô enganada. É.. minha opinião é essa. Então assim, o que que eu considero: eu cheguei lá, o meu procedimento foi totalmente...médico mesmo, aquela coisa. Eu cheguei lá no hospital, dei entrada na documentação, fui pra a sala de cirurgia, me vesti e entrei e pronto, assim. No hospital, eu diria que o anestesista veio e falou ‘olha, vou dar a anestesia e tal, você vai sentar assim’ e deu uma instrução, assim. A doutora Fulana viu, eu tava assim, um pouco assustada, assim, né, a minha médica, assustada não, você tá naquela apreensão, né. E tava um pouco angustiada com essa questão, aí ela me dá um abraço, falou ‘olha, nos próximos bebês, com certeza você vai ter vários e você tem todo, todo... a gente pode fazer novas tentativas e tal, não foi dessa vez’, mas assim... Uma situação, como eu diria, uma postura das pessoas, interessante, assim, próximas, queridas, mas o procedimento mesmo, acho que uma rotina de uma cirurgia, sabe? (Gestante 7).

As outras três mulheres do contexto privado que realizaram a cesariana consideraram que tiveram um parto humanizado, relacionam isso ao fato de o parto ter sido tranquilo, com a equipe sendo acolhedora e, uma delas, ao fato de a cesariana ter sido indicada (o bebê estava sentado) e ter entrado em trabalho de parto, como vê-se nos depoimentos abaixo:

Olha, o parto em si, depois, eu acho até que foi, porque toda a equipe procurou ser bem tranquilizadora comigo na hora da cesárea, né. A minha médica mesmo veio e segurou minha mão, ficou me acolhendo, falou ‘fica tranquila’... (Gestante 1).

Ó, acho que foi, na medida do possível (risos). Acredito que sim, sabe, tipo assim, acho que foi bem natural, foi como tinha que acontecer, não foi uma cesárea programada. A bolsa rompeu, isso foi dez, foi o momento dele, ele que escolheu nascer naquele momento, sabe? Eu acho que, dentro do possível, sim, né? Eu acho que o parto é mais humanizado quanto mais natural, né? (Gestante 3).

Das duas mulheres do contexto privado que tiveram parto normal, uma considerou ter tido um parto humanizado em virtude ter estar dentro de suas expectativas e do que tinha “lido na internet” (Gestante 4) e a outra declarou que o parto teria sido humanizado “em termos médicos”, porém não em relação ao tipo de ambiente que imaginava:

Olha, eu acho que, lá na hora, eu imaginava outras coisas, tipo: uma sala mais à meia luz, uma musiquinha. Eu não tive nem tempo de pensar isso. Eu me lembro que até a *doula* falou até ‘quer que ponha uma música?’ eu falei, ‘não’. Sabe, que lá na hora, eu não sei, eu acho que a gente vira meio bicho, né? Então assim, eu imaginei alguma coisa mais... cercada de canduras e... enfim, um ambiente, aquele momento bonito, que eu tinha lido até um livro sobre o parto na água, então, ficava ‘ai, é tudo tão lindo...’. Eu via assim, que lá na hora, eu tava preocupada em fazer a coisa acontecer. Talvez o meu próximo, como eu já vou saber o quê que vai acontecer, eu possa me dedicar mais a transformar mais o ambiente, num ambiente mais acolhedor e mais agradável pra mim e tal. Mas, em termos médicos, eu acho que ele foi super dentro do que eu queria. Humanizado nesse sentido. Eu fui a... Segui aquilo como tinha que ser. Dentro das possibilidades médicas. (Gestante 6).

Dentre as mulheres do contexto público chama atenção elas considerarem que tiveram um parto humanizado, apesar de relatarem coisas que as desagradaram. Assim, por exemplo, a Gestante 8, declarou que o parto correspondeu às suas expectativas e que havia sido humanizado, mesmo tendo ele acontecido com episiotomia, que não desejava. Essa mulher, responde afirmativamente, mesmo quando perguntada se pode escolher como seria o seu parto. Assim, em geral, consideraram que foram respeitadas, mesmo quando algumas situações relatadas colocam esse argumento em xeque, como vemos no depoimento da Gestante 13, que teve o parto no HRAN:

Bom, acho que sim, acho que normalmente é isso aí mesmo, que teria que ter acontecido. Eu não esperava melhor, e nem também, piores. (...) Só uma enfermeira, que eu não identifiquei bem o nome dela, que assim, eu fiquei um pouquinho chateada com ela, porque a médica perguntou, acho que faltava uns dois centímetros, eu tava gritando, ela entrou, aí a médica perguntou ‘Tá tudo bem aí?’ e ela falou ‘ah, não, é só escândalo, mesmo’, foi só isso. Mas no caso assim, acho que ela nunca ganhou neném, ou se ganhou...diferente. (...)Que eu acho que quando a gente tá sentindo uma dor, se quer gritar, tem o direito de gritar, ninguém pode impedir. Nem falar que é escandalosa...

Essa mulher contou não ter respondido a enfermeira citada, mas, ao contrário, ter pedido desculpas ao médico que, posteriormente assistiu seu parto:

(...)depois do parto, mesmo, até porque eu gritei um pouco, né, aí eu pedi desculpa pro médico, ‘Desculpa, aí, pelo escândalo, não sei o que’, ele disse ‘não, tudo bem, é assim mesmo’. (Gestante 13).

A única gestante do contexto público que indicou não ter tido um parto humanizado, na verdade, declara ter tido um parto humanizado, mas o atendimento não. Essa mulher teve o parto no HRAS. A forma como enuncia a questão demonstra como, para essas mulheres, é difícil elaborar uma crítica do tipo de assistência que recebem, sempre buscando contemporizar, como se vê no trecho abaixo:

(Risos) Ai, ai. Não, o parto em si foi [humanizado], mas, o atendimento, desde a hora que eu me internei, não foi, não. Eu tava com aquela expectativa daqui, porque já tinha, né, conhecido e do jeito que eles falavam...lá foi totalmente diferente. Não sei se também é por causa da estrutura do hospital, ele não tem como também ficar dando atenção só pra uma pessoa, por que é gente direto, né. E lá tava cheio nesse dia. Tanto é que no meu quarto tinha outra pessoa. (...)Não, assim, não fui desrespeitada

não, mas achei que poderia ter tido mais atenção, né. (Gestante 14).

#### 4.2.2 – Como transcorreu o parto?

Dentre as perguntas iniciais do questionário do pós-parto, não havia alguma questão diretamente direcionada para que as mulheres contassem como foi o parto. Por isso, várias questões não previstas foram realizadas, buscando um relato de como havido sido o parto. Os resultados foram classificados em dez categorias<sup>107</sup>, comentadas abaixo.

A primeira categoria colhida foi a da dor. Considerando que cinco mulheres do contexto privado, das sete entrevistadas, tiveram parto cesáreo, três não fizeram nenhuma referência à dor, uma declarou ter tido muita dor na anestesia e a outra, que chegou a entrar em trabalho de parto, não ter sentido dores, mas os movimentos no momento da cesárea. As duas mulheres que tiveram parto vaginal, registram que a dor, em certo momento do trabalho de parto, aumenta e que a expectativa de demora é angustiante. Uma delas (Gestante 4), solicitou a analgesia e teve um parto sentindo as contrações, mas sem sentir dor, a partir desse momento, no qual relata que “não tava dando nem pra respirar”, devido à dor. A outra elaborou uma estratégia psicológica, uma vez que não queria fazer analgesia:

Eu pensava assim: não, tenho que me concentrar na próxima dor, na próxima dor. Meu objetivo era ir, uma por uma, né, até...não pensando assim ‘ai, isso aí ainda vai demorar três horas’... (Gestante 6).

Essa mulher, que teve o parto sem analgesia, relata que a dor virou um “pesadelo” quando a colocaram sentada na cadeira de rodas para “descer” ao Centro Obstétrico do hospital. Em seu relato, ainda elabora a dor como um aspecto da “força” das mulheres, em contraposição a idéia comum das mulheres como “sexo frágil”. As mulheres que tem essa capacidade de agüentar a dor do parto em virtude de uma condição natural, de serem “fêmeas”, possuem ainda outro aspecto que as eleva a certa condição superior, uma vez que são capazes de, não apenas sentir as dores do parto, mas de escolher senti-las:

No dia seguinte, eu pensei, nunca mais vou dizer que estou sentindo dor, porque a minha definição pra palavra dor agora é outra. Dois dias depois eu já estava dizendo que não era assim tão terrível pras minhas amigas grávidas ou que querem engravidar. Agora, já estou pensando no próximo e tenho certeza de que quero parto natural. E depois ainda vem dizer que somos sexo frágil? Deve ter sido um homem que inventou isso. Somos muito fortes, isso sim. Dentre todas as fêmeas, as mulheres principalmente, porque somos capazes de racionalizar e dizer ‘não quero ter filho, não quero essa dor’, mas optamos por senti-la, porque faz parte da nossa natureza. (Gestante 6).

Dentre as mulheres do contexto público da assistência, sendo que todas tiveram partos

---

<sup>107</sup> São elas: dor, posição de parto, intervenções, ações no pré-parto, tempo de trabalho de parto e parto, gritos, internação, sinais de parto, momento do nascimento e cesariana.

vaginais, relatos sobre a dor foram mais freqüentes, mas muitas vezes esses relatos incluíram uma relativização da dor, em relação ao esperado ou que era escutado de outras pessoas. A dor é colocada como algo que a mulher pode agüentar, suportar.

Olha, todo mundo me falava que era aquela dor que parecia ser a dor da morte né e não tem nada a ver, é uma dor que a gente suporta, que a gente güenta [sic] risos. (Gestante 11).

Algumas mulheres relataram a dor dos pontos, inclusive citando que teriam achado essa dor pior que a dor do parto. Uma das mulheres, que perdeu seu filho dias depois do parto<sup>108</sup>, relatou que a dor da perda, da morte do filho, nem se comparava a dor do parto, que para ela foi muito “tranqüilo”, pois esperava uma dor muito maior.

Acerca da posição de parto, no contexto privado, apenas as mulheres que tiveram parto normal se referiram a esse quesito. Uma comentou que usou a cama que fica de cócoras (Gestante 4) e outra que também usou essa cama, mas teria ficado semi-sentada, pois, apesar de querer ter o parto de cócoras, no momento não lembrou disso e então ficou da maneira como a colocaram. Seu relato a esse respeito demonstra a situação vulnerável das mulheres no parto:

Eu queria ter de cócoras. (...) Eu tava tão cansada, e tão acabada que eu não tive nem condição, eu nem me lembrei de dizer, ‘ai, eu quero de cócoras’... Onde me botaram eu fui, entendeu? Me colocaram naquela cadeira que tu senta, que tu puxa assim [mostrou]. Você fica meio assim, daí... Porque eu acho que não eu tinha força pra ficar de pé, eu já estava muito cansada. (Gestante 6).

Todas mulheres do contexto público se referiram a terem ficado deitadas. Duas disseram que preferiam assim mesmo e uma relatou pensar, devido ao depoimento de uma outra parturiente com a qual dividiu o alojamento, depois do parto, que os profissionais da UMSSS não gostam da posição de cócoras:

Só que eu acho que eles não gostam que fique de cócoras, não, porque a mulher que ficou no quarto comigo, ela disse que não queria sair de lá por nada e eles brigando, brigando. ‘se você não deitar, é muito pior’, aí ela falou que não ia ficar deitada, não ia ficar deitada, até que ficou, aí foi que ganhou. (Gestante 8).

Sobre a categoria de intervenções, somente as mulheres que tentaram ou tiveram parto vaginal puderam experienciá-la. Entre as mulheres do privado, uma tinha uma postura mais permissiva em relação às intervenções no parto e a outra não, uma vez que almejava um parto natural. A primeira teve um parto com analgesia e episiotomia e, em sua fala, vê-se que o critério para ter feito essas intervenções se dá a partir da decisão médica:

É foi bem no final, já tava dilatada. A minha médica mesmo disse ‘se tu tomar antes pode atrapalhar a dilatação’ e não é muito aconselhável, né? E ela optou porque, no caso, nem precisaria de colocar

---

<sup>108</sup> Essa mulher, negra, perdeu o filho cerca de três dias após o parto. Relatou ter observado que o filho não tinha força para mamar e então ter procurado a UMSSS, de onde foi direto para o HRAS. Lá chegando, foi transferida para o HUB, onde o filho veio a falecer algumas horas depois. Conta que, aparentemente, a morte ocorreu por um fator congênito, mas que deu a autorização à médicos do HUB para realizarem autópsia pois havia a desconfiança de que o bebê havia pego uma infecção no HRAS. Esse caso não é representativo estatisticamente, mas entende-se como parte da condição de exclusão das mulheres negras.

anestesia nenhuma. Mas como ela disse que minha contração tava muito intensa, eu já tava bem cansada, porque eu não tinha me alimentado direito no dia anterior, aí ‘vamos fazer a peridural’ e ela também fez a episiotomia porque mesmo ela tendo nascido pequeninha, 47 cm, 2 kg 840 g, mas ela me rasgou um pouquinho. (Gestante 4).

A outra gestante relata que fez episiotomia porque a bebê estava com uma volta de cordão no pescoço e que não queria que seu parto tivesse analgesia, ocitocina (hormônio que induz contrações administrado na forma de soro intravenoso) e episiotomia. Relata que sua filha nasceu “de raiva da ocitocina”, pois nasceu pouco tempo depois de sua médica ter solicitado a intervenção:

Daí a médica falou: Fulana vou ter que botar ocitocina, você já tá ficando cansada, sua contração tá perdendo a força, a neném já está no canal e você pode prejudicar ela, não sei o que. Aí eu ‘não, não, não, me dá mais uma chance, me dá mais uma chance’. A coisa que eu menos queria era botar ocitocina, uma delas. Daí, eu só vi assim, a mulher pegou na minha veia [a enfermeira], ‘não acredito eu vim até agora e vai, vou ter que botar ocitocina’ [pensou]. Daí a mulher pegou minha veia, daí ... escapou. Escapou a veia. Até ficou roxo assim, eu fiquei com uns 15 dias com o braço roxo, da veia que tinha escapado. (...) Aí eu falei assim: ‘essa aí nasceu de raiva da ocitocina’ [depois que a bebê nasceu]. (Gestante 6).

Chama atenção que todas mulheres do contexto público tenham feito episiotomia, mesmo as que tiveram parto na UMSSS, e, em geral, várias outras intervenções, como: rompimento da bolsa, utilização do monitor fetal eletrônico (conectado à barriga, mede batimentos cardíacos fetais e a intensidade das contrações uterinas, deixando a mulher imobilizada na cama), manobra de Kristeller (empurrar a barriga), indução com ocitocina. A episiotomia e as demais intervenções não são sequer informadas à mulher, elas simplesmente são feitas. Embora as mulheres não tenham manifestado o desejo de não terem episiotomia (à exceção daquela que já havia tido um filho) e outras intervenções, elas não são sequer informadas dos procedimentos realizados pela equipe de saúde. Mas a postura das mulheres é receptiva a tal conduta dos profissionais, no sentido de que não lhes causa estranheza tal comportamento. A única gestante que reclamou de um procedimento foi a mesma que relatou o parto não ter sido humanizado no sentido do atendimento. Essa gestante relatou não ter gostado de ter ficado com o monitor fetal eletrônico, pois se viu obrigada a ficar apenas na posição deitada e preferia ter ficado se movimentando:

Uai, me puseram deitada lá e ainda ligaram numa maquininha lá, pra ver, não sei se era as contrações ou era os batimentos. Daí não tinha nem como mexer. (...) você não podia [sic] nem sair da cama, né. Ah, não, preferia ficar me movimentando. Não porque você se vê só de um jeito, numa posição, ai credo...querendo virar de um lado pro outro, mas atrapalhava, né. (Gestante 14).

Sobre as ações realizadas pelas mulheres no pré-parto, todas as mulheres que fizeram cesarianas relatam ter realizado uma ecografia gestacional no dia do parto ou no dia anterior a ele. A maioria das mulheres indica o resultado da ecografia como o motivo de realização da cesariana: bebê grande para estrutura da gestante, sem líquido amniótico, bebê sentado, pouca oxigenação do bebê (concentração sanguínea na cabeça e cordão umbilical), pouco líquido amniótico. Uma dessas

mulheres indicou ter feito muitas atividades físicas e acupuntura para provocar a indução do parto, sem sucesso.

Entre as mulheres do contexto público chama atenção nos relatos o fato de andarem muito antes do parto, o que é marcado pelas idas e vindas à maternidade, uma vez que só são admitidas para internação se estarem em trabalho de parto, com dilatação relativamente avançada e se existem leitos disponíveis.

Antes dela nascer? Andei. A única coisa que eu fiz foi andar. Andei muito mesmo, acho que foi por isso que foi muito rápido. (Gestante 11).

Aqui mesmo, fiquei andando aí ó, andei pela feira, fui lá na minha casa, almocei, voltei, (risos) aí fiquei esperando até duas e pouco para ser atendida né, por causa dessas mãezinha. (Gestante 15).

Das três mulheres que tiveram parto na UMSSS, duas relataram ter utilizado vários dos recursos disponíveis, principalmente a bola e o chuveiro, além de andarem. Aquelas que realizaram seus partos em outros hospitais, afirmaram terem ficado deitadas, inclusive em virtude das intervenções que sofreram, como conta a gestante 13, em um relato marcado também pelo medo de se movimentar:

Fiquei um pouco na cama, ia ali no banheiro, andei um pouquinho e aí depois eu vi que realmente não tinha como mais andar. Sentia muitas dores nas pernas, aí vi que não tinha mais como andar. Tinha medo de ganhar a menina,(...) e vinha me deitar. Muita dor nas pernas, tinha medo de minhas pernas parar nalgum lugar e...cair no chão. Tinha um chuveiro perto, mas aí...eu tinha medo de eu ir, e caí no meio da estrada. (...)que eu tava sentindo as perna meio entevada, tinha medo de eu ir, ficar parada no mesmo lugar, sei lá. Tinha aquele soro também (...) dava problema, é... coalhava sangue. Aí, pra levantar com aquele soro na mão, ia ficar meio esquisito... (Gestante 13).

Sobre o tempo do trabalho de parto e parto, em geral, as mulheres referiram-se a um parto rápido, tanto aquelas que fizeram cesariana, quando as que fizeram parto normal. Aquelas mulheres que não acharam seu parto rápido, não expressaram claramente que acharam seu parto demorado, mas forneceram alguma referência temporal.

Apenas algumas mulheres do contexto público se referiram aos gritos no trabalho de parto. O grito parece ser um parâmetro para a “tranqüilidade” do seu próprio parto, tanto quando comentado em relação a si mesmo, quanto em relação a outras pessoas, como abaixo:

Foi tranqüilo, eu nem gritei (risos). (Gestante 15).

Acho que foi tranqüilo sabe, porque eu via lá outras pessoas, nossa, era aquele desespero, aquela coisa. É gritando e chorando, sabe? Não deixava o pessoal em paz. (Gestante 14).

Sobre a internação, uma grande diferença se coloca entre as mulheres do contexto privado e público. As primeiras expressam em seus relatos que não há muitas questões em relação à internação, no sentido de que uma vez que a(o) médica(o) as “manda” ir para o hospital, a internação já é certa. Estando no hospital, será internada. Já para as mulheres do público, o



momento da internação geralmente ocorre depois de já terem sido examinadas e mandadas andarem, ao menos uma vez. É o que conta a Gestante 15, que relatou ter, às cinco e meia da manhã, se arrumado e ido à UMSSS. Sendo atendida às sete e meia, pediram que voltasse às nove horas e que ficasse andando. Foi o que ela fez e continuava na mesma situação. Então pediram que ela voltasse dali à uma hora, o que ela fez. Quando voltou, tinha quatro “mãezinhas” ganhando bebês, então teve que esperar mais um pouco para ser internada. Outra questão com relação às mulheres do público é que a situação da internação, para aquelas que foram removidas para outros hospitais, fica condicionada a alguma possível intercorrência que não é explicitada a elas, ficando, portanto, sem saber de maneira clara o porquê da recomendação de irem para esses outros locais:

Aí fui, aí falou que não tava ainda na hora. Mas aqui não interna quando tá sentindo pouca dor, só quando for a hora mesmo de ganhar. Aí ele falou que se eu quisesse ir pro HMIB, aí já interna, já fica lá e fica logo internada. Aí...eu fui pro HMIB. Era umas três horas. Fiquei lá e... eles não me internaram, não, mas mandou ficar andando, andando. Aí quando foi seis horas, voltei de novo. Aí ele falou ‘não, anda mais um pouco’. Ai eu andei mais um pouquinho e depois sete e quarenta, eu entrei, aí eles me internaram. (Gestante 12).

É o seguinte, a bolsa estourou na minha casa, aí eu liguei pros bombeiros, eles veio [sic] me buscar, fomos pro posto de saúde, chegou lá o médico viu que tinha estourado, aí, me mandou pro HRAN. (...) aqui só examinou e falou que ‘realmente a bolsa estourou e eu vou te mandar pro HRAN’. (...) Não falaram outra coisa. (Gestante 13).

Quando são comentados os sinais de parto fica clara a diferença na relação com os profissionais obstetras, entre os diferentes contextos da assistência, uma vez que faz parte da rotina das mulheres da assistência privada uma relação direta com as(os) médicas(os) que as acompanham, o que é expresso a partir da iniciativa de ligar para médica(o). Apenas duas mulheres do contexto público indicaram a percepção de sinais de parto e três do privado (duas que fizeram parto vaginal e uma que fez cesariana porque o bebê estava sentado).

Sobre o momento do nascimento, da expulsão do bebê, poucas mulheres fizeram menção direta. No contexto privado, apenas aquelas que tiveram parto normal, pois, em geral, as mulheres que fazem cesariana são separadas de suas barrigas por um “campo”(pano utilizado para demarcar áreas estéreis). Ambas, relatam uma dificuldade em “fazer a força” no momento expulsivo. Algumas mulheres (uma do privado e outra do público) relatam esse momento como de esgotamento de forças, no qual fazem toda força que podem, outras indicam um grande esforço (duas do público), como se a expulsão acontecesse independente delas, como pode ser visto abaixo:

Era uma dor diferente, parece que você ...via que tava saindo alguma coisa de dentro de você. Daí que eu botei a mão, eu senti a cabeça dele. Daí eu gritei à enfermeira. Daí ela apareceu lá e falou ‘nossa, tá nascendo mesmo’ e chamou logo a doutora. Eles não tiveram quase trabalho nenhum. (Gestante 14).

A cesariana é comentada a partir de sua justificativa, mesmo quando demonstrada uma frustração por não ter alcançado o objetivo de ter um parto normal e a realização da cesariana

normalmente traz a confirmação do diagnóstico anteriormente fornecido, a partir da realização da ecografia gestacional, que marcou o momento do pré-parto das mulheres do privado, como no caso de duas mulheres que tiveram sua cesariana indicada por falta de líquido amniótico e declararam que “realmente” havia pouco líquido.

Dois elementos diferentes apareceram ainda no depoimento das mulheres do privado, como a ambigüidade da cesariana, mesmo com a indicação e o diagnóstico da necessidade emergencial da cirurgia, enuncia-se a possibilidade de decisão, e o caráter imediato da cirurgia, após a decisão da médica. Algumas mulheres indicaram que uma vez dito que seria cesariana, então que fosse feito “logo”.

Dois mulheres que tiveram parto vaginal comentaram sobre a cesariana. A primeira, do contexto privado, via a cesariana como uma ameaça, uma vez que seu objetivo era o parto natural, e a enunciação, por parte, da médica, de sua possibilidade foi um fato que a fez motivar-se ao maior empenho possível no trabalho de parto. A segunda, do contexto público, para a qual o risco ou possibilidade de cesariana foi a causa de sua remoção para o HRAS, via a cesariana como um possível alívio:

Que eu tava com ...com risco de ser cesárea, né...Porque na hora que foi ouvir o coração dele não...acelerou lá, não tem aquela buziniha? E ele não alterou em nada, né. Porque tem que...os batimentos deles aumentam, né, quando faz aquilo. Só que ele não reagiu a nada. Aí, ela pegou, (...), me mandaram, porque ela ficou com medo de arriscar e não dar normal. Aí ela falou: ‘não, pode ser que ele esteja só dormindo, mas, não vou arriscar, não. Pode ser que não seja isso, pode ser que seja outra coisa...’ (...) Ah, porque eu, já que tem que ser, então faz logo (risos). Ficar sofrendo pra depois ser cortada é pior, né. Mas aí, não precisou não. (Gestante 14).

Uma das gestantes do contexto privado vivenciou uma situação que demonstra a ambigüidade das mulheres em relação a cesariana, entre ser indicada e escolhida. Essa mulher, solteira e sem companheiro, foi acompanhada por uma médica que era mãe de uma amiga, tendo ganhando todas as consultas e o parto de presente. Ela pretendia ter o parto vaginal natural, o que já havia sido conversado com a médica, e parecia ter todas as condições para que isso acontecesse, até a última consulta de pré-natal, quando, já em trabalho de parto, com cerca de três centímetros de dilatação (costuma-se dizer que a dilatação ocorre até os dez centímetros), a médica lhe diz que não poderia acompanhá-la no parto vaginal (que não ocorre segundo horários determinados) pois tinha que ir para casa, dormir à noite, uma vez que tinha outros compromissos no dia seguinte. Paralelo a isso, a médica havia solicitado uma ecografia, a partir da qual justificou a cesariana, dizendo à gestante que seu bebê era muito grande para sua “estrutura”. Se ela quisesse tentar parto normal, ela poderia ligar para um de seus médicos conhecidos, que nunca a haviam visto, como relata abaixo:

Eu tava já em trabalho de parto, a minha médica pediu pra eu fazer uma ecografia, porque ela falou

que poderia demorar ainda muito tempo, né e eu tava só com três dedos de dilatação, ela pediu pra eu fazer uma ecografia e depois procurar ela de novo. Quando eu fiz, deu que ele tava bem grande, então ela achou que ele não teria passagem, que ele tava muito grande, pra minha estrutura. E aí ela já falou ‘ah, então, já vou te internar’. Eu fui pra consulta de rotina, ela falou ‘já vou te internar’ e aí a ‘gente já faz logo, porque eu já vou estar no hospital, então a gente já aproveita que eu vou estar no hospital e já faz sua cesárea e aí já resolve, né?’ Aí eu: ‘não! (Risos) Não, mas eu não quero, eu não tô preparada’ aí ela falou ‘bom, mas aí...é’, ela colocou os limites dela, de horário, de tempo, de disponibilidade, também. Ela estaria no hospital até um determinado horário, e, no dia seguinte, caso eu optasse em esperar o parto normal, pra ver se teria dilatação, se teria tudo, ela não poderia, talvez, me atender. Porque ela teria um compromisso no outro dia a partir das oito horas da manhã. Então, se eu tivesse que esperar, a partir das oito horas da manhã, teria que ser outro médico. Eu não tinha conhecido nenhum outro médico, até então. Como ela tinha me acompanhado minha gestação toda, ficar na dúvida no finalzinho, no último dia, era muito ruim. E aí ela me colocou inclusive assim, os horários. Ela foi bem cruel nesse ponto. Ela falou: ‘eu vou tá, em cirurgia até as oito horas da noite. Isso era umas seis e meia, sete horas. Então, eu espero você me ligar até as oito horas. Por que aí você já vai pra lá e eu já vou e já faço sua cesárea. Porque se não também você tem que entender que eu tenho família, eu tenho casa e eu tô no hospital desde as oito horas da manhã. ‘ E como isso me foi dado, ela não cobrou o meu parto, porque ela era mãe de uma amiga, e eu tava, não tinha convênio quando eu engravidei, então foi tudo feito no particular, né, então pra mim, ia ser, financeiramente, importante. (...) eu fiquei meio assim, ai meu deus, como exigir uma coisa que eu quero, né, sem cobrar? Aí, ela falou, ‘olha, eu vou tá no hospital, até as oito horas, eu gostaria que você me ligasse até esse horário. Porque, é um direito seu tentar o parto normal, você pode tentar o parto normal, mas eu talvez não possa fazê-lo. Aí eu te dou o telefone dos meus amigos que vão estar atendendo e aí você faria com eles’. E aí eu fiquei assim ‘meu deus... então, tá, eu posso pensar?’ aí ela ‘pode, mas até as oito horas.’ (risos). Então eu falei, ‘então tá, eu vou pensar.’ E vim pra casa. (Gestante 1).

A gestante conta ter sido de grande angústia os momentos que antecederam a cesariana, em virtude da decisão que precisava tomar. Por um lado, o desejo de ter parto normal, de realizá-lo com a médica conhecida, sendo desnecessário pagar, e os indicativos de que isso seria possível, já com dilatação e sem sentir a dor das contrações. Por outro lado, a médica solicitando que fizesse a cesariana em virtude de sua disponibilidade, mas justificando pela suposição do tamanho do bebê e a necessidade de tomar uma decisão rapidamente, antes que a médica saísse do hospital, do centro cirúrgico. Após ter optado por fazer a cesárea, busca compreender a visão da médica e, mesmo sendo claro que a razão para fazer a cesariana, que não desejava, era a indisposição da médica em acompanhar seu trabalho de parto, por motivos não-médicos, declara “tentar” confiar na experiência da médica.

Então, eu optei. (...) E aí ela me ligou e falou ‘Fulana, eu terminei o parto e aí, você pensou, decidiu?’ aí eu, ai...ai... ‘decidi, né. Então eu vou pra aí’. Porque, eu fiz o meu pré-natal, esperei, ela tava

viajando, eu corri o risco de, se tivesse entrado em trabalho de parto, nesse mesmo período, eu teria que procurar um outro obstetra. (...) ela voltou de viagem, eu entrei em trabalho de parto, aí eu ‘poxa vida, tanta coisa, agora pra fazer com outro médico, que eu nem conheço, não me conhece, não me acompanhou?’ ‘falei ah, vou ter que confiar nela, vou ter que confiar na experiência dela e vou ter que confiar no que ela tá me dizendo, que o Rafael tá muito grande e vou fazer a cesárea. E, aí, fui. Fui pra mesa de parto, pedindo pra fazer parto normal. Na mesa do parto ainda falei ‘ah, doutora, não tem como fazer parto normal, mesmo?’ ela falou ‘Fulana, se você quisesse mesmo parto normal, ia ter que fazer um corte no seu períneo muito grande, o Rafael tá muito grande, podia ser que desse certo, mas podia ser que chegasse no final do dia, você tivesse esperado horas e seu trabalho de parto não desse, porque ele tá muito grande e você tem estrutura pequena.’ (...). Ela colocou bem claro as duas coisas. Ela colocou que ele tava bem grande e poderia ser que minha estrutura não desse pra isso e a estrutura dela, falando que ela precisava ir pra casa e que ela não ia poder me atender a partir das oito horas. Ela foi bem taxativa. Foi meio assim, foi bem cruel. No último dia, né.(...). Eu fiquei nervosa, mas eu procurei não pensar muito assim, eu procurei relaxar e já que era pra ser assim, que fosse a melhor escolha, né.... (Gestante 1).

Vê-se pelo relato acima a dificuldade das mulheres em elaborar uma crítica sobre os profissionais que as acompanham, mesmo quando é absolutamente claro que sua conduta é anti-ética e não-profissional. E, mesmo elaborando, de certa forma, uma percepção crítica da conduta dos profissionais, como a gestante do caso apresentado, a possibilidade de agir, fazer algo na proteção de seus interesses, é muito limitada, após estabelecer-se um vínculo de meses entre gestante e obstetra. A expressão de que, nessa situação, se “tenta confiar” na opinião ou experiência dos profissionais já é, em si, uma expressão da ambigüidade do parto cesáreo e da vulnerabilidade das mulheres que, têm um poder de decisão, porém bastante reduzido pelas circunstâncias do desconhecido. Apesar da situação em que foi colocada, essa gestante ainda considera que teve um parto humanizado, pois durante a cesárea, os profissionais que a acompanharam teriam sido “acolhedores”.

Perguntadas sobre o que poderia ser diferente no parto, para que fosse melhor realizado, das mulheres do privado, aquelas que fizeram uma cesariana e consideraram que tiveram um parto humanizado indicaram que não havia nada a melhorar, que foi feito o melhor possível, apesar de terem tido partos cesáreos. A exceção foi a Gestante 1, que indica que a escolha pela cesariana poderia ter sido diferente, a médica deveria ter aberto mão da comodidade da cesariana para não tirar o seu direito de tentar o parto normal. As mulheres do privado que tiveram parto normal consideraram que o momento da internação poderia ter sido melhor, mais agradável, se houvesse um espaço especial para recepção das mulheres em trabalho de parto e, no caso de uma, se os profissionais plantonistas fossem mais bem preparados para a recepção das mulheres que vão fazer o parto vaginal:

Eu acho que a minha internação poderia ter sido mais rápida. Que quando a gente chega no hospital, a gente ta louca pra já ir para um cantinho e ficar lá, né. (...) Eu achei que o hospital foi meio burocrático nesse sentido. (...) e na emergência, né, a médica que tava de plantão... primeiro, não queria me deixar beber água e eu tava morrendo de sede. Aí eu falei ‘cara, eu não vou fazer cesárea, eu vou fazer parto normal, me dá água, porque eu tô com sede’. Queria me fazer outro exame de toque. Eu falei ‘eu acabei de vim do consultório da minha médica, (...) ela já ta vindo pra cá’. Então eu achei que, ali na emergência, o pessoal era muito despreparado pra me receber da maneira como eu queria, como eu pensava que fosse. Lá em cima é outra coisa, porque daí eu já tava com a minha *doula*, eu já tava com a minha médica, então, eu fiz do jeito que eu queria. Mas aí, na emergência não. Tanto que a própria médica falou assim: ‘a sua médica pode ta vindo pra cá, mas aqui eu sou a médica responsável pela ginecologia’. (Gestante 6).

Dentre as mulheres do contexto público a cogitação da possibilidade de algo diferente ocorre juntamente com a negação dessa mesma possibilidade, no sentido de que identificam possibilidades, mas, juntamente com essa identificação, as negam. Dois depoimentos podem ser identificados dessa forma:

Não, eu acho que...é isso mesmo, eles não podem dar nenhum remédio pra melhorar as dores, né, então eu acho que poderia ser isso mesmo. (Gestante 13).

Não, acho que pra mim foi tranquilo. Porque a gente podia falar assim, botar quartos individuais pro marido poder acompanhar a gente, mas não, porque muitas vezes o marido não pode, e porque muitas vezes, o contato com sua mãe tira dúvida, fica mais tranquila...e outras mulher vem [sic]...ficar com a gente. Aí já...ele já pode assistir o parto, tá bom. (Gestante 15).

As demais mulheres do privado consideraram tudo “perfeito” ou “normal”. Apenas uma considerou a possibilidade de ser mais bem assistida, no sentido de ser informada sobre o que estava acontecendo. Essa mulher teve o parto no HRAS e foi a única que não considerou seu parto “humanizado”:

Ah, ter mais informação, né, porque eu cheguei lá, praticamente não tinha informação de nada. Nem do meu estado, né, pra eu saber...Por que falaram que tavam pensando em fazer cesárea, mas nem sabia porque. Eles quase não...te informam de nada. (Gestante 14).

### **4.2.3 – O mais positivo**

Os aspectos mais positivos do parto, considerados pelas mulheres da assistência privada, foram bastante diversos: o contato com o filho após o nascimento, a atenção recebida na cesariana, no sentido de não estar sozinha e de os profissionais estarem conversando com a mulher, explicando o que estavam fazendo, a sensação de ter entrado em trabalho de parto (para a mulher cujo filho estava sentado, mas esperou a bolsa romper para realizar a cesariana) ou “nada marcante”. Das mulheres que tiveram parto normal, uma considerou o mais positivo o atendimento da médica plantonista que, também grávida, teria tranquilizado-a até sua médica chegar e outra

considerou como o aspecto mais positivo do parto ter sido respeitada pela sua médica e sua *doula*, que fizeram o que esperava e estava no seu plano de parto. No entanto, essa gestante considera que teve sorte de estar acompanhada pelas profissionais mencionadas, devido a vulnerabilidade da mulher nesse momento:

Ambas (*doula* e médica) me respeitaram muito e respeitaram o meu plano de parto. Minha filha nasceu praticamente como eu queria. No momento do parto, estamos fragilizadas e passíveis de qualquer interferência, já que é a nossa vida e a do neném que está em jogo. Então, se alguém disser: tem de fazer isso, você nem vai questionar. Nesse ponto, sei que tive sorte porque elas sabiam o que eu queria e me deram, na medida do que foi possível. (Gestante 6).

Dentre as mulheres da assistência pública também houve diferentes considerações: a conduta de um médico que teria sido “legal”, “carinhoso”, o quarto bonito, decorado. Uma questão importante expressada em um depoimento, foi a negação da possibilidade de algo diferente, compondo a idéia de que o parto aconteceu como “tinha que ser”:

Bom, eu não posso dizer que eu gostei, e nem posso te falar que eu não gostei. Eu achei o seguinte, que eles fizeram o trabalho deles, como deveria fazer, e só isso (risos). Nem eles, tipo assim, me ofenderam, nem eu também. (Gestante 13).

#### **4.2.4 – O mais negativo**

No contexto privado, dentre as mulheres que fizeram cesariana, o aspecto mais negativo foi, para a maioria, a própria cirurgia e aspectos da cirurgia como, a questão da escolha (Gestante 1), a rapidez e pressa, a necessidade de ser amarrada e os cuidados necessários após a cirurgia. Entretanto, duas mulheres que fizeram cesarianas não consideraram aspectos negativos em relação à assistência no parto, mas uma delas observou insatisfação consigo mesma pelo fato de ter pouco leite, pois havia realizado há alguns anos cirurgia de redução da mama (Gestante 3). As duas mulheres do contexto privado que fizeram partos vaginais apontaram como ponto negativo da assistência a situação da internação, na qual, no atendimento de emergência, muitas vezes demorado, ficam sem um ambiente mais privado. Uma delas indicou, também novamente, o despreparo da médica plantonista:

Tive de ficar aguardando atrás de uma cortininha na emergência e ainda queriam que eu colocasse um aventalzinho, daqueles que fica o bumbum aparecendo... claro que não coloquei. A médica da emergência queria me fazer outro toque e eu não deixei, porque tinha acabado de fazer o exame no consultório da minha médica. Também não queriam me deixar beber água, e eu dizendo que ia ter parto normal e que estava com sede. Me olhavam de certo pensando ‘coitada, acha que vai ser normal’. Essa mesma médica que estava na emergência depois foi pra sala de parto pra assistir o meu parto, porque nunca tinha visto um parto natural. Quem me falou isso foi a minha obstetra depois. (Gestante 6).

Dentre as mulheres do contexto público, algumas não consideraram nenhum ponto negativo da assistência a elas prestada, considerando tudo “normal”, “tranquilo”, mesmo quando isso implica na realização de algum procedimento, como a episiotomia, que não gostariam de ter realizado. Duas das mulheres que não tiveram o parto na UMSSS, mas em outros hospitais, consideraram como sendo o mais negativo da assistência a maneira como foram tratadas pelos profissionais: por um lado, a falta de “boa vontade” e por outro a falta de contato, o abandono, como mostram os depoimentos abaixo. O primeiro depoimento também mostra a dúvida com relação a enunciação do aspecto negativo, entre a atribuição de intencionalidade e a negação dessa a respeito da conduta de profissionais e a associação entre um bom atendimento e a dispensação de medicamentos.

Só que, aí onde eu ganhei o neném, eu achei que os médicos fossem assim, umas pessoas, eu não sei se é mais mal educado ou...mais sério, eu não sei. Sei que lá no segundo andar, que eu fui transferida pro segundo andar, eu tive atendimento mais melhor do que embaixo. [sic] Tudo que a gente pedia, um favor, fazer uma ligação pra família pra avisar, eles atendiam com outra...boa vontade. Lá, parece que eles não tinham boa vontade, lá em baixo. Bom, eu pedi um telefone pra usar, pra avisar pra minha família. Como é que tá minha situação de saúde, que tinha ganhado neném e tudo mais, ‘Ah, é, não sei o que, telefone não pode ficar ligando, não, não sei o que’, primeira vez que eu tinha pedido, eu não gostei. Me tratou como gente...sabe? Eu não gostei. E lá no segundo andar, não, pessoal tratava a gente com muita paciência, medicaram lá em cima, eu dô nota 10. Lá no segundo andar, eles trataram a gente com muito... educação, e toda hora tinha médico, tinha enfermeira, olhando, perguntando se tava com dor, dando remédio pra gente, olhando a temperatura da neném, eu dô nota 10. Onde eu ganhei neném...não me trataram mal, mas eu também...não achei muito bom, não.(Gestante 13).

(Silêncio). É, mas eu acho assim, o abandono, né. Eles te jogam lá e pronto. Você que se vira, até a hora do menino nascer. Eu passei foi apuro lá (...)elas não fazem questão de ir lá tão cedo. (Gestante 14).

#### **4.2.5 – A participação das/os profissionais e acompanhantes**

Em geral, tanto no contexto privado, quanto no público, as mulheres não sabem precisar exatamente quantos profissionais estão presentes no parto, principalmente quantas profissionais de enfermagem. Também, o relato sobre a atuação de cada profissional não acontece de forma homogênea, pois cada uma lembra com maiores detalhes a atuação de certos profissionais.

No contexto privado da assistência, no qual a maioria das mulheres realizou cesariana, elas relataram a presença de uma (um) médica(o) auxiliar além da obstetra que já as acompanhava na gestação, do anestesista e cerca de duas enfermeiras. A(o) pediatra é um profissional pouco citado, diretamente. Chama atenção que no parto da Gestante 1, que teve que optar pela cesariana enquanto a médica ainda estava no hospital, o auxiliar da médica era o marido da própria médica. Uma

mulher, mesmo fazendo cesariana, optou por continuar com o apoio da *doula*, previamente combinado e outra, sendo assistida em hospital privado, relatou a presença de um residente no seu parto. Todas as mulheres assistidas no contexto privado, com exceção da Gestante 1 (acompanhada por sua mãe e irmã) estavam acompanhadas de seus maridos e relataram que eles durante a cesariana, em geral, permaneciam de seus lados e, após, acompanhavam os bebês nos primeiros cuidados. A gestante 1, declarou que pretendia ter uma *doula*, mas, como expôs a idéia para sua médica e essa não conhecia o trabalho das *doulas*, acho que seria uma “afronta” ao seu trabalho.

Em geral, as mulheres da assistência privada, relataram que os profissionais, ora as(os) próprias (os) médicas (os), ora os anestesistas, tentavam tranquilizá-las, conversando e explicando os procedimentos, principalmente no momento da anestesia, que parece sem um momento de tensão para a maioria das mulheres, após a entrada no centro cirúrgico. Uma mulher, nesse sentido, fala que sua obstetra seria como uma “mãe”.

Dentre as duas mulheres que realizaram parto vaginal, uma relata a presença do anestesista, já que seu parto foi com analgesia, e de uma amiga, além do seu marido, e a outra, relata a presença determinante da *doula*. Como se vê abaixo, essa última mulher, que teve parto natural, considera ter sido assistida, em primeiro lugar, por ela mesma:

Eu acho que principalmente fui assistida por mim mesma. Não que fosse ter um parto sozinha, mas hoje sei que o meu preparo foi essencial para que o parto natural acontecesse. Só lendo, fazendo ioga, ginástica, vendo vídeos, essas coisas, é que a gente entende o que está acontecendo e esse é o primeiro passo para que o parto ocorra da maneira como queremos, vencendo a dor. Mas sobre outras pessoas, me assistiram no parto a *doula*, meu marido e a médica. Lá no momento do nascimento, as enfermeiras também foram importantes, porque me orientaram sobre como fazer a força da expulsão, fechando a boca e tal. Mas não sei dizer quem eram, porque estava com os olhos fechados. (Gestante 6).

Essa mulher relatou que o trabalho da *doula* foi fundamental no seu parto, achando, mesmo, que sem a presença dela não teria conseguido ter o parto natural. Primeiro, porque em certo momento do trabalho de parto, a médica, depois de fazer um exame de toque, disse que a criança estaria descendo pelo canal vaginal de uma maneira não adequada, sendo provável a necessidade de fazer cesariana nesse caso. Então, falou com a *doula* e essa começou a fazer com a parturiente, alguns movimentos específicos, para que a criança encaixasse na posição correta, o que de fato aconteceu, segundo relatado. Após o parto, foi a sua médica que “conseguiu” um lanche, pois a cozinha do hospital já estava fechada, que ela comeu ainda no Centro Obstétrico.

As duas mulheres que tiveram parto vaginal no contexto privado relataram ter ficado de olhos fechados no trabalho de parto, o que, para a que utilizou analgesia, foi motivo para que a médica conversasse com ela, convidando-a a “trocar energia”.

Em relação à participação dos profissionais no contexto público da assistência, são



destacadas apenas as atuações de médicas(os), isto é, obstetras, e enfermeiras. Outros profissionais não aparecem nos relatos das mulheres. Em apenas um relato foi indicada a presença de um pediatra, mas, como característica peculiar, nesse contexto, está a presença de residentes em medicina.

A partir do relato das mulheres é possível distinguir o traço principal da atenção recebida: a “não - permanência” dos profissionais. Os profissionais que assistem as mulheres do contexto público não permanecem acompanhando-as, a cada momento do trabalho de parto, não há nenhum profissional com esse papel e ele não é, tampouco, preenchido pela atuação de acompanhantes especializadas ou pessoas leigas (*doulas*, marido, pessoas da família). Essa não-permanência ocorre em dois sentidos: primeiro, a cada troca de plantão, os profissionais responsáveis pela parturiente são trocados e, segundo, os profissionais que acompanham as mulheres, principalmente as(os) médicas(os) estão constantemente “indo e vindo”. Essa característica da assistência pública do parto apareceu tanto na UMSSS, quanto em outros hospitais. A Gestante 14, por exemplo, relatou que dois médicos a receberam no HRAS, “um conversando e outro examinando”, mais tarde, quando foi internada e levada ao quarto, outra médica a examinou e na hora do parto, uma terceira médica, ainda, a assistiu. A Gestante 15 assistida na UMSSS teve seu parto acompanhado pelo mesmo médico, mas relata que esse “vinha, via minha pressão, dava o toque e voltava”. Depois que sua bolsa estourou, esse médico teria falado para o marido dela, que estava acompanhando-a, que “qualquer coisa o chamasse”.

As mulheres relatam que alguns profissionais são mais “legais”, “simpáticos”, mas a grande maioria não explica às mulheres algo sobre sua condição, o andamento do seu trabalho de parto, as intervenções que realizam. A pouca interação verbal nesse sentido é destinada a obtenção de informações que dêem subsídios à realização de intervenções, como relata a Gestante 14. Essa mulher declarou que, sobre a atuação da enfermeira, a interlocução entre as duas foi somente sobre onde ela estava “sentindo o bebê”, com a intenção de colocar a faixa do monitor fetal eletrônico em sua barriga. Na fala abaixo, ela expressa que seus sentimentos não interessavam aos profissionais. As gestantes parecem não estranhar tal comportamento, uma vez que não enunciam, em sua maioria, críticas em relação a essa conduta. Ao contrário dessa conduta ser criticada, por vezes, ela é justificada, como essa mesma gestante que indicou atribuir esse comportamento a ser “profissional”:

Entrevistadora: Não perguntaram nada de como você tava sentindo?

Ai, eu falava toda hora, né? (risos). Só falavam que era assim mesmo, que não tinha nada pra fazer, (...) falava ‘ai, dá um jeito logo, que eu não tô agüentando mais não’. (...) Falavam que era assim mesmo, que não podia fazer nada, que ter filho era assim mesmo.(...)Tava sendo profissional, não tava querendo se envolver muito. Que eles não gostam de se envolver com a paciente, isso que eu pensei...” (Gestante 14)

Só que o médico assim, na hora de dar toque, essas coisas, ele falava comigo com mais paciência, explicava...já a médica não, ela não falava, não sorria, não fazia brincadeira, sempre no trabalho dela lá e pronto, isso aí. Ele falava assim ‘Calma mãe, daqui a pouco você vai ter a nenenzinha’, essas coisas assim. (Gestante 13).

Esse tipo de comportamento dos profissionais, que não é baseado no diálogo, mas na simples realização de “procedimento” ocorre mesmo na hora do parto, da expulsão da criança, como aparece no relato abaixo:

Não falaram nada, não. A médica chamou, ela ainda riu um pouquinho ‘vamo fazer força’ [dirigindo-se a outro médico], aí ele veio, empurrou assim minha barriga, até a hora de nascer, só isso. Aí ela nasceu, eles saíram. (Gestante 13).

No momento expulsivo, é uma prática dos profissionais solicitar às mulheres que não expressem seus sentimentos, como é o caso do grito. Elas são recomendadas a permanecer calmas e caladas, como aparece nos dois depoimentos abaixo:

O médico andava lá de vez em quando pra ver como é que tava, quantos centímetros e depois, teve uma hora que ele passou um pouco e não foi mais, até quando chegou a nove centímetros, ‘é, tá na hora’.(...) Ficaram esperando (...)falou ‘pra fazer força, não grita, respira fundo, não sei o que’, ‘não grita, calma, paciência’ (risos). (Gestante 13).

Entrevistadora: Quando a médica chegou, pediu para fazer força?

Nada! Não precisou não, menina. Falaram nada, mesmo. Porque tinha umas que eu ouvia, lá do meu quarto, ‘ai mãe, ajuda, não sei o que, pára de ficar botando a mão aqui’, nossa, comigo elas não tiveram que falar nada. (...) Escutava, toda hora, as mulheres ficava só gritando [sic] e chorando. Toda hora, ia lá e falava, não adianta ficar assim, quanto mais você fizer isso é pior, não, por que se não vai ficar nervosa, você vai atrapalhar as outras pessoas. Imaginou, você já num sofrimento desses, ver alguém nesse desespero...Mas comigo elas...não precisou falar nada não.(Gestante 14).

Essa última gestante relata que não precisou fazer força na hora do nascimento, e ninguém precisou falar isso, solicitando a ela que fizesse força, pois já tinha resolvido fazer força “sozinha mesmo”, quando sentiu as contrações longas e que o único jeito de resolver o “problema” era esse. No trecho do seu depoimento colocado acima ela relatou o comportamento de outras gestantes e as falas dos profissionais em relação a elas, demonstrando que os profissionais, além de não estarem interessados em fornecer apoio psíquico às parturientes, por meio da escuta de seus sentimentos, as culpam duplamente pela expressão dos seus sentimentos, por meio do grito, primeiro, dizendo que estariam prejudicando a si mesmas com essa conduta e, segundo, porque estariam prejudicando as demais pessoas do ambiente, atrapalhando-as. No entanto, a associação negativa ao grito pode ser também uma idéia das mulheres, como no trecho abaixo, no qual a mulher mostra que esteve tranqüila no parto, pois não gritou:

Eu achei tudo tranqüilo. Porque, tipo assim eu...(...)eu nem gritei muito(...) nem nada, foi tudo tranqüilo pra mim. (Gestante 15).

A falta de interação entre profissionais e parturientes gera poucas manifestações críticas,

apenas uma mulher manifestou-se nesse sentido, a mesma que considerou não ter tido um parto humanizado. Ela declara ter se sentido abandonada:

Mas aí me internaram...aí, um médico te atende, depois já é outra médica que vem te examinar. Mas ele pegou e falou que ia...dar um tempo, né, pra ver se dava, ver o que acontecia. Ah, mas menina, me abandonaram lá no hospital, lá...no quarto. Deus me livre, (...), isso aí que eu achei pior. Por que assim, eu imaginava que ia ter um médico pensando no melhor, né, mas...que nada, fiquei lá, é praticamente sozinha. A médica apareceu lá, só pra dá o toque lá e... É, quando ele resolveu nascer mesmo, eu tava lá sozinha! Tive que chamar a enfermeira, por que se não ele ia...ia nascer comigo sozinha ou então ia complicar, né. (...) Eu...no começo eu chamava toda hora, falava 'aí, não tô aguentando de dor', depois eu desisti, falei 'ah, já que eles não vão fazer nada mesmo...'. (Gestante 14).

Ficar sozinha durante o trabalho de parto, por outro lado, pode gerar uma certa satisfação no sentido de “dar conta” e não “dar trabalho” para os profissionais, como aparece em depoimento anteriormente colocado (Gestante 14) e no relato seguinte:

As meninas foram superlegal [enfermeiras]. Ajudou bastante, mas assim, não foi aquela coisa de precisar, entendeu? Porque eu mesma dei conta sozinha (risos). (...) Depois também, eu dei conta de banhar.... (Gestante 11).

Com relação aos maridos e acompanhantes presentes no momento do parto, vê-se uma exata inversão entre os contextos da assistência: enquanto no privado apenas uma mulher não estava acompanhada do marido (mas sim, da mãe e irmã), no público, apenas uma mulher estava acompanhada do marido. As demais também não tiveram outras acompanhantes no momento do parto ou quando “internadas”. Em geral, os maridos ficam do lado de fora das instituições, apenas as acompanham até o momento da internação. Após o nascimento do bebê, duas mulheres relataram a presença das mães, como acompanhantes no alojamento conjunto. Ambas foram assistidas na UMSSS, em cujo alojamento conjunto, compartilhado por três puérperas, só é permitidas a permanência (pernoite) de mulheres, embora os homens (os pais) possam visitar livremente, sem restrição de horários, as mulheres e suas(seus) filhas(os). Uma dessas mulheres relata:

Depois do parto, na noite, minha mãe foi pra ficar comigo. Mas na hora do parto não. No alojamento ela foi. Na hora do parto não quis ninguém pra ficar comigo não (risos), quis ficar só mesmo. (Gestante 8).

A única mulher que foi acompanhada pelo marido declarou que ele foi a pessoa que ficou mais tempo junto a ela, mais que os profissionais, que ficavam “indo e vindo”. Ela diz que o marido acompanhou-a com solicitude e que acompanhou os primeiros cuidados com o filho:

Tava dando banho no neném, que ele acompanhou tudo, na hora que levou o neném pra tomar banho, na hora que voltou...aí só não ficou comigo naquela sala, que a gente fica 24 horas, porque não pode homem, né, acompanhar, aí veio a minha mãe. (...) Tudo que eu falava com ele, ele fazia pra mim, né. (Gestante 15).

#### 4.2.6 – O pós-parto

O pós-parto imediato da maioria das mulheres do contexto privado, uma vez que essas mulheres fizeram cesariana, foi parecido: após a retirada do bebê, ele era mostrado a elas, levado aos primeiros cuidados, enquanto elas eram “costuradas”. Quando terminavam, eram encaminhadas a “sala de recuperação”, onde deveriam ficar em observação, devido a anestesia, por cerca de duas horas, ou até recuperarem a sensibilidade das pernas. Nessa sala de recuperação é que tinham um contato maior com seus bebês, momento no qual eles eram colocados para sugar, iniciando a amamentação. Após, em geral, eram encaminhadas aos quartos, juntamente com o bebê. Uma vez nos quartos, pode-se dizer que inicia, de fato, a recuperação da cirurgia, marcada, geralmente, pela dor no local da incisão:

Senti bastante dor (...), a hora que recupera, a sensibilidade no corte, você sente dor, dói, pra andar, dói, (...) eu tava com muito medo de me mexer, ficava ‘ai, pode estourar os pontos’ e minha mãe teve problemas quando ela me teve, com anestesia. (...) então ela me botou muito medo, ela falava ‘não levanta a cabeça, não se mexe’, então a enfermeira vinha, queria me levantar, minha mãe falava ‘não, não, não levanta!’ e brigava com a enfermeira e falava ‘pode ir saindo que ela não vai levantar!’ (...) eu fiquei com medo de dar alguma dor, mas morrendo de vontade de sair andando logo também, né. (...) Pra fazer xixi, era uma dor horrível...isso foi muito ruim! Nas primeiras 24 horas (...), mas aí foi melhorando. (Gestante 1).

A dor, associada à restrição da mobilidade, e a necessidade de urinar após a cirurgia são as duas principais preocupações das mulheres em relação à situação pós-operatória. Algumas mulheres indicam terem sentido mais dor do que outras, sendo que uma delas afirmou ter sentido mais medo por ter que colocar sonda urinária (pois sua médica informou que necessitaria, caso ela não urinasse até determinada hora após a operação), do que da própria cirurgia (Gestante 3).

Fora as questões da situação pós-operatória, sem dúvida, a principal questão que baliza os discursos das mulheres é a da amamentação. Em geral, ela é iniciada precocemente, já no período de recuperação anestésica ou logo depois de realizada a episiorrafia (costura de lacerações ou episiotomia) no caso do parto vaginal. Para duas mulheres, inclusive, a preocupação gerada pela amamentação marca uma despreocupação em relação ao pós-cirúrgico, como mostram os dois depoimentos de mulheres que fizeram cesariana, abaixo:

Foi ótimo, as enfermeiras muito prestativas, a médica acompanhou. Ela [a médica] veio três vezes e olhava tudo e fui muito bem tratada e aí foi bastante tranquilo, o único estresse foi o leite, que eu não podia ficar nervosa, mas o resto assim foi muito bom”. (Gestante 2)

Eu acho que o fato de ter tido tanta sensibilidade no peito, eu nem senti, a cirurgia da cesárea. Na primeira noite no hospital, né, eu fiquei meio que quietinha, à noite o meu marido pegou ela, pra vir, pra mamar, trocou, eu nem me levantei, porque a gente fica, né, com uma restrição grande. Mas já na segunda noite eu levantei, tomei banho no dia seguinte sozinha. Eu sempre fui muito despachada, eu

sou muito da ação, assim. Até minha sogra veio aqui e ‘Ai, meu Deus, você não fez resguardo, você não ta de repouso...’. (Gestante 7).

O último depoimento também mostra um elemento presente no trecho do depoimento da Gestante 1, reproduzido acima, acerca da participação de mulheres da família no constrangimento às iniciativas das mulheres, no primeiro caso, em relação à mãe, e no segundo, em relação à sogra. As duas mulheres que realizaram, no contexto privado, parto vaginal, relataram a rapidez da recuperação, com a ida imediata para o quarto e a possibilidade de agir, comer, por exemplo.

Voltando a questão da amamentação, em geral, as mulheres relatam, mesmo concomitantemente a satisfação de amamentar, algum episódio de dor nas mamas, gerando situações como ferimentos nos bicos dos seios, conhecidos como “rachaduras”, mamas cheias de leite, “empedradas”, gerando a necessidade de ordenhar para retirar o excesso de leite, enfim, algumas preocupações nesse sentido. Entretanto, nenhuma delas, pondera sobre a opção em amamentar ou não, sendo que essas possíveis preocupações não são tidas, em geral, como grandes problemas, mas situações que fazem parte do processo de amamentar e que são passageiras:

Entrevistadora: Você teve algum problema para amamentar?

Nada, nada, graças a Deus. (...) tive muita dor, assim, quando desceu o leite de uma vez, né(..), teve um dia que meu peito ficou duro, que nem pedra (Gestante 1).

Você pensa ‘vai dar a hora da minha filha mamar, sei da importância disso, mas será que eu vou dar conta?’ assim, por que dói muito. (...)Mas aí o meu marido me ajudou, nessa primeira noite e foi uma noite caótica, depois foi tudo bem. (Gestante 7).

Como já indicado no depoimento da Gestante 7, acima, as mulheres utilizam várias estratégias, para lidar com os problemas da amamentação, como: expor as mamas ao sol, utilizar cremes ou óleos, tomar banhos quentes e ordenhar a mama. Algumas pessoas também, por vezes, auxiliam as mulheres nas primeiras dificuldades, que marcam a “descida do leite”, como as enfermeiras, ainda no hospital, ou, em casa, os maridos.

Duas mulheres não tiveram “sucesso” na amamentação. “Sucesso” não foi uma palavra utilizada por elas, entretanto, considera-se apropriada uma vez que essas mulheres relataram frustração e sentimento de responsabilidade para com a condição de terem amamentado pouco tempo seus bebês, em relação ao preconizado.

Uma dessas mulheres é a Gestante 2, cujo depoimento encontra-se acima, na página X. Nesse depoimento ela relata que o único “stress” no seu pós-parto foi o leite e que ela não podia ficar nervosa. Tendo citado isso após ter explicado que a situação da cesariana de emergência havia sido extremamente preocupante para ela, gerando uma situação de nervosismo e tensão, fica claro que ela atribui a si mesma certa responsabilidade por seu leite ter demorado a “descer” (cerca de oito dias) e ter tido que recorrer ao Banco de Leite e a outros leites para sua filha.

A outra mulher, que tinha tido uma filha de parto cesáreo e amamentado pouco, cita que, antes da primeira filha, havia feito cirurgia de redução mamária, o que prejudicaria, dificultando muito, a amamentação. Entretanto, esperava nessa vez, obter maior sucesso, amamentando mais o filho, o que não ocorreu, pois o mesmo recebeu “complemento” desde o nascimento, ainda no hospital. Mas a questão da cirurgia de redução mamária não é o principal objeto de sua reflexão, quando comenta a situação de ter amamentado pouco, mas sim um conflito com relação à maternidade e o trabalho, que, sendo um negócio próprio, é para ela como um filho:

Aí, quando deu um mês, assim..foi um erro meu também, porque com... Na verdade, eu levei o meu computador para casa então com (risos), vamos botar assim, com uma semana eu estava trabalhando em casa. Aí eu dava mamá e trabalhava, dava mamá e trabalhava, ligava pra cá e aquela coisa toda... Aí com 20 dias, eu já vinha para cá. Então eu vinha, aí a babá ligava e eu voltava para casa. Aí eu ia e voltava, ia e voltava, e eu moro aqui, bem pertinho, né. Eu acho, também, que por isso acabou diminuindo bastante o leite... já tinha pouco. Que eu falo assim, eu tenho três filhos, né? Porque eu tenho a escola e tenho os dois. Então, eu ficava assim, gente, de que que eu tenho que cuidar, né? Cuida um pouco aqui, cuida um pouco lá...Aí, deu um mês, um mês e meio, mais ou menos, eu já não tinha leite nenhum. E eu já tinha botado tanta mamadeira, que eu acho que ele nem... Ele pegava no peito, ele já sugava e já começava a chorar, ficava agoniado, com fome e quando pegava a mamadeira, era aquele desespero na mamadeira assim... (...) Mas eu sempre dou chá, dou alguma coisa assim, sempre acabo dando uma coisinha ou outra. Até porque parece que ele é um pouco esfomeado, né? Então, tem que (risos) dar comida. (Gestante 3).

Vê-se no depoimento acima que, ao contrário da cesariana, na qual a figura maior de autoridade é centralizada numa outra pessoa, na(o) médica(o), a escolha, a decisão de não seguir o prescrito é tida como um erro. No caso da cesariana, a decisão de não ter um parto vaginal parece ser amenizada pela existência, mesmo que obviamente forçada, de uma indicação médica. No caso da amamentação, entretanto, cuja responsabilidade parece ser unicamente da mulher, a decisão é transformada em erro. E vários aspectos do discurso conformam essa visão, apontando conflitualmente aspectos de responsabilização da mulher e de circunstâncias a ela alheias como responsáveis pela amamentação interrompida ou desprivilegiada. No caso citado e a partir do trecho de referência, pode-se dar como exemplos de conflitos levar o computador para casa X ter feito cirurgia de redução das mamas e ter botado mamadeira X criança esfomeada. As situações de responsabilidade da mulher frente ao não sucesso da amamentação parecem ser sempre superiores, mais valorizadas, como se vê em outro trecho:

Eu não tive muito leite no primeiro filho e pensei em de repente poder ter...no segundo, eu não tive, isso eu fiquei um pouco chateada, por causa disso. Eu fiquei chateada, principalmente comigo, será que eu devia ter tomado mais água? Será que eu devia ter comido canjica? Mas, isso é uma coisa que me deixou chateada comigo. (Gestante 3).

O pós-parto para as mulheres da assistência pública é marcado, assim como a assistência ao parto, pela ausência de profissionais, o que se torna um complicador uma vez que, o acesso de

acompanhantes é mais limitado (no alojamento conjunto, não são permitidos homens). Assim, ao se verem sozinhas com o bebê, logo após o parto, as mulheres podem ter dificuldades e preocupações, como as relatadas pela Gestante 8:

Foi legal, só que as enfermeiras não ia lá direito, sabe, aí teve uma hora que eu passei mal, passei mal, não achava uma enfermeira, ninguém me acudia. Quem ajudou foi a que tava lá no quarto comigo. Porque assim, ela não tava conseguindo mamar, ela não queria mamar, a neném. Porque ela ainda tava com...diz que tinha engolido resto de parto. Aí teve que fazer lavagem. Ela foi pra lá fazer lavagem, né...(...) Com muita hora foi que chegou alguém lá. Aí me deram um remédio, foi melhorando, melhorando, aí falaram que era por causa da menina que tava sugando. Ia sugando e ia voltando o negócio, contraindo...(...) eu só achei ruim isso assim, né, porque, ficava muito tempo lá sem ver a gente...(...) (Gestante 8).

Essa mulher contou que, depois que o bebê fez a lavagem, voltou e mamou bastante, em consequência, ela teve uma cólica forte recebendo ajuda da outra mulher que estava no quarto, que pegou sua menina. Outra mulher relatou que antes de sua alta na UMSSS, ficou esperando a enfermeira que faria a palestra sobre amamentação e cuidados com o bebê, o que não ocorreu. Relata, então, que aprendeu tudo sozinha e “na prática” e que, por isso, não iria mais às palestras da UMSSS, pois já saberia “tudo tranquilo”. No dia em que teve seu parto, relata que a UMSSS estava muito cheia e atribui a isso o fato de ter tomado banho somente às onze horas da noite (seu filho nasceu no final da tarde), o que conseguiu apenas porque a mãe, que estava acompanhando-a, chamou uma enfermeira:

Se a minha mãe não tivesse ido lá, se não tivesse necessidade de trocar a cama cheia de sangue, sabe, eu não tinha tomado banho aquele dia... (Gestante 15).

Uma peculiaridade da assistência das mulheres do contexto público é a realização do exame de HIV, durante o trabalho de parto. Duas das mulheres, uma assistida na UMSSS e outra no HRAS declararam ter realizado esse exame, mesmo já tendo realizado-o durante a gestação. A Gestante 8, que foi assistida na UMSSS contou que o resultado do seu exame não estava anotado no seu Cartão da Gestante, por isso foi feito o teste, mas quando seu filho nasceu, o teste já estava pronto e então pode amamentar o filho. A Gestante 14 contou que mesmo tendo feito o exame, no HRAS “eles repetem” e somente pode receber seu filho para amamentar, depois do resultado do teste, que relata ter demorado. No entanto, não se sentiu incomodada com tal demora, pois acreditava que seu filho estava bem com as enfermeiras e pelo fato de estar se sentindo bem, após ter-se “livrado” da dor. Outra gestante, também colocou essa sensação, ao declarar:

Hora que nasceu? Ah, senti um alívio, só senti muito alívio, sabia nem que tinha acontecido nada. (Gestante 13).

Assim como as mulheres do contexto privado, as do público, em sua maioria, também

relataram uma série de dificuldades para amamentar, embora uma delas tenha explicitado que tudo foi “direitinho”. A atuação dos profissionais de saúde, basicamente enfermeiras, é tida como o “ensinar” da amamentação, o que não elimina, quase sempre, as dificuldades. O peito “empedrado”, inflamado, rachaduras nos seios, dor ao amamentar. Sofrimentos tidos como passageiros, temporários, também resolvidos por variadas estratégias:

Foi um sofrimento...eu não agüentava dar de mamar. Aí eu ficava tirando e dando na chuquinha. Daí um tava melhor, aí esse eu conseguia dar ainda, né, aí ficava dando esse e tirando do outro. Até que sarou e... agora mama normal, mas ainda dói, dói bastante...(...) aí depois passa. (Gestante 14).

A vontade de ter mais filhos, foi expressa por algumas mulheres do contexto privado, mais enfaticamente pelas duas mulheres que tiveram parto vaginal. As mulheres do contexto público, ao contrário, expressaram maior resistência a essa idéia. Uma delas, a Gestante 13, contou que após o seu parto, o médico que a assistiu teria falado “Tchau, tudo de bom, até o ano que vem!”, ao que ela teria respondido “Até nunca mais!”. A fala do médico indica claramente uma percepção homogeneizada sobre as mulheres de baixa renda, a partir da idéia do senso comum de que essas mulheres têm muitos filhos não planejados, sendo essa fala é inadequada e desrespeitosa. Essa mulher, teve uma filha não planejada, mas dentro de um relacionamento de dez anos e tendo ela trinta anos. Na entrevista do pré-parto, contou que sua maior preocupação era o fato de ter sido abandonada, desde o início da gestação, pelo companheiro. Ela sempre trabalhou como doméstica e, sendo autônoma, também contou da peregrinação que teria que fazer após o parto, para tentar receber o benefício da Previdência Social, pois sempre pagou seus impostos. Essa mulher, portanto, em vez de ser responsabilizada pela suposição de um “perfil reprodutivo da pobreza” (mulheres com muitos filhos, sem “condições de criar”), deveria ser parabenizada, e auxiliada, por estar enfrentando sozinha uma situação de vida difícil. A fala dessa mulher, respondendo ao médico, exprime, por outro lado, duas contraposições: uma à idéia de ter mais filhos e outra à própria opinião do médico. Outra mulher do contexto público, ao término da entrevista, comentou que o marido já estava pensando em ter mais filhos ao que ela respondia, que não, que primeiro teria que “se recuperar do trauma”. O trauma foi o parto no qual sentiu-se abandonada. Ambas mulheres que deram esses depoimentos não tiveram seus filhos na UMSSS, mas a primeira no HRAN e a segunda no HRAS.

A volta ao trabalho é um tópico de importante elaboração, principalmente para as mulheres do contexto privado. Nesse contexto, apenas uma mulher declarou estar sem trabalhar, estando dedicada ao lar e a cuidar do filho, e pretender trabalhar somente depois de um longo tempo (mais de um ano). Essa mulher, conta ter feito tal escolha devido ao fato de o marido ser diplomata e estarem em constantes mudanças. Outra mulher também ressaltou a proeminência da escolha profissional do marido, para o casal, uma vez que vieram para Brasília por motivos profissionais do



marido. O seu emprego, em São Paulo, pelo qual estaria de licença-maternidade, teria que ser abandonado. Dentre as demais mulheres, três eram autônomas (uma dessas também tinha um emprego pelo qual recebia licença-maternidade), duas com negócio próprio e duas gozavam de licença-maternidade (uma era servidora pública). O caso de uma dessas já foi relatado (aquela que teve conflitos entre amamentar o filho e cuidar da empresa) e a outra contou ver uma vantagem em sua situação, uma vez que, sendo seu sócio o próprio irmão, esse a apoiou a utilizar uma licença-maternidade de seis meses, tempo recomendado para a amamentação exclusiva. Ela declarou que não se imaginaria quatro meses fora do trabalho, por ser muito ativa, mas que, após o nascimento da filha, enfrentava o dilema do rompimento.

Para as mulheres do contexto público a volta ao trabalho não é um tópico importante, uma vez que muitas não trabalhavam antes da gestação, havendo uma maior identificação com a dedicação ao lar. Uma das mulheres, a mais nova, contou que já havia acabado o segundo grau, mas não trabalhava, sendo sustentada por parentes com os quais morava, pois sua família é de uma cidade próxima do DF, em Minas Gerais. As duas mulheres que citaram trabalhar trabalhavam como empregadas domésticas e ambas tiveram que parar de trabalhar durante a gestação, devido às dificuldades e ao empenho físico necessário ao desempenho dessa função. Uma delas, a mesma mulher que perdeu o filho recém-nascido, já tinha histórico de aborto.

## **5 – Entre responsabilidades pessoais e condições institucionais: a humanização do parto para profissionais nos contextos privado e público.**

Nesse item são sistematizados os resultados das entrevistas realizadas com os/as profissionais, principalmente, de acordo com o contexto da assistência e a categoria profissional à qual pertencem. As questões das entrevistas são referenciadas em três blocos distintos: a escolha da profissão e o trabalho na instituição de referência, a humanização do parto e, por último, mais especificamente, a relação da proposta da humanização com as mulheres.

A seguir, encontra-se uma tabela que mostra as características principais de cada agente de saúde selecionado para compor o grupo. Importante citar que muitos desses profissionais entrevistados exerciam, além de sua profissão na área de saúde, algum cargo administrativo na instituição, descrito na tabela.

Em geral, a maioria da(o)s profissionais entrevistada(o)s foram mulheres (apenas três homens), residentes no Plano Piloto, casada(o)s e com filho(a)s. A idade mínima encontrada foi de 30 anos e a máxima de 54 e as idades de profissão foram, respectivamente, de 4 (mínima) a 25 anos (máxima). O tempo na instituição apresentou uma grande diferença entre os contextos, sendo que na instituição privada houve vários casos de grande tempo de vinculação, enquanto que na instituição pública o tempo foi menor, o que deve ser levado em consideração de acordo com o tempo de existência da instituição, que é de cinco anos.

**Tabela 2**  
**Perfil Sócio-Profissional das/os Profissionais Entrevistados no DF**  
**Brasília – 2006, 2007**

Nº	Sexo	Idade	Local de Moradia	Estado Civil/nº de filhos	Religião	Profissão	Tempo de Profissão	Local de Trabalho	Tempo na instituição
1	M	46	Park Way	Casado/2	Católico	Médico Anestesiologista	18	Privado	13
2	F	46	-	Casada/2	Espírita	Psicóloga e <i>Doula</i>	16	Privado	4
3	F	31	Riacho Fundo I	Casada/1	Católica	Enfermeira (Centro Obstétrico)	5	Privado	1
4	F	41	Lago Sul	Casada/3	Católica não praticante/ Espírita simpatizante	Médica Gineco-obstetra	17	Privado	15
5	F	30	Asa Sul	Solteira/0	Espírita	Enfermeira (Banco de leite)	4	Privado	1 e ½
6	M	54	Lago Sul	Casado/2	Católico	Médico Pediatra e Neonatologista	30	Privado	26
7	F	38	Asa Norte	Separada/1	Católica	Assistente Social	16	Público	4
8	F	35	Lago Sul	Casada/3	Católica	Enfermeira	10	Público	5
9	F	31	Lago Sul	União consensual/1	Não tem	Médica Gineco-obstetra; especialista em Fitoterapia e práticas alternativas e yoga,	8	Público	5
10	F	34	Lago Sul	Casada/3	Espírita não praticante	Assistente Social	10	Público	6
11	F	50	Lago Sul	Casada/3	Evangélica	Psicóloga	21	Público	1
12	F	-	-	-	-	Médica Gineco-obstetra e Diretora da Regional de Saúde	-	Público	-
13	F	-	-	-	-	Médica Pediatra e Neonatologista, Diretora de Atenção à Saúde	25	Público	5
14	M	-	-	-	-	Médico Gineco-obstetra e Diretor da Unidade de Ginecologia e	-	Público	-

### 5.1 – A escolha da profissão e o trabalho na instituição.

Para compor um histórico da inserção pessoal em carreiras ligadas à saúde e na instituição na qual trabalham, os/as profissionais responderam sobre o porquê de suas escolhas profissionais, o tipo de formação obtida, qual a influência dos filhos em suas carreiras, no caso de existirem, e como seu trabalho iniciou no hospital ou na Casa de Parto.

As escolhas profissionais foram determinadas por motivações diversas. No contexto privado, dos três profissionais da medicina, dois declararam que a escolha pela área deveu-se a uma motivação bastante clara, definida, embora não relacionada com alguma justificação mais objetiva. Nenhum dos três profissionais indicou influências familiares. Apenas o anestesista localizou uma série de eventos específicos relacionados a sua escolha: os vários acometimentos sobre sua saúde, quando criança. Para ele, essa condição frágil de saúde na infância o levou a uma curiosidade em relação à medicina que determinou sua escolha profissional. Abaixo, vê-se trecho do depoimento da gineco-obstetra, onde identifica sua escolha com baseada num “dom” pessoal, sendo que a especialidade é vista como parte do seu destino.

Difícil até falar, que na verdade desde que em entendo por gente eu sempre quis ser médica e nunca foi por influência de ninguém. Porque eu não tenho nenhum parente próximo médico. Meu parente médico mais próximo era um tio avô que não morava na mesma cidade que eu, então na verdade não me influenciou em nada. Mas eu sempre gostei da idéia, pensei em ser ginecologista, obstetra. Eu nunca pensei em fazer outra especialidade. Eu acho que é um pouco de dom mesmo, que eu tenho e hoje continuo achando que era o que eu tinha que fazer mesmo (risos). (Profissional 4).

A definição da especialidade médica, no caso acima, é parte do destino. No caso do anestesista a especialidade é atribuída ao gosto por uma atividade que contemplasse benefícios emergenciais, caracterizados pela rápida resposta às demandas inesperadas. Já a especialidade em neonatologia, para o pediatra, é fruto de uma formação posterior à residência médica, no qual o profissional teria se especializado em cirurgia pediátrica.

As duas enfermeiras relacionam suas escolhas com um gosto pelo “cuidado”, uma delas em contraposição à medicina, que teria sido sua primeira opção. A medicina também é uma referência para a psicóloga, que indica nunca ter se interessado por ela, mas que sua opção pela psicologia estaria relacionada ao trabalho anterior na área de saúde.

Eu sempre tive uma quedinha pela área da saúde, pelo cuidado (...). (Profissional 3).

Na verdade, no início eu quis fazer medicina, né? Mas aí depois minha irmã começou a fazer

enfermagem e eu vi como era a profissão e eu vi que na verdade eu queria o cuidado com os pacientes, ficar com o paciente 24h, ter o cuidado, ficar ali. Vi que minha área era enfermagem, fui fazendo e me apaixonei pelo curso. (Profissional 5).

Dentre as(o) profissionais do contexto público, destaca-se que as duas assistentes sociais, cuja profissão não está necessariamente associada à área da saúde, indicaram como motivações questões não relacionadas a esse campo: o fato de ser comunicativa e o interesse pelos direitos humanos e o trabalho voluntário, respectivamente. A enfermeira e a psicóloga não explicitaram motivações específicas para suas opções profissionais, mas no caso da última, a medicina foi sua primeira opção, na verdade, uma opção de seu pai, substituída, “por eliminação” pela psicologia, pois gostava de ler e observar as pessoas.

A gineco-obstetra apresenta uma versão rica de detalhes sobre a principal influência da sua escolha pela medicina: a família. Conta que sua família é de médicos, não só a família nuclear (pai, mãe e três irmãs), mas também a mais extensa (tios/as, primos/as) e que, portanto, sempre conviveu nesse meio, tendo acompanhado de perto, muitas vezes, na infância, o trabalho de seus pais. Ela conta sentir que sua escolha profissional se deu no sentido desse “círculo” familiar, cujas origens identifica em várias gerações, ao comentar que um avô havia sido um curandeiro no povoado onde morava, mas também a partir de sua própria vontade. Esse argumento é fortalecido pela indicação de sua individualidade ao comentar o fato de não se enquadrar na “medicina tradicional”, desde a faculdade. O gineco-obstetra indicou que a escolha pela medicina deveu-se ao fato de querer ajudar as pessoas, sentimento que fica deixado de lado com a entrada na faculdade e a necessidade de muito estudo, mas que posteriormente teria sido retomado, como se vê abaixo.

Eu quando eu quis ser médico (...) porque eu tinha vontade ajudar as pessoas. E quando você começa a fazer medicina você perde isso daí porque é muita coisa: é anatomia, fisiologia, aquela coisa muito, de muito estudo e depois você volta a isso daí. Você nunca deve esquecer porque você fez, eu fiz medicina e meu objetivo é sempre ajudar o outro. Meu objetivo foi esse, ajudar o outro de outra maneira. (...) Eu achei que eu poderia ajudar melhor fazendo medicina. Escolhi mesmo pra ajudar o outro. (Profissional 14).

A especialidade dos profissionais do contexto público não foi muito enfatizada sendo comentada por apenas três profissionais. A assistente social declara que buscou trabalhar com adolescentes por uma afinidade com o assunto, devido a um envolvimento com o tema em sua graduação. A enfermeira indica que não gostava, inicialmente, do trabalho com gestantes, o atendimento em obstetrícia não lhe interessava, pois achava que era “muito sofrimento”. Sua descoberta pela área é relatada abaixo:

Na verdade, eu não gostava de trabalhar com gestantes, sei lá, eu achava que não ia dar conta... Achava que não ia dar conta e Deus o livre, não quero trabalhar com isso, era um sofrimento... E quando eu comecei a trabalhar eu fui vendo que não,entendeu? Que, muito pelo contrário, é maravilhoso, não tem sofrimento nenhum. É um outro lado da área médica, entendeu? Da área

médica, não, da área da saúde, que eu vejo que você não trabalha com doença, praticamente, você só trabalha com a vida, né, com coisas boas. Aí, assim, comecei a gostar, entendeu (...), não me vejo assim fazendo outra coisa. Por que realmente eu gosto e até participo como voluntária das palestras das gestantes, que na verdade é o centro de saúde que teria que fazer. Pela falta de enfermeiro, no início... A enfermeira que era responsável saiu, e eu assumi o negócio e fiquei. Tem muita gente aqui ainda que é contra, ‘ai, você não devia fazer’ e tudo, mas por eu gostar eu faço. (Profissional 8).

A médica indica que a escolha pela obstetrícia deu-se pela identificação com questões femininas, marcadas pelo vislumbre da condição diferenciada da mulher na sociedade, em comparação com os papéis desempenhados por mulheres da própria família.

Eu sempre me identifiquei muito com a questão feminina, da desproteção feminina. (...) da falta de cuidado, da sensibilidade da sociedade com a questão feminina. Cada vez mais, eu observo que existe um machismo muito velado, na sociedade. (...) Isso é persistente, isso existe ainda. Principalmente, quando você lida com pessoas que tem poucos recursos. (...) Então isso tudo, desde muito jovem eu percebi que isso existia e nunca existiu dentro da minha casa. (...) Na minha família, as mulheres são muito fortes. (Profissional 9).

Sobre o tipo de formação que tiveram, se mais técnica ou humanista, os profissionais da medicina no contexto privado parecem alinhar-se mais a uma formação técnica, embora o pediatra tenha indicado que essa separação não é possível de ser realizada, pois para ele não existe essa dissociação, como se vê abaixo, juntamente com trechos dos depoimentos dos demais profissionais do contexto privado. Entretanto, o anestesista e a gineco-obstetra indicam que a formação em medicina seria mais técnica, não havendo como ser diferente.

O anestesista, Profissional 1, relaciona o caráter técnico de sua formação com as condições de realização da residência em anestesiologia, em um hospital público do DF. Segundo ele, para cumprir a residência, o médico deveria realizar 600 “procedimentos”, no período de 2 anos, mas já no primeiro ano de residência, ele conta ter realizado 900 anestésias. Essa condição é relatada também em relação à divisão do trabalho entre residentes e “*staffs*”, os preceptores dos residentes.

A gineco-obstetra, Profissional 4, indica ter sido a sua formação técnica e ser a busca pela humanização totalmente pessoal, baseada também na sua experiência como mãe e no gosto pela obstetrícia, que a teria levado a buscar “ouvir” as mulheres em seus “sonhos”.

Jamais eu poderia dizer que a minha formação foi mais técnica do que humanista, porque desde o início meus preceptores tinham uma visão muito ampla das condições do paciente, não somente do paciente pediátrico, mas do paciente como um todo... Pautadas nisso, há situações técnicas e humanistas. Então, não posso dizer que sou um técnico que procurou humanizar o que fazia. Então, eu acho que foram situações que aconteceram com o crescimento de ambas as linhas, a linha técnica sempre com a visão humanista. Acho que nunca houve uma dissociação, pra lhe ser sincero. (Profissional 6).

Então, eu acredito que tenha sido mais técnico mesmo... Lá no HB, a maioria dos residentes é que tocam o serviço lá... É claro que a gente tinha aula, éramos liberados, a contragosto de alguns *staff*,

que preferiam até que você ficasse lá trabalhando. (Profissional 1).

Na verdade, não em muito como ser diferente do que tem na faculdade que nos oferece. A minha formação foi mais técnica mesmo, né? Eu fiz UnB, eu sempre morei em BSB desde os nove anos. (...) Mas eu acho que essa caminhada de humanização do parto veio muito de mim e de minhas próprias pacientes e pelo fato de eu ser mulher e ter querido fazer partos normais e der tido parto normais, sempre gostei de obstetria, muito... Tanto é, que meu objetivo em me formar em medicina era a ginecologia pela obstetria e não pela ginecologia e eu fiz o parto normal nos meus partos e acho que começou a vir o desafio de querer ajudar as outras pessoas a realizarem um sonho de fazer o parto do jeito que elas sonharam e aí, assim, eu fui aos poucos já na minha prática diária, voltando esse meu atendimento pra uma humanização que na minha opinião tem tudo a ver com ouvir o que a pessoas quer. (Profissional 4).

A psicóloga também indicou ter tido uma formação mais técnica, enquanto ambas as enfermeiras informaram que tiveram uma formação bastante humanista, sendo que uma delas realizou estágio em uma casa de parto de Belo Horizonte (Sofia Feldmann), reconhecida no Brasil como uma grande referência para essas instituições, pois ofereceria tudo que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

A UFMG é uma faculdade ímpar, ela é muito diferenciada, em que a humanização é muito praticada. (Profissional 3).

No contexto público o gineco-obstetra indica que sua formação foi “tradicional”, mas que na residência, realizada em Brasília, teria tomado contato e se identificado com a proposta da humanização do parto. A gineco-obstetra da UMSSS entrevistada indica que teve uma formação bastante humanista pautada numa abertura a abordagens em medicina e saúde diferenciadas das abordagens tradicionais como, por exemplo: a busca pela fitoterapia, práticas “alternativas” e *yoga*. Fica claro em seu discurso, que essa busca é totalmente individual, devida a seu próprio interesse.

Na verdade eu me formei (...) numa faculdade estadual e lá é medicina tradicional, tá, eu tive a sorte que quando eu tive a residência médica, eu peguei um obstetra que me acompanhou durante o segundo ano, que no primeiro ano a gente dá o ‘geralção’, né? No segundo ano você já pega neonatologia e a parte obstetria você já pega no terceiro ano. Aliás, esse obstetra que eu peguei pra ficar me acompanhando foi o Dr. Avelar, e ele tem uma visão de humanização de parto muito grande. Foi ele que despertou em mim esse lado. Eu já tava aqui, o Dr. Holanda Barbosa, que já era diretor aqui na época, diretor de ginecologia no HRAS, foi ele quem foi meu espelho e me deu o pontapé inicial pra que eu ingressasse no caminho da humanização. Eu comecei lá no HRAS. Ele já fazia parto de cócoras, os outros faziam parto normal, a valorizar a enfermagem... (Profissional 14).

Dentro da própria faculdade, eu já tinha uma tendência um desvio ou uma tendência ao não-enquadramento da medicina tradicional ocidental. (...) Sempre fui encaminhada pra esse lado de também não me esquecer das raízes, da tradição da medicina. (Profissional 9).

A relação entre as carreiras profissionais e a família foi pontuada a partir de uma possível influência dos filhos sobre a profissão (somente uma profissional, uma das enfermeiras do contexto privado, não tinha filhos). Em relação ao contexto privado, a única pessoa a indicar que ter tido um

filho não influenciou sua prática profissional foi uma enfermeira que teve o filho depois de escolhida a profissão e vivenciado a questão da humanização do parto em seu estágio. As/os demais profissionais indicam a influência dos filhos em seu trabalho, com maior ênfase para no trabalho das mulheres, que também voltam suas práticas para o contato direto com gestantes e parturientes. Os homens indicam uma influência, mas de forma mais genérica e não aplicada ao contexto específico de seu trabalho. Um contraponto bastante interessante a essa postura é a da gineco-obstetra, que contou com detalhes a vivência de seus três partos, todos vaginais, e a importância dessa vivência para seu trabalho, partindo do próprio fato de ser mulher como uma vantagem em relação ao trabalho de obstetras homens.

Acho que as mulheres ginecologistas e obstetras já ganharam pontos na frente da maioria dos homens por ser mulher, apesar de algumas mulheres acharem que a médica por sentir aquilo, inibe o sentimento da paciente. Acho que na maioria das vezes não é assim que funciona. Acho que por a gente ter passado por aquilo é mais fácil entender o que ela tá sentindo e ao mesmo tempo ser mais solidária do que o homem. Por eu ter tido filho, estado grávida e de ter tido partos normais, eu sei bem o que ela tá sentindo e acho que isso ajuda muito a estar solidária, a entender que não é frescura a reclamação, entendeu? Eu acho que ajudou muito... (Profissional 4).

Bom, eu me casei já depois de formado, bem depois de ter feito a residência médica [ter escolhido a área]. É... Não teve relação quanto a isso, mas com certeza a humanização que a gente sente quando é pai, né... É uma coisa assim... Uma experiência que só você sendo pai mesmo para poder descrever, né? (Profissional 1).

Em relação ao contexto público, todas as mulheres, num traço comum a todas as categorias profissionais, indicaram a influência e importância dos filhos em seu trabalho, relatando contribuições diretas à prática profissional, mesmo em áreas não diretamente em contato com a assistência ao parto, na ocasião de ocorrência do mesmo, como assistência social e psicologia, como pode ser visto abaixo, no depoimento de uma assistente social:

Ajuda. Eu acho que a gente não pode perder a sensibilidade, de se colocar sempre no lugar do paciente. Eu sempre penso assim 'ai meu Deus, se fosse com meu filho'. (Profissional 7).

Acerca da entrada dos profissionais entrevistados nas instituições de trabalho, uma diferença que diz respeito à natureza dessas instituições é o primeiro ponto de diferenciação: o fato dos profissionais do contexto público serem concursados e os do contexto privado contratados. No público, parece fazer parte das dinâmicas institucionais de um lado, uma subordinação da pessoa ao governo, e, de outro, a possibilidade de buscar uma lotação mais favorável a si mesmo. Assim, todos profissionais da medicina indicaram que após terem sido convocados por concurso ficaram por algum tempo lotados no HRAS, enquanto a UMSSS não se encontrava pronta. Isso mostra como, de certa maneira, a pessoa, após concursada, fica “nas mãos” do órgão para o qual foi convocada, sendo lotada em locais que necessitam de mão-de-obra. Uma enfermeira, sobre esse ponto, se refere ao fato de ter “caído” na enfermagem obstétrica, área na qual nunca tinha



trabalhado e que, na verdade, não gostava, como já colocado em trecho acima. No referido trecho, comenta que identificava esse tipo de serviço com o sofrimento, demonstrando como os profissionais de saúde também podem estar engajados em representações sociais relativas à saúde e doença que podem ser reconhecidas como, num primeiro momento, de senso comum.

Um ponto interessante em relação aos locais de trabalho das profissionais do contexto público é que as duas mulheres que indicaram terem buscado mudar o local de lotação, por meio de permuta com outro(a) colega, o fizeram para poder cuidar de um filho, ficando mais próximas do local de sua residência, uma delas em virtude do filho ter nascido prematuro e a outra pelo fato de um filho ter sido acidentado e ficado com seqüelas. Isso demonstra que as mulheres ainda devem balancear suas carreiras profissionais com as dinâmicas familiares, o cuidado da casa e dos filhos.

Com relação aos profissionais do contexto privado, a maior parte dela(s) indicou ter entrado na instituição por meio da indicação de colegas ou familiares (os cônjuges). Dentre os profissionais que foram indicados para a instituição pelos cônjuges se encontram a médica gineco-obstetra e o pediatra. Um fato interessante é que esse profissional (o pediatra e cirurgião pediátrico) além de ter sido indicado pela esposa (pediatra e neonatologista), acabou definindo sua carreira pela área de atuação dela, a neonatologia, como relata abaixo, porém ser indicar alguma relação à influência de sua esposa:

Eu era cirurgião pediátrico, minha mulher é neonatologista, nós fomos colegas de curso e, inicialmente ela foi convidada a fazer parte da equipe que formou inicialmente esse serviço, (...) e, logo depois, questão de um ano, um ano e pouco, eu já começava a me encantar mais pela parte clínica neonatal. Eu fui convidado também a participar do grupo e foi quando eu vim pra esse hospital. (Profissional 6).

O contato dos profissionais com a questão da humanização do parto nas instituições de trabalho no contexto privado pareceu dar-se, principalmente, a partir da iniciativa própria, de suas formações e experiências, por exemplo, uma vez que não há nenhuma instância da instituição, algum órgão ou profissional, apontado como responsável comum por trabalhar com a questão, nem mesmo o próprio Curso para Gestantes. Há um reconhecimento da importância do trabalho de uma equipe de pediatras que trabalha no hospital há muitos anos (apontada pela psicóloga e a médica gineco-obstetra), que seria uma área profissional (pediatria) de muita importância em relação à humanização do parto, posto que é uma equipe permanente do hospital envolvida no acolhimento das parturientes e suas famílias. Nesse sentido, o(a) obstetra, que é um(a) do(a)s principais profissionais, se não o principal, no contexto hospitalar, envolvido na assistência ao parto, é apontado como alguém que não tem vínculos com a instituição e que, portanto, seu trabalho independe dela. Esse seria um ponto crítico em relação à humanização do parto nas instituições privadas, reconhecidas como instituições de grande ocorrência de cesarianas eletivas. Assim, a questão das cesarianas, ora é referida como responsabilidade do trabalho de obstetras (depoimento

da médica, Profissional 4), ora como demanda das mulheres (depoimento de enfermeira, Profissional 3), como se vê abaixo.

Isso vem acontecendo nos últimos anos. Acho que o parto normal tem muito a ver também, com a solicitação da própria mãe. É uma coisa que tá vindo das próprias mulheres, é que se respeite esse momento, que se propicie e que se faça do jeito que ela quer, sonha. Inclusive, os médicos têm o hábito de dizer que é a mulher que quer cesariana. Na verdade, ela é induzida pelo seu médico a fazer uma cesariana. É importante o movimento vindo delas, elas vão conseguir modificar, às vezes, a conduta do seu médico. (Profissional 4).

Olha, aqui existe a questão da humanização em partes. Existe a questão de você tratar bem a cliente, de você estar explicando os procedimentos pra ela, dela poder ter um acompanhante durante o parto, tem a questão dela poder ter o parto normal, se ela assim quiser, durante esse parto normal ela tem direito, além de um acompanhante, ela tem direito a uma *doula*. (...) Então a humanização do parto, ela acontece, a medida que a gestante se propõem a isso, se propõem a ter um parto humanizado. Se ela não quiser, ela vai ter o parto técnico, né, como acontece em muitos lugares por aí. Então aqui acontece, desde o parto no quarto, de acordo com a vontade da paciente, sem analgesia, com a presença da família, com música, só com o obstetra lá dentro... até um parto cesáreo de hora marcada, até acontece isso. (Profissional 3).

Dois profissionais do contexto privado apontaram “questões culturais” relacionadas ao vislumbre da humanização do parto no hospital no qual trabalham: uma enfermeira apontou a escolha pelo tipo de parto, em relação às cesáreas eletivas, e o pediatra apontou a inserção do alojamento conjunto como prática em neonatologia. No trecho de seu depoimento, abaixo, se vê como o alojamento conjunto, enquanto uma novidade na assistência ao parto, introduzida no Brasil a partir de recomendações de organismos internacionais e preconizada pelo MS, gerou reações e resistências por parte das mulheres e seus familiares. Isso é interessante para observar como uma medida que atualmente é diretriz hospitalar foi tida, em outro momento, como uma medida negativa, que cerceava a necessidade das mulheres descansarem após o parto, por exemplo.

A questão do alojamento conjunto... Eu acho que foi um passo muito grande no sentido da humanização. Uma humanização até, digamos assim, do ponto de vista cultural, às vezes, parecia estranha pros familiares. E na época, pra você manter uma criança após um parto, um pós-operatório, um parto normal... Você via todo o esforço da mulher no sentido do nascimento, descansar após o parto e tudo e a criança já estar presente ao lado dela, depois do parto, causava um susto e até um medo na família. Então hoje, uma atitude que ninguém admite, que a criança seja separada da mãe, o paciente não admite isso, antigamente era completamente complicado você manter uma criança num alojamento conjunto, porque ela precisava descansar. Você tentava tomar uma atitude de humanizar nos olhos de hoje, mas que culturalmente na época precisou ser explicado. (...) Manter a mãe e a criança juntos desde a fase do parto, soava muito estranho e, muitas vezes, as famílias brigavam: ‘ah leva esse bebê que tá chorando aqui, enchendo o saco da mãe’ [risos], pelo cansaço da mãe, muito interessante do ponto de vista histórico. (Profissional 6).

O parto humanizado entre os profissionais do contexto privado parece ser visto como uma

questão pessoal, de afinidade ora, do(a)s médicos (obstetras), ora das mulheres. A psicóloga aponta que o “obstetra humanizado” é aquele que possui um “olhar diferente” sobre a assistência ao parto e o pediatra aponta claramente essa questão enquanto “crescimento profissional pessoal”. Uma enfermeira apontou que a decisão pelo parto normal (identificado com a questão da humanização, em contraposição à realidade das cesáreas no privado) é das mulheres e a gineco-obstetra apontou que a realização do parto normal depende de ambos, mas que tomando a iniciativa, as mulheres poderiam mudar a conduta intervencionista dos médicos.

O contato dos profissionais com a questão da humanização do parto nas instituições de trabalho no contexto público possui um maior caráter institucional, embora esse não seja indicado universalmente. Assim, os profissionais referem cursos - de *doulas* comunitárias, sobre amamentação -, voltados para a questão e outros elementos de referência mais ligados a instituição como: a questão da humanização como um processo de mudança dentro da UMSSS, as palestras e atividades oferecidas às gestantes.

No contexto público, o ponto antagônico de referência não é a realização de cesarianas, mas a ocorrência de um atendimento identificado como “tradicional”, caracterizado por práticas ultrapassadas como a posição deitada em que a mulher é colocada, mas uma questão importante desse ponto antagônico é a identificação do mesmo com situações de desrespeito, na fronteira com a violência, quando as profissionais o identificam como prática de “deita e cala a boca”, como aparece nos trechos de entrevistas abaixo, respectivamente, de uma assistente social e uma enfermeira:

E eu fiz esse curso, de *doula*. Veio uma americana aí que fundou, as *doulas*, ela veio dos Estados Unidos, deu esse curso aqui, foi técnicos do Ministério da Saúde, o negócio foi chique. Aí... realmente, foi nesse curso que eu tive o maior contato mesmo, com a humanização do parto, com toda essa questão do carinho com a mãe, com o cuidado, de ouvir o que a paciente tá precisando, tá desejando e não impor aquele sistema tradicional, da mulher parir deitada, ‘cala a boca’, né, não pode falar, não pode emitir opinião, não pode gritar, não deixa a mulher gritar, coitada, tá sentindo dor, tem que gritar, ué, risos, tá com vontade. Realmente, foi nesse curso que eu tive o maior contato, foi muito bom, foram 40 horas, exclusivas, pra gente ficar só por conta disso. (Profissional 7).

Aqui, quando inaugurou, não tinha nem essas camas de parto, era a mesa ginecológica, que colocava a perna? Só não amarrava, só faltava. Mas eram aquelas mesas ginecológicas horrorosas, entendeu? Você deita, cala a boca e pronto. Então, quer dizer, era igual os outros hospitais, assim, a grande maioria. (Profissional 8).

Duas profissionais referiram, entretanto, a humanização como questão pessoal. Para a primeira, enfermeira, seria uma mudança de atitude pessoal, mas que deveria partir de todos da instituição, o que relata juntamente com o reconhecimento das necessidades de mudança da própria UMSSS, o que se vê no depoimento abaixo. Para a outra profissional, médica, seria coisa pessoal relativa à forma como cada médico “encara a vida”.

Porque eu acredito que humanização é a mudança de atitude das pessoas, entendeu? Não adianta falar ‘ah, é humanizado’, a gente chega aqui, é... o atendimento, sei lá, o médico grita, a enfermeira não tá nem aí, o auxiliar, entendeu? Então, que humanização é essa? Então, a humanização é realmente, assim, quando a equipe se torna humanizada, com (?) consciência, de fazer uma coisa boa pro paciente, que torne aquele momento humano, né. Então, assim, a gente tá no processo, ainda, de humanização, eu acredito, né. É uma casa de parto que prega a humanização, mas só que ainda tem muita coisa pra mudar, né? (Profissional 8).

Isso também é muito pessoal, eu acho que é do médico, sabe. Eu acho que fica muito pessoal, do jeito que ele encara a vida. E isso ele transfere pra forma que ele atende as pessoas, né. (Profissional 9).

## **5.2 – A Humanização do Parto.**

A temática da humanização do parto está presente transversalmente em todas entrevistas com profissionais, e foi também tema central do corpo do questionário, sendo trabalhada diretamente nas questões de número quatro a sete (ver Anexo V).

No contexto privado da assistência, as principais definições relacionadas à humanização do parto seriam o parto como evento familiar e a postura ativa da mulher, juntamente com o não-intervencionismo. O parto como evento familiar foi citado por quatro profissionais (a psicóloga, duas enfermeiras e o pediatra) e é principalmente referenciado na presença do pai. A família em questão é a nuclear formada pelo casal e o bebê que irá nascer.

A postura ativa da mulher foi citada principalmente pela gineco-obstetra, o anestesista e uma enfermeira. A ênfase em cada um desses depoimentos, entretanto, foi diferenciada. A gineco-obstetra frisou seu papel em adequar sua conduta ao “sonho” das mulheres, ao planejamento de parto com o qual sonham. Cita, inclusive, ser na sua prática muito comum a utilização de planos de parto. Segue trecho de seu depoimento que mostra diferentes sentidos para o parto humanizado, algumas posturas da(o) obstetra em relação às mulheres no parto, bem como ações que podem ser necessárias, como a ação de “dar uma bronca”. Para a médica, a postura ativa da mulher, identificada com o instinto, deve ser avaliada de acordo com especificidades de cada parturiente.

Um parto que é muito curtido, que é muito tranquilo, que é prazeroso, que deixa uma memória boa, uma lembrança gostosa, uma lembrança emocional e não pensar assim: ‘Deus me livre passar por aquilo de novo’! Humanizar tem duas definições. Uma é você trazer para a origem do problema, um parto em casa sem a intervenção de um médico, deixando a mulher ouvir o próprio corpo, fazer as coisas mais por instinto. Isso a gente sempre tenta, mas observando o limiar de cada um, o preparo de cada uma, a história de cada uma. O parto é como a catarse de um monte de coisa da vida inteira (...). A gente conta que na hora da morte passa um filminho da sua infância. Na hora do parto, eu acho que é mais ou menos assim. Lá no subconsciente passa um filminho da sua infância do próprio parto, daquele relacionamento com o pai daquela criança, da sua expectativa de vida com aquela criança no

mundo. É muito comum na hora do bebê nascer, dar muito medo na mãe e ela voltar a ser criança, chorar feito criança. A gente tem que ter a sensibilidade naquele momento de perceber o que ela precisa... Às vezes de uma bronca, de um carinho ou de uma anestesia. (Profissional 4).

A ênfase no depoimento do anestesista, em relação à postura ativa da mulher, está em seu poder de decisão sobre as ações tomadas pelo(a) obstetra, passando diretamente pela possibilidade de escolha da analgesia, referenciada de acordo com os benefícios que traria para mulher e bebê. Já a ênfase da enfermeira, está no poder de decisão da mulher sobre o seu parto, incluindo todo tipo de intervenções, mesmo a cesariana. Esse sentido contraria o colocado por outra(o)s profissionais, como, explicitamente, a psicóloga e, implicitamente, a gineco-obstetra, ao frisar a necessidade da(o) obstetra adequar sua conduta ao sonho da mulher, e o anestesista, ao enfatizar que a gravidez não é doença. Abaixo, o trecho do depoimento da enfermeira referido.

Então assim, na realidade, eu não sei até que ponto você deixar uma mulher ter um parto totalmente natural, sentindo dor e evacuando junto com o bebê nascendo, seja humano, entendeu? Então eu acho que existem coisas a serem pensadas em relação à humanização do parto. (...) A questão da humanização vai muito do que a mulher acha menos constrangedor também. Eu acho que a mulher tem que ter uma participação maior na questão do parto dela, ela tem que ser dona do parto dela. Mas se ela quer um parto cesáreo, ela vai ter um parto cesáreo. (Profissional 3).

O depoimento de profissionais do contexto privado mais diferenciado foi o do pediatra, que trouxe identificações bastante específicas em relação à humanização do parto, como a necessidade de “cuidar do cuidador” e de aliar o conhecimento técnico com o afeto, enfatizando sempre a necessidade de intervir no caso de necessidades. Sua opinião nesse sentido vai de encontro com o que havia colocado na questão anterior, acerca da inexistência de dissociação entre a humanização e as questões técnicas na sua formação.

Dentre os profissionais do contexto público da assistência, os sentidos relacionados à humanização do parto mais comuns foram o respeito e a percepção da individualidade. Uma crítica ao termo humanização também foi realizada, por uma assistente social e uma pediatra, no sentido que o termo seria inadequado ao que se propõem, uma vez que a assistência obstétrica já é humana, pois é feita por humanos, e ao fato ser colocada como uma condição especial da assistência, quando na verdade deveria ser corriqueira.

Tanto o respeito, como a percepção da individualidade são sentidos relacionados de forma direta a uma sensibilidade dos profissionais em perceber necessidades das mulheres que vão além das necessidades de seus corpos biológicos, embora também os englobe. Essa sensibilidade, no momento do parto, aparece relacionada ao não intervencionismo, a não realização de procedimentos pela rotina, mesmo aqueles tidos como parte da proposta de humanização.

Então, às vezes, por exemplo, eu quero fazer uma massagem, tem gente que não gosta de massagem. Não, mas tem que fazer uma massagem, porque humanizar é você passar o carrinho de massagem? A

pessoa não tá afim, ela não gosta, e aí? Entendeu? Já aconteceu isso. Disse assim ‘olha, eu não quero’, ah, não sei o que, ‘eu não quero’. Então, você tem que respeitar. E deixar, entendeu? Às vezes você tá conversando, sabe, assim, ‘fulana, vamo andar, vamo não sei o que’, ‘não tô a fim’. Aí você fala não sei o que, ela te dá um corte na hora. E aí você já vê, que assim, é individual, é daquela pessoa, ela não gosta, entendeu? Não quer nem que você fale, já te mostrou isso. Então, quer dizer, é você ter essa sensibilidade, pra entender que as pessoas são muito diferentes e tem vontades diferentes. Que aquele é momento muito especial e às vezes fica exacerbado, certas coisas, assim, a pessoa, sei lá, não quer nem interagir, e você tem que respeitar. Mas só que não é todo mundo que sabe. Aí acha que a gente não quer rotina: ‘Não, você tem fazer o exercício com a bola, tem que tomar água, você tem que, sei lá. Não tem. Não tem. Então, humanizar, sobretudo, é não ter regras, é não ter rotinas, entendeu? (Profissional 8).

O depoimento da gineco-obstetra apresenta uma visão de grande abrangência sobre a humanização, na qual coloca que a humanização deveria começar antes da concepção, com a preparação da mulher para saber se ela pode ou não ingressar na maternidade, para saber, antes de ser mãe, o que é ser mulher, gestante e mãe, em suma, saber como a maternidade transformará sua vida para poder decidir se quer ser mãe. Essa visão está relacionada ao trabalho que realiza com adolescentes na UMSSS. Segundo a médica, as adolescentes acham que ter filhos resolverá “o problema da vida” delas, o que não ocorre, acarretando um agravamento das suas condições de exclusão social.

Dessa forma, a humanização do parto implicaria em uma mudança de qualidade na atenção, da gestação ao pós-parto, muito grande. Envolveria, por exemplo, uma atividade de renda para a gestante, para sua realização e para promover a não-dependência do companheiro e da família, um acompanhamento no pós-parto, quando só haveria preocupação com o bebê, um suporte psíquico e médico, um envolvimento da comunidade na proteção e auxílio à mulher grávida e mãe (que receberiam tratamento especial), enfim, seria uma grande mudança do ponto de vista técnico, espiritual e social.

Embora a grande maioria da(o)s profissionais entrevistada(o)s relate que na instituição na qual trabalham a prática da humanização do parto está de acordo com o que pensam sobre o tema, alguns apontam o contrário.

No contexto privado da assistência, há um reconhecimento de que apenas uma parte dos profissionais do corpo hospitalar e de profissionais que utilizam o hospital (como seria o caso de obstetras) possui uma conduta humanizada sendo esse grupo, por vezes, denominado de “equipe”.

Dentre aquela(e)s que referem não haver diferenças entre o que pensam sobre humanização e o que é praticado na instituição, há um reconhecimento de que a instituição dependeria, na questão da humanização, das pessoas que a utilizam, sejam profissionais ou mulheres. A atribuição de responsabilidades sobre a promoção da humanização, e seu emblema contrário, nesse contexto, a cesariana, é uma questão conflitante, não havendo consenso, se o papel principal nesse sentido é da

mulher ou da(o) obstetra.

Dentre aquela(s) que referem haver diferenças entre o que pensam e o que acontece na instituição, são apontadas, principalmente, a questão financeira e a dependência da assistência às decisões do obstetra, levando a uma medicalização. O fato de a instituição visar lucro implicaria em uma série de empecilhos para a promoção da humanização do parto, como se vê no depoimento abaixo.

Porque aqui passa tudo pelo financeiro. (...) A questão é financeira. Essas coisas não dão dinheiro. Essas coisas de humanizar o parto, prestar uma assistência mais humanizada..., mais diferenciada, isso não dá lucro. Não dá retorno financeiro. Então, pra instituição... Pra quê isso? Se é uma empresa, que tem que dar lucro? Eu vejo assim. E, até onde eu entendo e vejo, que não é a minha área, eu também não entro muito, que para a instituição, é o que dá menos lucro. [o parto]. Pra quê que eu vou ficar investindo numa coisa que (?). Então, eu tenho que investir muito naquilo que dá retorno logo. Aí, não faz questão... Qualquer iniciativa sua de melhorar, eles tiram, é abortada, ou desvalorizada. Não dão a mínima. Não dão espaço pra você desenvolver isso. (...) você precisa de uma estrutura da instituição para prestar um serviço diferenciado. Que não basta você só olhar pro profissional que tá ali recebendo, você precisa ter uma estrutura melhor, precisa ter um número maior de funcionários, precisa ter um espaço para treinar os funcionários, até mesmo pra mudar essa questão, da visão dos indivíduos, né. A estrutura física tem que ser diferenciada, você precisa de tempo pra tornar o pessoal mais preparado, pra ter essa visão... E você precisa treinar essas pessoas e você precisa de suporte da instituição pra fazer isso. Se ela barra tudo isso, não dá esse suporte, você fica dando murro em ponta de faca. Apagando incêndio, faz um pouquinho aqui, um pouquinho ali, o outro faz aqui, faz ali, entendeu? A gente vai fazendo as coisas, mas... Você não vê a coisa deslanchando. Porque realmente falta a estrutura, falta o comprometimento de todos os níveis envolvidos. Eu acho que tem que vir lá de cima. Aqui embaixo a gente faz o que pode.

No depoimento de uma enfermeira, também é apontada como empecilho a ausência de ligação entre a instituição e as mulheres, sendo o único vínculo entre ambas a(o) obstetra escolhido pela mulher para assistir seu parto. O curso oferecido às gestantes não seria suficiente para estabelecer o vínculo que possibilitaria uma maior influência da instituição sobre a promoção de um parto humanizado.

No contexto público da assistência a visão que parece estar de pano de fundo às opiniões é da humanização como um processo, uma mudança que se constitui ao longo do tempo, diferente do contexto privado, no qual se tem a visão da existência de um grupo de pessoas que promovem a humanização. Assim, por exemplo, duas profissionais, que declararam ser o praticado na instituição diferente do que pensam sobre humanização, indicam que uma “formação tradicional” esbarraria nesse processo de humanização, dificultando-o, como se pode ver no depoimento abaixo, de uma enfermeira:

Tem alguns profissionais que relutam ainda, porque isso é uma proposta nova, de humanização no parto. E a maioria dos ginecologistas e obstetras são formados na escola tradicional: a mulher tem que

ficar deitada, na posição deitada, ele que manda, tem que cortar, que tudo. Não aceita parto de cócoras, né. Então, muitos profissionais resistiam. E a gente vem com o trabalho de formiguinha, lentamente, tentando mudar essa postura. (Profissional 8).

Mesmo dentre as visões colocadas acima, encontra-se um certo otimismo em relação a esse processo de mudança promovido pela humanização do parto, presente também no depoimento das pessoas que indicam não haver diferenças entre o que pensa sobre humanização e o praticado na instituição, como no caso da assistente social que relata existirem falhas, em virtudes de serem pessoas envolvidas com a proposta, mas que em 99% dos casos a humanização preconizada funcionaria.

No depoimento de dois médicos aparecem questões contraditórias em relação à humanização, tendo ambos respondido que não haveria diferença entre o que pensam sobre humanização e o praticado na instituição. Para a pediatra, essa ausência de diferenças é justificada pelo fato de as rotinas da UMSSS estarem instituídas para a humanização. Essa é uma questão tensa já que, inclusive, anteriormente, foi exposta a opinião de uma enfermeira relatando a humanização como ausência de rotinas. Entretanto, a idéia da rotina, é um elemento tão importante na conduta médica que parece poder ser aplicada a qualquer proposta assistencial. No discurso do gineco-obstetra outra contradição aparece, ressaltada por ele próprio: as recomendações reconhecidas para o parto humanizado podem entrar em conflito com o que as mulheres esperam nos seus partos, inclusive para aquelas que já tiveram filhos em situações mais tradicionais (hospitais convencionais), como se vê em trecho de seu depoimento abaixo:

E até na hora de romper paradigmas é difícil né, principalmente numa hora dessas. Já até aconteceu, ‘Ah que de cócoras é melhor’ aí a paciente dizer, ‘Não! Eu me sinto é um macaco parindo de cócoras’, então aquela paciente ela disse isso, ‘Não, que eu não sou bicho, não sou macaco, nem índio, não sou...’. Porque tá rompendo pra ela valores, então eu tô agredindo do mesmo jeito se eu tiver humanizando, não é verdade? Então quer dizer, que a própria posição do obstetra que põe já na posição tradicional e pode não oferecer... Então alguns vícios que as pessoas trazem e não conseguem romper. Mas isso é uma coisa que a gente tá conseguindo vencer, devagarzinho, mas estamos conseguindo. (Profissional 14).

Sobre a contribuição de cada profissional no momento do atendimento ao parto, houve uma grande diferenciação entre os resultados para os profissionais dos contextos privado e público. Para os primeiros, a referência foi, geralmente, o seu próprio trabalho, sendo comentada sua própria contribuição, enquanto que para os profissionais do público, em primeiro lugar, havia sempre uma referência à distribuição de papéis, sendo que cada um teria uma contribuição específica, mesmo que elas não fossem elencadas, em sua totalidade.

Os profissionais do contexto privado, além de argumentarem acerca da contribuição de cada profissional a partir da própria experiência, o fizeram a partir de indicações normativas, acerca do que determinados profissionais deveriam fazer ou sobre o que deveria acontecer. Assim, por



exemplo, o anestesista enfatizou a necessidade de haver uma maior divulgação do seu trabalho, comentado a iniciativa de criar um ambulatório de anestesia, no hospital.

O papel da(o) obstetra foi colocado como, principalmente, de tranquilizar a mulher, estando em “sintonia” com a equipe. Nessa sintonia, a participação da família é um ponto muito importante, principalmente como expresso pela psicóloga, abaixo. O papel das *doulas* é reconhecido como de auxiliar na transmissão de segurança para a parturiente, amparando-a.

É todo mundo com uma visão diferente do que é o parto. O que significa o nascimento, a chegada de um bebê. Se todos têm essa visão diferenciada, que é um momento especial, que é um momento familiar... A linha de pensamento de todos profissionais envolvidos tem que ser essa. Cada um vai dar sua colaboração, dentro da sua área, com a sua experiência. Mas todos com essa visão, de dar um suporte a essa família que tá nascendo. (...) Não fazem tanta intervenção sem necessidade, promover esse contato imediato, do bebê com sua mãe, com a família, é basicamente isso. Maternidade, parto, é uma coisa muito simples. As instituições é que complicam muito. É tudo muito simples. É lógico que tem as complicações, né. São casos raros. Mas, se simplificasse tudo, você ia ver como é que ia fluir tudo rapidamente. (Profissional 2).

O papel da enfermeira foi lembrado especificamente por apenas uma enfermeira entrevistada, que referiu ser sua tarefa colocar-se no lugar da mãe em trabalho de parto, na realização dos primeiros cuidados com o bebê, no sentido de ter a preocupação de mostrar-lhe o bebê o que é realizado com ele. A outra enfermeira entrevistada não comentou sobre o papel específico de cada profissional, mas que deveria haver um trabalho em equipe no hospital, sendo este valorizado a partir de estímulo financeiro e reconhecimento institucional.

Os profissionais do contexto público partiram, em seus discursos, sobre a especificidade do trabalho de cada profissional, de considerações enfatizando a distribuição de papéis num contexto colaborativo, em que todos contribuiriam com a sua parte. As assistentes sociais e a psicóloga, que não participam da assistência no momento do parto, indicaram outros momentos no qual sua participação poderia ocorrer, como no pré-natal, ou contribuindo para a humanização de outras formas, por exemplo, a partir da sugestão da psicóloga de realizar um trabalho com os profissionais que lidam com as gestantes, segundo ela, profissionais bastante propensos ao stress.

Uma enfermeira e a médica gineco-obstetra falaram, mais especificamente sobre o trabalho de obstetras, enfermeiras e *doulas*. A enfermeira colocou a(o) obstetra como alguém que apenas “avalia” a mulher em trabalho de parto e vai embora. Não fica, portanto, ao seu lado no trabalho de parto e não deveria ficar, coisa que relaciona a concepção de ser o trabalho de parto da própria mulher. Isso contribuiria para que as intervenções ocorressem no momento certo. A conduta não-intervencionista pode até mesmo causar estranheza nas mulheres, que já estariam acostumadas a isso. Outro fator que relaciona é a necessidade de não haver disputas profissionais no momento do

atendimento à mulher.

A obstetra enfatizou com relação ao trabalho de sua categoria o papel de visualização, decisão sobre e realização de intervenções, diante de intercorrências diagnosticadas. Para tanto, as(os) médica(o)s teriam conhecimento técnico e treinamento. Assim, declara que somente sua categoria tem responsabilidades legais, por mais que enfermeiras, por exemplo, tenham assistido todo o parto. Relata “deixar” enfermeiras que querem acompanhar o parto na UMSSS (sendo que uma é enfermeira obstétrica, outra é chefe da enfermagem) o fazê-lo:

E eu deixo não porque o parto é meu, mas porque depois essa responsabilidade vai ser minha, se algo acontecer. Então elas fazem toda assistência e depois também o relato desse parto na casa. Mas quem assina como responsável sou eu. (Profissional 9).

Apesar de relatar que a ênfase na diferenciação de papéis entre médica(o)s e enfermeiras é questão de competências distintas, as competências que cabem às enfermeiras não são esclarecidas, sendo apenas mostrado que elas não teriam conhecimento para enxergar as intercorrências obstétricas rapidamente, demorando mais para dar diagnóstico de necessidades de remoção ou intervenção. É sobre esse aspecto que reside seu argumento sobre a necessidade de médicos nas Casas de Parto.

A enfermeira comenta que, genericamente, o papel da sua classe e também das auxiliares de enfermagem, seria “prestar cuidados”, também, assim como a(o) obstetra, sem ficar o tempo todo ao lado da parturiente. Com relação às enfermeiras, isso se daria em virtude de estarem simultaneamente atuando em vários setores. A única profissional com o papel de permanecer o tempo inteiro, ao longo de todo o trabalho de parto, ao lado da parturiente, na concepção da enfermeira, seria a *doula*. Já, para a obstetra, a *doula* teria um papel diferenciado do que se observa que tem sido sua atuação, no público e no privado. A *doula* deveria ser uma mulher escolhida pela parturiente, sendo conhecida, de seu círculo familiar, pois assim a conheceria melhor e estaria mais apta a reconhecer suas reações no trabalho de parto. Isso destoa da maneira como o papel da *doula* tem sido exercido no público, devido ao fato de não serem escolhidas, e do privado, devido ao fato de serem profissionais, atuando com motivação financeira, o que incitaria alguns conflitos com obstetras, uma vez que, sendo pagas por um trabalho, as *doulas* passariam a querer “mostrar serviço”, dando opiniões e interferindo no trabalho da(o) obstetra.

Sobre as dificuldades de operacionalização da proposta de humanização do parto nas instituições, no contexto privado foi lembrada com maior frequência a questão financeira e no contexto público a questão do compromisso e estímulo dos profissionais.

A questão financeira do contexto privado (enfatizada por três profissionais) traduz-se na invisibilidade da questão da humanização do parto frente à outras demandas mais lucrativas no ambiente hospitalar. Assim, haveria a necessidade, que não é reconhecida, de alocar recursos de

diferentes maneiras (na reforma de ambientes, na contratação de mais profissionais, por exemplo) para o fortalecimento da humanização do parto.

Outros profissionais enfatizaram questões mais particulares como, o anestesista, sobre a dificuldade de encontrar um obstetra (“cirurgião”) que assuma o parto vaginal e a parturiente (“paciente”), uma enfermeira, que relatou a falta de equipes multidisciplinares, a falta do Estado e a inexistência da enfermagem obstétrica, e o pediatra, que relatou a inexistência de uma “porta de entrada” diferenciada para as gestantes no hospital, sendo que a mesma se encontra numa posição diferenciada da posição de doente.

A questão do compromisso e estímulo dos profissionais no contexto público da assistência é a tópica das dificuldades para operacionalização da proposta de humanização do parto, sendo pontuada pela ausência da Secretaria de Saúde no manejo dos profissionais, alocando-os nos espaços institucionais onde gostariam de trabalhar. Assim, o profissional não é estimulado a capacitar-se, participar de cursos e congressos, muitas vezes não trabalha na área que gostaria e não conta com mecanismos que possibilitem a troca de área de atuação ou local de trabalho.

Outro tópico bastante citado foi a dificuldade material do trabalho, sem apresentar, muitas vezes uma condição mínima. Para amenizar essa falta de condições materiais, foi citado que, por vezes, as profissionais da UMSSS realizam cotizações para comprar material necessário (desde termômetros, à aparelhos de ausculta e chuveiro para os banheiros das PPP’s) e também realizam bazares na comunidade, com a renda revertida para tal finalidade.

Outras questões citadas foram: a dificuldade de reunião das pessoas, citada pela psicóloga, a educação profissional voltada para a visualização das partes, não do todo, e a dificuldade de mudar os valores adquiridos nesse tipo de educação, citadas pelo obstetra. Apenas a pediatra declarou achar que não existem dificuldades, devido ao caráter pequeno da UMSSS, que a realização da proposta de humanização do parto dependia de tempo, treinamento e sensibilização. Três profissionais citaram que, mesmo com dificuldades, a humanização do parto ainda seria mais favorecida no contexto público do que no privado, devido à valorização das cesarianas e à dependência da mulher às decisões do obstetra, por exemplo.

É muito mais fácil na pública do que no privado, ou não é não? É muito mais fácil, porque aqui não é pela paciente é mais pelo profissional, porque lá fora, o profissional faz o que ele quer né? Um profissional liberal que tem consultório próprio e ele usa o hospital. Na hora que o hospital começar a incomodar ele muda de hospital e não muda a prática dele. Aqui não, ele é empregado do governo e tem que atender às normas e as diretrizes da instituição. Se dependesse de uma paciente só... mas tem a regra da própria instituição. Então, é aquela pessoa que tem que saber o protocolo e agir de acordo com o protocolo. Então é mais fácil nesse sentido. Mas pra mim o maior empecilho é uma questão de educação, porque a maioria dos profissionais não foram educados pra ter essa visão de humanização, foram educados pra ver a parte e não o todo. (Profissional 14).

### 5.3 – As mulheres e o Parto Humanizado.

Duas questões tematizam mais especificamente a relação entre as mulheres, parturientes e o parto humanizado, pontuadas pela visão dos profissionais sobre suas reações a essa proposta e pela visão do que o parto humanizado pode oferecer às mulheres em termos de seus benefícios.

No contexto privado da assistência as reações das mulheres são vistas como, geralmente, positivas, embora também apareçam nos discursos dos profissionais a visualização da negação ou de um desinteresse pela proposta da humanização, devido implicar na valorização e ao fato das mulheres desse contexto muitas vezes desejarem o parto cesáreo ou com intervenções como analgesia.

Ambas as enfermeiras entrevistadas nesse contexto pontuaram o desejo pela cesariana, elencando, inclusive, não só uma pequena recepção das mulheres ao parto humanizado, mas também à amamentação, que seria prejudicada pela realização da cesariana eletiva. Abaixo, no depoimento de uma enfermeira, ficam pontuadas questões relativas à escolha pela cesariana e pelo desmame rápido do bebê.

Aqui no setor privado, a maioria tá sempre querendo o parto cesáreo mesmo. Pelo medo da dor, pelo desconhecimento do que seja um trabalho de parto, por uma série de outros motivos que eu não sei bem o que é... mas, eu acho que também essa questão da cultura. Nós temos uma cultura de que parto normal não é pra uma pessoa de elite. A gente tem essa cultura. E parto normal é pra quem não pode pagar por uma cesárea. Como a gente tinha, muito mais arraigada, a cultura de que dava o peito quem não tinha dinheiro pra comprar o leite em pó. Hoje isso tá mudando. Hoje, pelas pesquisas, pelos incentivos, pela educação das mulheres, né, isso tá mudando. (Profissional 3).

O anestesista comentou sobre a baixa taxa de realização de analgesia, relacionada com a influência dos maridos, que segundo ele, acham que as mulheres não precisariam disso. O depoimento do anestesista é construído a todo o momento de forma a identificar a proposta de humanização do parto com a realização da analgesia, sempre ressaltando benefícios orgânicos (melhor fluxo placentário para o bebê, poder fazer força à vontade sem ter a limitação da dor, trabalho de parto mais rápido) e outros (maior vínculo mãe-bebê).

O pediatra, a psicóloga e a gineco-obstetra indicaram uma receptividade positiva das mulheres, embora com diferentes gradações. Segundo o pediatra, a recepção é “sempre positiva”, para a psicóloga, a recepção é excelente. Sendo a proposta pouco conhecida, para essa profissional, o tema da humanização geraria uma descoberta e novas expectativas, inclusive para os pais, mas tal vislumbre acaba esbarrando na conduta da(o) obstetra que acompanha a gestante.

Por último, para a gineco-obstetra, há a identificação de uma receptividade à proposta, mas sempre pautada pelo medo do parto vaginal - fruto da falta de conhecimento e das idéias

transmitidas pela mídia. No entanto, a natureza, dando à mulher nove meses de gestação, para a realização de um preparo físico e emocional e o papel da(o)s obstetras seriam os principais responsáveis pela mudança dessa mentalidade.

Para os profissionais do contexto público, a visualização das mulheres sobre a proposta de humanizar o parto é sempre positiva. O principal sentido associado à receptividade positiva é o fato de lá serem “bem tratadas”, com atenção dos profissionais, que consideram sua individualidade. Algumas circunstâncias corroborariam essas condições: o fato de lá as mulheres poderem contar com acompanhante de parto, voltarem para ter próximos filhos na UMSSS e mesmo, “forçar a barra” para ter filhos. A pediatra contou um caso sobre isso, sobre uma mulher que teria gêmeos (sempre um parto de risco pelos bebês que, normalmente, nascem prematuros) e ficou em sua casa até o último momento de proximidade do parto, só então encaminhando-se para a UMSSS.

As “mães de primeira viagem” são especialmente referidas como surpresas pelo atendimento diferenciado da UMSSS e, ao mesmo tempo, passivas, uma vez que aceitariam tudo que lhes é oferecido.

Alguns aspectos negativos não tanto da recepção das mulheres à proposta de humanização, mas de seu envolvimento com ela, também aparecem no discurso dos profissionais. O principal aspecto relacionado é a falta de participação das mulheres nas atividades oferecidas pela UMSSS, entendida como uma questão cultural, como aparece abaixo, no depoimento da psicóloga:

Eu noto que elas não aproveitam bem tudo que é oferecido, isso sim. Os serviços oferecidos. É uma questão a ser pensada, eu tenho uma hipótese de que existe uma questão cultural mesmo e que as pessoas dão importância pra consulta médica. As palestras nem são tão lotadas assim. (...) Mas eu noto assim, que elas não utilizam, não exploram e não valorizam muito essas terapias oferecidas que, são, sem dúvida nenhuma, importantes nessa humanização e na saúde mesmo. A yoga, por exemplo, pouquíssimas vem. É uma médica, ginecologista, gineco-obstetra, e elas não vem. Tem propaganda, nas palestras a gente fala, tem de manhã e tem opção à tarde, e elas não vem. A fisioterapia, uma e outra, vêm. (Profissional 11).

Outros dois aspectos negativos seriam o fato, relatado pela enfermeira, de na entrevista de avaliação<sup>109</sup> as mulheres terem muita dificuldade de criticarem a assistência recebida, principalmente pelos médicos. Segundo a enfermeira isso se daria por as mulheres já esperarem um tratamento intervencionista, inclusive gerando muitas surpresas quando isso não ocorre, e por terem medo de não serem bem tratadas posteriormente, no acompanhamento clínico, já que são a(o)s mesma(o)s médica(o)s que atendem na UMSSS e no Centro de Saúde. Além disso, a gineco-obstetra relata que ouviu reclamações sobre a episiotomia na clínica, único procedimento sobre o qual as mulheres reclamam.

---

<sup>109</sup> Entrevista realizada pelas enfermeiras depois do parto, antes da alta, sobre o que acharam do parto, relatando aspectos sobre o atendimento de todos profissionais da UMSSS.

Sobre os benefícios para as mulheres da proposta de humanização do parto, em geral, tanto no contexto privado quanto no público, foram elencados como aspectos principais: uma boa relação com o bebê, estabelecida precocemente nos primeiros instantes do nascimento, o que denominam de “vínculo”, uma boa recuperação física e o rápido início da amamentação.

No contexto privado da assistência, uma enfermeira ressalta, mais uma vez, a questão cultural das cesarianas, realidade que poderia ser modificada com a possibilidade de as mulheres terem partos vaginais, escolhendo as intervenções que consideram adequadas como exemplificado a partir do próprio caso.

Agora, por exemplo, eu, o meu parto foi normal. Mas, sinceramente, eu prefiro (...) até hoje (...) que eu tivesse tomado uma analgesia, entendeu? Por que eu acho assim, que você não precisa sofrer tanto. Outra coisa, o meu teve, eles fizeram uma lavagem. Então assim, não teve aquela questão de você tá evacuando, a sala empestada de fezes, aquela coisa toda... eu quis fazer isso. E eu acho que todas as mulheres querem. Então isso tem que ser posto pra mulher. Eu acho que, na realidade, o que falta, é a questão da educação mesmo, pra saúde. Não adianta a gente querer oferecer um parto humanizado pra mulher e falar assim ‘olha, que bom que você chegou aqui em trabalho de parto, você vai ter um parto de cócoras’, sendo que pra ela isso é coisa de bicho. Entendeu? É coisa de índio que mora lá na Amazônia, não é coisa de uma pessoa que vem procurar uma assistência hospitalar pra ter um filho. A não ser que ela seja preparada pra isso. Eu acho que no serviço particular é muito complicado esse tipo de coisa. (Profissional 3).

Uma boa relação com o bebê é determinada pelo “vínculo” estabelecido nos instantes que seguem o nascimento, que deve ser proporcionado o quanto antes possível. No caso de parto vaginal, com o bebê ainda ligado à mãe pelo cordão umbilical e no caso de cesariana na sala de recuperação anestésica.

A recuperação física seria uma vantagem do parto vaginal em relação à cesariana, que possui pós-operatório dolorido. Nesse sentido, o parto vaginal proporcionaria à mulher, na proposta da humanização do parto, não só um parto ativo, mas um pós-parto ativo também, como mostra o depoimento da gineco-obstetra, abaixo, contribuindo para o sentimento de “empoderamento” da mulher, que, por sua vez, atuaria em sua recuperação física.

Então assim, a parte da emoção e do contato físico do vínculo dessa mãe e desse bebê, o leite vem mais rápido, de ela está em pé muito mais rápido, de ela poder comer em seguida, beber água, levantar, cuidar do seu bebê, tomar um banho e se sentir outra. ‘Pronto acabou e vamos começar agora a cuidar do bebê’ e, não se recuperar da cirurgia que é a cesariana. Então é isso, do ponto de vista físico é indescritível e, emocional é o mesmo aspecto de que a gente se sente mulher. Eu fui a um congresso, na verdade uma conferência internacional de parto humanizado em dezembro de 2005, no RJ, que eles usaram um termo que eu acho que é muito correto, a mulher se sente *empoderada*. Ela tem o poder, então, assim, eu acho que ela se sente respeitada, aquela coisa de dizer ‘eu consigo mandar no meu corpo e não o que alguém manda-me fazer o que eu não quero fazer’, entendeu? Eu acho que essa é a parte de que virou uma missão quase impossível, a mulher se sente muito vitoriosa,

contra tudo que muita gente dizia. ‘Viu como eu dei conta?’ E do ponto de vista emocional isso é muito bom, muito prazeroso e como eu te disse, geralmente a gente consegue guardar aquela coisa como um momento muito bom, muito gostoso, curtir e, claro que fisicamente é muito mais fácil a recuperação, então. (Profissional 4).

Uma “auto-valorização” da mulher, proporcionada pelo parto humanizado, é citada também pela psicóloga, que relata a importância de preparar a mulher para o caso de necessitar uma cesariana, o que poderia gerar frustrações.

No contexto privado ressalta-se também o depoimento do anestesista que aponta os benefícios da humanização do parto numa perspectiva estritamente médica, considerando a parturiente como “paciente” e mais uma vez, com a analgesia desempenhando um papel preponderante com relação à humanização. A postura ativa da mulher é uma questão conflitante uma vez que é colocada a possibilidade de a parturiente ficar mais ativa por não estar sentindo dor, mas sendo instruída pelos médicos sobre a maneira de como fazer força.

Por outro lado, no parto normal, a paciente reintegra a sociedade rapidamente. Uma das vantagens seria essa, menor risco, o procedimento é menos invasivo e... para o bebê também, né, porque a paciente tá lá, tá interagindo, em pânico, no momento que ela fica sem dor, com a analgesia, a gente observou que, com a analgesia moderna, se a paciente tá sem dor, ela consegue ajudar mais, consegue fazer força na hora certa, às vezes ela não percebe uma contração, mas como agente percebe e pede pra ela fazer força, então ela consegue ajudar. (Profissional 1).

No contexto público da assistência, surgiram algumas considerações específicas. Para a mulher, haveria a possibilidade de sentir-se mais “segura” e ter um parto mais “tranquilo”, o que seria proporcionado por especificidades da UMSSS: as atividades diferenciadas que a unidade oferece às gestantes, citadas pela gineco-obstetra, a possibilidade de contar por alguém próximo, citada por uma assistente social, profissionais treinados para apoiar a amamentação, apoio de enfermeiras, médica(o)s e *doulas* comunitárias durante o trabalho de parto e a inexistência de infecção puerperal, citadas pela pediatra. Também foi elencada, por uma assistente social uma vantagem para os profissionais, que teriam maior “auto-satisfação” no atendimento humanizado às mulheres. Para finalizar, tem-se a opinião do gineco-obstetra, que resume as vantagens de um parto com assistência humanizada, na possibilidade de ter um “parto feliz”, indicando que se ele mesmo tivesse que parir escolheria a UMSSS como local para seu parto.

Eu acho que é um parto feliz. Se eu tivesse que escolher um parto normal, independente de ser hospital publico ou privado eu escolheria aqui. (Profissional 14).

Um aspecto importante que apareceu de forma transversal nos depoimentos fornecidos por profissionais foi a questão da linguagem pela qual a mulher e os próprios profissionais eram referenciados. Ressalta-se o tratamento da mulher como “paciente” pelo anestesista, muitas vezes, inclusive, no masculino, “o paciente”, e o tratamento, por enfermeiras, tanto do contexto público

quanto privado, de sua classe profissional, reconhecidamente em sua grande maioria composta por mulheres, no masculino, “o enfermeiro”.

## **Observações Conclusivas**

A temática central dessa dissertação constitui assunto de grande abrangência e caráter inovador que, não obstante, permite a realização de conexões para com os assuntos mais clássicos das ciências sociais. Nos resultados dessa pesquisa, fica claro como é importante a questão da idéia de natureza, em relação às dinâmicas sociais da proposta do parto humanizado, aparecendo constantemente como ponto de argumentação ambíguo, seja entre a(o)s profissionais que realizam cursos e palestras para gestantes, seja entre as próprias mulheres. O parto e a amamentação são dois processos relacionados de forma ambígua à natureza, uma vez que aparecem simultaneamente como elementos dados na natureza feminina e elementos sobre os quais são necessários aprendizado, informações e treinamento.

A história da assistência ao parto também permanece como uma grande fonte de reflexões para a assistência moderna ao parto já que os conflitos e diferentes percepções sobre o parto que marcaram o passado, ainda se fazem presentes. A esse respeito foi possível observar nos cursos e palestras a forma diferenciada pela qual cada profissional pode lidar com as mulheres em condição de gestantes e parturientes, por meio da linguagem pela qual as consideram e pelo conteúdo de suas narrativas. Assim, como elementos significativos que permitem pensar nos conflitos da atualidade relacionados à assistência ao parto, envolvendo a questão de gênero, viu-se o tratamento de enfermeiras à sua própria classe no masculino e o elemento que se fez presente no discurso do anestesista, ao nomear as mulheres gestantes ou parturientes de pacientes, ora no feminino, ora no masculino.

Por parte da(o)s profissionais, foi possível observar a diferenciação dos papéis de gênero no reconhecimento da influência dos filhos no trabalho. Em ambos contextos, as mulheres profissionais indicaram que o trabalho sofre influência por terem vivenciado a maternidade. No contexto privado, no qual foram entrevistados mais homens, percebeu-se que esses profissionais consideravam a influência de serem pais de maneira mais genérica e não aplicada ao trabalho.

Entre as mulheres do contexto privado da assistência o parto humanizado era planejado, uma



vez que em suas narrativas uma gama articulada de possibilidades existia, mas no interior de suas decisões pelo parto vaginal. Esse planejamento havia sido, muitas vezes, compartilhado com seus companheiros e obstetras. O que contrasta com a situação da instituição na qual participaram de cursos para gestantes, de caráter privado e, portanto, instituição na qual acontecem muitas cesarianas.

Nesse contexto, a proposta de humanização do parto, para as/os profissionais, é tida como de cunho individual, sendo desenvolvida majoritariamente a partir de iniciativas pessoais. Ao longo do tempo, tais iniciativas vão sendo aglutinadas à grupos de profissionais. Como no contexto privado da assistência há um traço fundamental que é a independência da(o) obstetra da instituição, o grupo que é identificado como principal responsável pela proposta de humanização da assistência ao parto na instituição é de pediatras e neonatologistas do Centro Obstétrico. Esse traço fundamental é também um dos principais pontos antagônicos de referência em relação à promoção da humanização, ao lado da problemática das cesarianas eletivas.

Entre as mulheres do contexto público da assistência, o parto humanizado não era conhecido, em contraste com a instituição que realiza acompanhamento de pré-natal. A única mulher que falou algo sobre o que seria um parto humanizado, no contexto público da assistência, foi também a única capaz de elaborar uma crítica à forma como foi assistida no HRAS, hospital onde teve o parto.

Nesse contexto, a proposta de humanização do parto tem caráter institucional, compreendido por meio do discurso das/os profissionais. É promovida pela instituição a partir da formação profissional, a partir de cursos oferecidos a esse público, além das palestras com gestantes e é entendida como um processo de mudança da instituição, levado a cabo desde sua criação. Aqui, os pontos antagônicos de referência em relação à promoção da humanização são o atendimento tido como tradicional – expresso no “deita e cala a boca” – e em menor ocorrência, a identificação pessoal do profissional com a proposta.

Uma marca importante que surgiu nas narrativas das mulheres no contexto público é a da ausência (baseada na negação ou dúvida), uma vez que têm muitas dificuldades para elaborar sobre sua própria subjetividade, exprimindo o que querem e, também posteriormente, o que vivenciaram em seus partos. Elas não sabem e não imaginam o que pode acontecer com seus próprios corpos, como se portassem uma “ausência de subjetividade”.

Quando se tomam as formas imaginativas e narrativas como parte fundamental na constituição da subjetividade, no caso, a subjetividade feminina, fica visível que essa “ausência” é parte de uma construção sócio-política e cultural da exclusão dessas mulheres, na qual diferentes formas de exclusão são somadas: a condição de gênero, racial, e econômica. A esse respeito, é extremamente importante, como um fato que traz um conteúdo simbólico significativo, que a

mulher que perdeu seu bebê, era uma mulher negra.

A “ausência” identificada no contexto público da assistência, enquanto uma ausência de identidade com a proposta de humanização do parto e para consigo mesma, analisada sob a luz do conceito de governamentalidade (Foucault, 2002), coloca questões a esse conceito. Se esta pode ser entendida como o governo de si mesmo, como esse pode acontecer quando parece haver uma ausência da identidade de si mesma? Ou, ao contrário, a governamentalidade estaria tão incrustada nas pessoas a ponto de solapar a possibilidade de uma identidade pessoal para aquelas pessoas, como as mulheres participantes dessa pesquisa, que se encontram dependentes do aparato institucional do Estado?

No contexto privado da assistência, ao contrário, percebe-se a presença de uma identidade individual, baseada na capacidade de construir uma narrativa sobre o “eu” e uma identificação para com a proposta de humanização do parto. No entanto, tal identidade, não culminou, na maioria dos casos, com a realização desejada (o parto vaginal), a realização que criou sentido no interior dessa identidade. A falta dessa realização, entretanto, não é causa de grande mobilização subjetiva, uma vez que passa a ser ressignificada, fundamentando-se, na maior parte das vezes, nas justificativas médicas à cesariana.

A primeira idéia, da humanização do parto, parece ser majoritariamente absorvida como uma idéia coerente com o preconizado cientificamente e moralmente, não como uma possibilidade de vivência feminina, um direito e uma conquista das mulheres pelo seu bem-estar e qualidade da assistência obstétrica recebida. Quando ocorre a cesariana, ao invés do parto vaginal, entretanto, passa a ser identificada com duas justificativas: uma médica e “científica” e outra moral, baseada na primeira, e relativa à urgência do procedimento.

As mulheres do contexto privado, portanto, parecem vivenciar um *ethos* em que a ciência é autoridade, uma ciência incorporada na medicina – que não necessariamente, em verdade, é praticada com base em evidências científicas – o que está relacionado com o processo de medicalização das sociedades ocidentais (Adam e Hertzlich, 2001; Conrad, 1992).

Para as mulheres do contexto público, a medicina parece ser também uma autoridade, mas, se há uma participação nesse *ethos* médico-científico, é marcada pela submissão de suas subjetividades, como são exemplos os fatos mais do que relatados, vivenciados, pelas mulheres dessa pesquisa: antes do parto, a negação e a dúvida sobre o que seria um “bom parto”, no qual se sentissem respeitadas, a certeza e inevitabilidade da dor, o medo, a expectativa de ficar sozinha, e depois do parto, o cumprimento das expectativas, do parto “que tem que ser”, a submissão à vários tipos de intervenções, sem serem informadas, a negação de possibilidades alternativas e de uma assistência de melhor qualidade, uma “normalidade” já internalizada.

Por sua vez, no contexto privado da assistência, a existência de um perfil contraditório em

relação aos tipos de parto, uma condição que já é apontada por várias/os epidemiologistas, a realização de cesarianas excessivas em um contexto no qual, pela qualidade e perfil da assistência da saúde espera-se uma pequena ocorrência – o esperado seria o contrário, um maior número de cesarianas, onde a cobertura de serviços é menor e as condições de saúde mais precárias – permanece prevalente, mesmo quando mulheres estão dispostas a inserirem-se ativamente numa proposta de humanizar seus partos, buscando o parto vaginal.

Considerando os argumentos acima se conclui que a proposta de humanização do parto no DF, na forma como está colocada nos contextos privado e público da assistência obstétrica, com base na realidade com a qual tomou-se contato, ainda necessitaria avançar muito para concretizar-se, promovendo mudanças efetivas na qualidade dessa assistência. Essa proposta tem provocado mudanças que são, no entanto, ainda muito pequenas em relação ao que é preconizado e ao envolvimento social que as mulheres podem ter na direção de seu reconhecimento na condição de gestantes e parturientes.

No caso do contexto privado da assistência, as mudanças provocadas pela proposta de humanização do parto encontram barreiras na percepção de riscos obstétricos pela(o)s obstetras que, fundamentando-se em indicadores reais, científicos ou não, são emblemáticos em relação a proposta de humanização, avessa a realização preventiva de procedimentos cirúrgicos. A existência da insatisfação das mulheres com o parto que tiveram permanece como a sombra da dúvida, pautada na permanente ambigüidade do parto cesáreo nesse contexto, em sua maioria dos casos.

No contexto público da assistência, as mudanças materiais nas relações assistenciais contrastam-se, na velocidade com as quais ocorrem, às humanas: não é possível negar que a CP na qual foi realizada à pesquisa, muito avança qualitativamente ao oferecer mais recursos materiais para as parturientes (suítes de parto, banheiro privativo, bola para exercícios e outros), mas muito seria necessário avançar para que as mulheres percebam, inicialmente, a possibilidade de alternativas assistenciais que *a priori* negam, como a possibilidade de um parto sem dor e com o auxílio do companheiro no pós-parto e segundo, que mais mulheres possam, de fato participar dessa melhora assistencial, sem necessidade de serem removidas para hospitais “tradicionais”, ou que, nesse caso, esses hospitais também sofressem mudanças efetivas em direção à proposta de humanização do parto.

O que parece permanecer, portanto, na assistência obstétrica, mesmo no interior de uma proposta de humanização, é a homogeneização do comportamento feminino por meio dos agentes de saúde, que esperam que a mulher se comporte na direção do parto como “tem que ser”. No contexto público isso está claro e no privado fica pautado na ambigüidade das intervenções obstétricas e do parto cesáreo, frente aos quais, no momento do parto, a mulher deve confiar na opinião médica.

De acordo com a(o)s profissionais entrevistada(o)s na pesquisa, as dificuldades para realização da proposta de humanização do parto no contexto público estão, de forma geral, mais ligadas aos profissionais, como: seu compromisso e estímulo, sua alocação em diferentes setores, e falta de capacitação. Mesmo assim, a proposta de humanização é tida como mais favorecida do que no contexto privado. As dificuldades relacionadas ao contexto privado estão ligadas a questões de cunho institucional, como a necessidade de investimento para humanizar e o fato disso não gerar lucro para o hospital, ou de cunho extra-institucional, extrapolando para questões da configuração dos sistemas de saúde no país ou às atribuições de uma classe profissional, como enunciado a partir da falta do Estado e da inexistência de atuação da enfermagem obstétrica.

Nessa pesquisa ocorreram exemplos de como a condição da parturiente está sempre ligada a uma condição moral, expressa com maior ocorrência, ou mais fácil à percepção, no contexto público da assistência, como nos casos em que uma gestante foi tratada como se tivesse “um filho em cada ano” e no caso no qual uma parturiente, ao reclamar (gritando) da dor dos pontos no local da episiotomia é colocada como “mãe desnaturada”, pois não estaria olhando para seu filho, numa significativa e infeliz brincadeira de um médico.

Para a(o)s profissionais entretanto, a reação das mulheres é identificada como, em geral, positiva, em ambos os contextos. Porém, no privado há a visualização da recusa ou desinteresse pela proposta do parto humanizado e também pela amamentação em função da possibilidade de escolha por intervenções e o tipo de parto. No contexto público há a visualização de uma ausência das mulheres, enquanto participantes ativas do parto, das atividades que a UMSSS oferece no pré-parto e no pós-parto.

Tanto no contexto privado, quanto no público os benefícios da proposta de humanização do parto para a mulher são pontuados pela(o)s profissionais a partir da relação precoce com o bebê (favorecendo a formação do vínculo entre ambos), da recuperação física e do rápido início da amamentação.

Entretanto, as grávidas e parturientes do contexto público da assistência vivenciam o medo da sua sentença de parto: a dor intensa e inevitável, para com a qual não vêm alternativas como as estratégias psicológicas das mulheres do contexto privado, que podem, assim, relativizar a dor e, conseqüentemente, não sentir medo do parto.

Diante dos procedimentos e rotinas médicas, poucos espaços de autonomia e escolhas permanecem para as mulheres. No contexto privado, diante da emergência das cesarianas, pouco resta a fazer além de escolher possíveis acompanhantes. Nos casos em que o desejo do parto vaginal foi atendido, a mulher que desejava um parto natural, sem intervenções, teve que apresentar uma enorme resistência às intervenções obstétricas (mesmo assim, tendo realizado a episiotomia), ao ponto de registrar que sua filha havia nascido “de raiva da ocitocina”. Para a outra mulher, que não

almejava um parto natural, mas vaginal, fica claro que as decisões pelas intervenções que realizou (analgesia, episiotomia) não foram suas, mas da médica que a acompanhava, o que, no entanto, não perturbou sua satisfação.

No contexto público da assistência, no momento do parto, as mulheres sequer são informadas dos procedimentos que realizam em seus corpos, sendo esse (o corpo) o veículo fim da interação estabelecida com os agentes de saúde.

A partir do relatado acima, resulta que, no contexto público da assistência, os agentes de saúde possuem uma responsabilidade redobrada no peso de suas ações e decisões da assistência obstétrica, pelo fato de estarem diante de mulheres de grande vulnerabilidade, cujas subjetividades são profundamente marcadas pela exclusão em que vivem. No contexto privado no qual, ao contrário, as mulheres poderiam ser responsabilizadas pelo tipo de parto que escolhem, as suas decisões sempre dependem, em última instância, nas decisões da(o) obstetra, com a(o) qual estabelecem relação de profunda confiança, resultando, igualmente, em uma grande responsabilidade para os profissionais.

A humanização do parto, como conceito polissêmico e prática social de recente visibilidade na sociedade brasileira e, particularmente, na unidade do DF, permanece como uma grandiosa fonte de estudos e pesquisas, sendo que cabe a criação de uma grande agenda de pesquisas nesse campo, articulada entre numerosas temáticas, como: os diferentes tipos de parto (a realização da cesariana a pedido, por exemplo, no contexto privado, permanece como um dilema ético) e as condições nas quais ocorrem (sendo o parto domiciliar cada vez mais freqüentes entre pessoas que se identificam a proposta do PH), os diferentes agentes de saúde envolvidos (desde as tradicionais parteiras até as modernas *doulas*), as políticas públicas específicas e não específicas relacionadas à assistência ao parto, as diferentes dinâmicas da assistência em saúde nos contextos privado e público da assistência e os modelos de atenção.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAM, P. e HERTZLICH, C. *Sociologia da doença e da medicina*. São Paulo: EDUSC, 2001.
- ALMEIDA, Maria Isabel Mendes de. A “Nova Maternidade”; uma ilustração das ambigüidades do processo de modernização da família. *Saúde, Sexo e educação*. Sociedade Brasileira de Medicina de Reabilitação. Ano VI, número 16, jan-mar 1999, págs. 22-30.
- ALVES, Paulo César e RABELO, Miriam Cristina. Repensando os estudos sobre representações sociais e práticas em saúde/doença. In: \_\_\_\_\_. *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998, p. 107-121.
- ARNEY, William Ray. *Power and the Profession of Obstetrics*. USA, Chicago: The University of Chicago Press, 1982. Especialmente capítulos um e sete.
- BALASKAS, Janet. *Parto Ativo. Guia prático para o Parto Natural*. São Paulo, Ground, 1993, 2ª edição (1ª edição 1989).
- BANDEIRA, Lúcia. *Gravidez e Parto. Desafios e Conquistas*. Brasília: Mundo Melhor, 2002.
- BAUMAN, Zygmunt. *Globalização: as conseqüências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.
- \_\_\_\_\_. *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar

Editor, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Fundação de Atenção Integral à Saúde/Hospital Sofia Feldman. Ministério da Saúde/ Área Técnica da Saúde da Mulher. *Uma mão na travessia. Doulas*. Mimeo, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *BALANÇO DE TRÊS ANOS DO PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL*. 19ª Edição atualizada em 08 de março de 2007. Disponível em: [http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos\\_pdf\\_word/pdf/Balan%C3%A7o%2008%2003%202007.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Balan%C3%A7o%2008%2003%202007.pdf). Acesso em: março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Capacitação para Comitês de Ética em Pesquisa – CEPs*. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 2 v.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 196/96*, de 10/10/1996.

BRASÍLIA. Senado Federal. *Lei n. 11.108*, de 07/04/2005.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo?. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000200014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 de Abril 2007. Pré-publicação.

BERGER, Peter L. e BERGER, Brigitte. Socialização: como ser um membro da sociedade. In: FORACCHI, Marialice M e MARTINS, José de Souza. *Sociologia e Sociedade*. Rio de Janeiro: LTC, 2002.

BERQUÓ, Elza Salvatori. *Saúde e direitos reprodutivos no Brasil: O impacto da conferência do Cairo nas políticas públicas*. Salvador: Musa, 2000.

- BONI, V. e QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *Tese. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*. Vol.2, n. 1(3), jan-jul/2005, p. 68-80.
- BONILHA, Luís R.C.M. e RIVORÊDO, Carlos R.S.F. Puericultura: duas concepções distintas. *Jornal de Pediatria*. Vol. 81, no 1, 2005.
- BOURDIEU, P. *La Misère du Monde*. Paris: Éditions du Seuil, 1993, p. 919.
- \_\_\_\_\_. Gostos de classe e estilos de vida. In: ORTIZ, Renato. (Org.). *Bourdieu*. Coleção Gandes Cientistas Sociais, no. 39. São Paulo: Ática, 1983.
- \_\_\_\_\_. *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983 b.
- \_\_\_\_\_. *Distinction: a Social Critique of the Judgment of Taste*. Cambridge: Harvard University Press, 1984.
- \_\_\_\_\_. *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus, 1996.
- \_\_\_\_\_. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.
- \_\_\_\_\_. et al. *A profissão de sociólogo: preliminares epistemológicas*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- BRENES, Anayansi Correa. História da Parturição no Brasil, Século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 7(2): 135-149, abr/jun, 1991.
- BOLOGNE, Jean Calude. *História do Pudor*. Rio de Janeiro: Elfos; Lisboa: Teorema, 1990.
- BUTTER, Irene H. Premature Adoption and Routinization of Medial Technology: Illustrations from Childbirth Technology. *Journal of Social Issues*, Vol. 49, No. 2, 1993, pp. 11-34.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005.



- CANESQUI, ANA MARIA. Consumo e avaliação dos serviços de saúde. In: SPÍNOLA, Aracy W. de P. et al (orgs.). *Pesquisa Social em Saúde*. São Paulo: Cortez, 1992, p.175-205.
- CARRANZA, María. *De cesáreas, mulheres e médicos: uma aproximação médico-antropológica ao parto cesáreo no Brasil*. Brasília: Departamento de Pós-graduação em Antropologia Social da UnB, 1994, 159 p.(Dissertação, mestrado).
- CARVALHO, José Murilo de. Cidadania, Estadania, consumismo: os impasses da democracia. Em: FRIDMAN, Luiz Carlos (org). *Política e Cultura – Século XXI*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.
- CONRAD, Peter. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* 1992 18:209 – 32.
- COSTA, Ana Maria. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah Hawker. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- COSTA, Ana Maria e AQUINO, Estela. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: Costa et al. *Saúde, equidade e gênero*. Um desafio para as políticas públicas. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.
- DAGNINO, Evelina. Os movimentos sociais e a emergência de uma noção de cidadania. Em: \_\_\_\_\_. *Anos 90: Política e Sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. Culture and Birth: The Technocratic Imperative. *International Journal of Childbirth Education*, 9(2):6-7, 1994.
- DEL PRIORE, Mary. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1993.
- DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004.

- DESLANDES, Suely Ferreira. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005a. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000200017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Abr 2007. Pré-publicação.
- DESLANDES, Suely Ferreira. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005b. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Abr 2007. Pré-publicação.
- DIAS, M.A.B e DESLANDES, S. F. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(1):109-116, jan-fev, 2004.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.
- DINIZ, Simone G. e DUARTE, Ana C. *Parto Normal ou Cesárea? O que toda mulher deve saber (e homem também)*. São Paulo: Editora Unesp, 2004.
- DURKHEIM, Émile e MAUSS, Marcel. Algumas formas primitivas de classificação. In: MAUSS, Marcel. *Ensaio de Sociologia*. São Paulo: Perspectiva, 1981.
- ELIAS, Norbert. *O Processo Civilizador. Volume 1: Uma História dos Costumes*. Rio de Janeiro: JZE, 1994.
- \_\_\_\_\_. *O Processo Civilizador. Volume 2: Formação do Estado e Civilização*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.
- \_\_\_\_\_. *A solidão dos moribundos: seguido de "Envelhecer e morrer"*. Rio de Janeiro: JZE, 2001.
- FADYNHA. *Meditações para Gestantes. O guia para uma gravidez saudável, plena e feliz*. Rio de Janeiro: Sextante, 1999.

FERNANDES, Betânia Maria. Representações femininas do parto normal e da cesárea. In: BRANDÃO, Elaine Reis (Org.). *Saúde, direitos reprodutivos e cidadania*. Juiz de Fora: UFJF, 2000.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

\_\_\_\_\_. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIDDENS, Anthony. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: UNESP, 1991.

GRIBOSKI, Rejane Antonello. *Humanização do parto à luz da bioética: percepções de mulheres e profissionais de saúde*. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2004, 127 p. (Dissertação, mestrado).

HERZLICH, Claudine. A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo de Doença. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 15(Suplemento): 57-70, 2005.

JOLIVET, Regis. *Curso de filosofia*. 20. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1990.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e Representações Sociais. In: GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH (Orgs.). *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

KAUFERT, Patricia A. e O'NEIL, John. Analysis of a Dialogue on Risks in Childbirth: Clinicians, Epidemiologists and Inuit Women. In: LINDENBAUM, Shirley e LOCK, Margaret. *Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine and everyday life*. USA: University of California Press, 1993.

KLEINMAN, Arthur. Biomedicine. In: \_\_\_\_\_. *Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: Univ California Press, 1995.

KUMAR, KRISHAN. *Da Sociedade Pós-Industrial à Pós-Moderna. Novas teorias Sobre o Mundo Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

- LE BRETON, DAVID. A Síndrome de Frankenstein. In: SANT'ANNA, DENISE BERNUZZI DE (org.). *Políticas do Corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.
- LEBOYER, Frederick. *Nascer sorrindo*. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 2003.
- LÉFÈVRE, Fernando. e SPINOLA, Aracy Witt de Pinho. Representação Coletiva: Algumas Notas Metodológicas. In: Aracy Spinola; Marcia Westphal. (Org.). *Pesquisa social em saúde*. São Paulo: Cortez, 1992.
- LEVI-STRAUSS. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- LOURO, Guacira L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, Marta Júlia Marques et al. *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia. Volume II*. São Paulo: EPU, 1974, págs. 211-33.
- MINAYO, Maria Cecília de S. O conceito de Representações Sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH (Orgs.). *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, Técnica e Arte: O desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, Maria Cecília de S. e DESLANDES, Suely F. (orgs). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes Ltda, 1996.
- MONTICELLI, Marisa. *Nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos*. São Paulo: Robe Editorial, 1997.
- MOTT, Maria Lúcia. Uma Parteira Diplomada. *Nossa História*, Ano 2, no 21, p. 28-31, julho de 2005.
- ODENT, Michel. *Gênese do Homem Ecológico*. São Paulo: Tao, 1982.
- PAIM, Heloísa Helena Salvatti. Marcas no Corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, Luis Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel. *Doença, sofrimento, perturbação:*

Perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

PACIORNIK, Moyses. *Parto de cócoras. Aprenda a nascer com os índios*. São Paulo: Brasiliense, 1979.

PINOTTI, J.A. Casas de Parto. [Rev. ginecol. obstet.](#);11(2):65-6, abr.-jun. 2000.

REZENDE, Jorge de. *Obstetricia*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

RODHEN, Fabíola. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

RODRIGUES, Almira. *Práticas Sociais, Modelos de Sociedade e Questões Éticas: Perspectivas Feministas*. Disponível em: [www.cfemea.org.br/publicacoes](http://www.cfemea.org.br/publicacoes), acessado em julho de 2005.

RODRIGUES, Livia P.F. *Dar à luz...Renascer. Gravidez e Parto*. São Paulo: Àgora, 1997.

SALEM, Tânia. O ideário do “Parto sem Dor”: uma leitura antropológica. *Boletim do Museu Nacional*, nº 40, agosto de 1983.

SANTOS, S.M. dos. *Ação participativa, seu desenrolar no parto e nascimento: experiência de um curso para gestantes em um hospital universitário*. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2003, 131 f. Dissertação (mestrado).

SAFFIOTI, Heleieth. Gênero e patriarcado: violência contra as mulheres. In: VENTURI, G., RECAMÁN, M. e OLIVEIRA, S. *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SCAVONE, Lucila. *Dar a vida e cuidar da vida. Feminismo e ciências sociais*. São Paulo: Editora Unesp, 2004.

SERRUYA, Suzanne Jacob et al. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004a. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-)

311X2004000500022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 Abr 2007.

SERRUYA, Suzanne Jacob et al. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* Recife, v. 4, n. 3, 2004b. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292004000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Abr 2007.

SEPÚLVEDA, MARIA ALÍCIA CARRILLO. Casas de Parto. S.d. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/casas-parto.htm>. Acesso em março de 2007.

SEVILHA, Sílvia. *Relatório de pesquisa. Plano de trabalho: o Centro Obstétrico e a Maternidade. A etnografia do parto no âmbito de um hospital da rede pública.* Projeto de pesquisa: Olhares Institucionais sobre as Violências e Conflitos Interpessoais e Intrafamiliares: Uma perspectiva comparada entre o Sistema de Saúde e o Sistema Policial. Universidade de Brasília. Centro de Estudo Avançados Multidisciplinares – CEAM e Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher – NEPeM. Período de março de 2002 a março de 2004.

SILVA, João Luiz Pinto et al. A qualidade do pré-natal no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2005, vol. 27, nº 3, p. 103-105.

SILVA, Patrícia F. da e WAISSMANN, W. Normatização, Estado e a saúde: questões sobre a formalização do direito sanitário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (1): 237-244, 2005.

SOARES, Luiz Eduardo. Religioso por Natureza: cultura alternativa e misticismo ecológico no Brasil. In: \_\_\_\_\_. *O Rigor da indisciplina(o)*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

TANGRI, S.S. e LEVITIN, T.E. Introduction: an Entrée for Social Scientists. *Journal of Social Issues*, Vol. 49, No. 2, 1993, pp. 1-10.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

TERBORN, G. *Sexo e Poder: a família no mundo, 1900-2000*. São Paulo: Contexto, 2006.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev. Estud. Fem.*, Jul 2002, vol.10, no.2, p.483-492.

\_\_\_\_\_. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2003, vol.19, suppl.2, p.419-427

\_\_\_\_\_. *Parto e Poder: análise do movimento pela humanização do parto no Brasil*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2004. Tese (Doutorado)

TUBERT, Silvia. *Mulheres sem sombra*. Maternidade e novas tecnologias reprodutivas. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1996.

VAITSMAN, Jeni e ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A Medicalização do Corpo Feminino. In: GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah Hawker. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

WIKIPÉDIA. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Casas de Parto. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Casas\\_de\\_parto&oldid=5644211](http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Casas_de_parto&oldid=5644211)>. Acesso em: 14 Abr 2007.

WHITE, Kevin. The sociology of Health and Illness. *Current Sociology*; The Journal of the International Sociological Association. Vol. 39, no. 2, autumn 1991. Chapter 4: Feminist approaches to the sociology of health.

# ANEXOS



## Anexo I

### Pesquisa Humanização do Parto no Distrito Federal – Casa de Parto de São Sebastião

**Pesquisadora responsável: Ticiane Ramos Nonato**

Cara Gestante,

Você será convidada a participar de uma pesquisa sobre a humanização do parto no Distrito Federal. Para que seja possível entrar em contato com você após esta reunião, peço, por favor, que preencha este formulário. OBRIGADA!

Nome	Telefones	Idade	Número de gestações	Número de partos	Núm. de filhos	Núm. de partos normais	Núm. de partos cesáreos	Idade gestacional (semanas)

## Anexo II



### Programa de Pós-Graduação em Sociologia – PPGS/Universidade de Brasília Pesquisa Humanização do Parto no Distrito Federal

Cara Gestante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Humanização do Parto no Distrito Federal”. Seu apoio poderá auxiliar o entendimento de como políticas públicas de saúde podem melhorar as relações entre o sistema de saúde e as gestantes no DF. De acordo com as informações fornecidas, algumas gestantes serão convidadas para participar de outra etapa da pesquisa. Para participar, basta preencher o formulário anexo. Todas as informações fornecidas são confidenciais, sendo utilizadas apenas para fins de pesquisa. Essa pesquisa conta com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do DF – CEP/SES/DF e do Hospital. Mais informações poderão ser fornecidas nos contatos: [ticianarn@yahoo.com.br](mailto:ticianarn@yahoo.com.br), 3340- 62 47 (tel. residencial), 8133- 9581 (tel. celular) ou no próprio CEP/SES/DF, 3325- 4955. Agradecemos muito a sua participação! ☺

*Ticianara Ramos Nonato – Responsável pela pesquisa*  
*Socióloga – Especialista em Saúde Pública – Mestranda em Sociologia/UnB*



Nome: \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Tempo de Gestação: \_\_\_\_\_ (semanas) ou \_\_\_\_\_ (meses)

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Esta é sua primeira gestação? ( )Sim ( )Não, essa é minha \_\_\_\_\_(completar) gestação.

Se esta não é sua primeira gestação, qual foi o tipo de parto das gestações anteriores?

\_\_\_\_\_

Nesta gestação, qual tipo de parto você espera ter? Porquê?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Você está realizando alguma preparação específica para o parto? ( )Sim ( )Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_(completar)

Nome da(o) Ginecologista/Obstetra que está acompanhando a gestação:

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Nome: \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Tempo de Gestação: \_\_\_\_\_ (semanas) ou \_\_\_\_\_ (meses)

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Esta é sua primeira gestação? ( )Sim ( )Não, essa é minha \_\_\_\_\_(completar) gestação.

Se esta não é sua primeira gestação, qual foi o tipo de parto das gestações anteriores?

\_\_\_\_\_

Nesta gestação, qual tipo de parto você espera ter? Porquê?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Você está realizando alguma preparação específica para o parto? ( )Sim ( )Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_(completar)

Nome da(o) Ginecologista/Obstetra que está acompanhando a gestação:

\_\_\_\_\_

### Anexo III

## Pesquisa Humanização do Parto no Distrito Federal – Entrevistas Pré-Parto com Mulheres

**Apresentação:** Olá, meu nome é Ticiane e gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa sobre Humanização do Parto no DF. A sua participação na pesquisa seria a partir de duas entrevistas (antes e depois do parto) e, se possível, da observação do seu parto, o que não é obrigatório. A Sra./Você poderia ler ou gostaria que eu lesse para Sra./Você (se perceber constrangimento em ler) esse TERMO DE CONSENTIMENTO (mostrar)? Ele contém todas as informações necessárias sobre a participação nessa pesquisa. Em caso de recusa, agradecer.

### A) Dados Pessoais (Para identificação da participante apenas na pesquisa)

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Local de moradia:  São Sebastião  Outros. Qual? \_\_\_\_\_

Qual é seu grau de instrução?  Sem instrução  Alfabetização  
\_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_ Grau

Qual é sua religião? \_\_\_\_\_

Qual é sua cor? \_\_\_\_\_

Qual é seu estado civil? \_\_\_\_\_

Multiparidade:  Primípara  Multípara/ nº de filhos vivos \_\_\_\_\_

#### Se multípara:

--- Como foi cada parto (vaginal, cesáreo)? Listar:

### B) Questões

Com quanto tempo de gestação a Sra./Você começou o pré-natal? Onde?

Como ficou sabendo deste curso para gestantes?

O que a Sra./Você achou do curso? Explorar: Havia muitas informações que a Sra./Você já sabia ou muitas informações novas?

-- Alguns itens importantes: linguagem, infra-estrutura, empatia/relação com palestrantes, acolhimento, etc.

-- Pedir exemplos.

O que a Sra./Você achou mais importante no curso?

A Sra./Você poderia me dizer o que foi falado sobre "humanização do parto", "humanização do nascimento"?

No seu entendimento, o que seria essa "humanização"?

Como a Sra./Você poderia me explicar o que acontece no momento do parto? Como acontece um parto?(Explorar percepções/representações sobre parto).

Como a Sra./Você imagina que será seu parto?

-- Alguns itens: pessoa acompanhante, reações, reações corporais, forma de lidar com sofrimento/a dor, etc.

9. Finalização: comentários adicionais e agradecimento.

## Anexo IV

### Pesquisa Humanização do Parto no Distrito Federal – Entrevistas Pós-Parto com Mulheres

**Apresentação:** Recordar primeira entrevista. Estou aqui para que possamos completar a terceira parte da pesquisa (explicar). Em primeiro lugar parabéns pelo bebê e obrigada pela disponibilidade.

#### A) Dados Pessoais

Nome: \_\_\_\_\_

#### B) Questões

1. Na primeira entrevista, eu perguntei à Sra. Você sobre como a Sra./Você imaginava que seria o seu parto (recordar informações pessoais). A Sra./Você diria que essa expectativa foi correspondida? Ou o parto foi diferente do que imaginava? (Abrir espaço para falar que o parto foi igual à expectativa em alguns aspectos e diferente em outros).
2. Na primeira entrevista, eu perguntei à Sra./Você sobre o que a Sra./Você havia escutado falar no curso para gestantes sobre “humanização do parto” ou “humanização do nascimento” e também a sua opinião sobre esse assunto (recordar informações pessoais). Pensando em tudo isso, a Sra./Você considera que teve um parto humanizado.
3. Se não, por quê?
4. Se sim, algo poderia ainda ficar melhor?
5. Quem prestou assistência à Sra./Você durante o seu parto? (citar possíveis profissionais como: obstetra, enfermeira, doula, etc.)
6. Como foi a participação de cada um desses profissionais?
7. O que mais lhe agradou durante o trabalho de parto (com relação à assistência prestada)?
8. O que mais lhe desagradou durante o trabalho de parto (com relação à assistência prestada)?
9. Como foi a assistência recebida pela Sra./Você no Pós-parto?
10. A Sra./Você gostaria de acrescentar algo mais sobre esse assunto?
11. Finalização: comentários adicionais e agradecimento.

## Anexo V

### Pesquisa Humanização do Parto no Distrito Federal – Entrevista com Profissionais

**Apresentação:** Olá, meu nome é Ticiane e gostaria de convidá-la(lo) a participar de uma pesquisa sobre Humanização do Parto no DF. A sua participação na pesquisa seria a partir de uma entrevista e, se possível, da observação do seu trabalho, durante o acompanhamento de algum parto no qual o(a) Sr.(a)/Você esteja prestando assistência. O(a) Sr.(a)/Você poderia ler o TERMO DE CONSENTIMENTO (mostrar)? Ele contém todas as informações necessárias sobre a participação nessa pesquisa. Em caso de recusa, agradecer.

#### A) Dados Pessoais (Para identificação da(o) participante apenas na pesquisa)

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M

Profissão: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Anos de Profissão: \_\_\_\_\_ Tempo na Instituição: \_\_\_\_\_

Local de moradia: \_\_\_\_\_ Qual é sua religião? \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Tem filhos(as)? \_\_\_\_\_ Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

#### B) Questões

13) Em primeiro lugar, gostaria que me contasse um pouco da sua trajetória pessoal e profissional. Porque tornou-se -----(profissão)? Como foi sua formação? (Se mais técnica, humanista, explorar, local). Se teve filhos, acha que a própria experiência contribui de alguma forma para o trabalho? Etc.

14) Seguindo essa trajetória profissional, gostaria que comentasse como começou seu trabalho nessa instituição.

##### Comentário introdutório: SOMENTE PARA CASA DE PARTO

Essa instituição é especialmente voltada (Casa de Parto) para humanização do parto (comentar um pouco as políticas que a originaram). Assim, gostaria de perguntar algumas questões especificamente sobre esse tema.

##### Comentário introdutório: SOMENTE PARA HOSPITAL

Essa instituição possui uma sensibilidade com relação à questão da humanização do parto (comentar um pouco como isso é visível). Assim, gostaria de perguntar algumas questões

especificamente sobre esse tema.

- 15) Como o(a) Sr.(a)/Você enxerga a questão da humanização do parto nessa instituição? Como foi o seu contato com ela (favorabilidade, indiferença ou resistência)?
- 16) O que seria pra o(a) Sr.(a)/Você uma proposta de humanização do parto e nascimento?
- 17) O (a) Sr.(a)/Você vê alguma diferença entre a sua maneira de pensar sobre a humanização do parto e nascimento e o que é promovido na instituição? (Por ex.: com relação à definição de humanização, à sua operacionalização, etc.)
- 18) Como o(a) Sr.(a)/Você pensa que cada profissional (citar profissionais envolvidos NA instituição) pode contribuir para a promoção da humanização? (Lembrar das doulas).
- 19) Quais são as maiores dificuldades de operacionalização de uma proposta de humanização do parto ou nascimento numa instituição como essa (ressaltar caráter público ou privado)?
- 20) Como tem sido a recepção das mulheres à essa proposta, na sua percepção? (ressaltar especificidades dos contextos público ou privado da assistência, perguntar por elas)
- 21) O (a) Sr.(a)/Você vê, na sua experiência, vantagens para o trabalho de parto de mulheres acompanhadas por profissionais humanizados? Quais?
- 22) Gostaria de acrescentar algo com relação a esse assunto?
- 23) Finalização: comentários adicionais e agradecimento.



## Anexo VI

### O Trâmite Ético da Presente Pesquisa.

Após a aprovação do projeto desta dissertação, defendido em seis de abril de 2005, o mesmo foi preparado de acordo com as normas e exigências da Resolução 196/96 e da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. Começava aí uma jornada de seis meses até a aprovação do projeto pelo CEP SES/DF.

Inicialmente, o CEP SES/DF exigiu que o projeto fosse aprovado naquele mesmo comitê. Não foi possível submeter o projeto de pesquisa ao CEP da Universidade de Brasília, pois havia uma instituição da SES/DF participando da pesquisa. Se fosse possível isso, provavelmente a aprovação do projeto teria sido mais rápida. Embora, pela Resolução 196/96 esta exigência não esteja expressamente determinada, os itens um e dois da sétima seção permitem a prática.

Posteriormente a esse primeiro impecilho, houveram outros, a impedir a rápida aprovação do projeto junto ao CEP da SES/DF e, conseqüentemente, o início da coleta de dados. O CEP SES/DF exige que antes do projeto ser encaminhado, ao seja, antes que entre efetivamente no trâmite do CEP, seja assinado – uma assinatura no formulário padronizado pelo MS (“folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos”) que vem após a folha “Requerimento para Parecer”, padronizada pela SES/DF – pelo diretor da DIPAS/SAS/SES/DF – Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde/Subsecretaria de Atenção à Saúde/SES/DF. Aliás, a assinatura não basta, são necessários assinatura e carimbo, de forma absolutamente legível.

Após essa primeira assinatura ainda é exigida a assinatura do “Termo de Concordância”, por cada instituição participante da pesquisa, de acordo com formulário próprio estabelecido pelo CEP da SES/DF. Esse processo demorou cerca de três meses.

Na UMSSS, houve uma dificuldade em encontrar com a pessoa responsável pela diretoria da instituição (mesmo após idas à UMSSS e telefonemas). Após um primeiro contato telefônico, todos os documentos pertinentes à pesquisa, bem como o “Termo de Concordância” foram deixados em poder da pessoa responsável, para que se informasse sobre a pesquisa e emitisse um parecer. Inclusive, foi exigido que fossem entregues os roteiros das entrevistas a serem realizadas com as/os profissionais e gestantes. Ocorreu, então, uma pausa em todo esse processo, em virtude do período de festas e férias (da pessoa responsável). Após um telefonema<sup>110</sup>, a pessoa responsável solicitou que marcássemos uma conversa, na qual ela (a pessoa) deixou claro que deveria responder suas

---

<sup>110</sup> Os telefonemas entre eu (a pesquisadora responsável) e a CPSS foram sempre realizados de minha parte, com a exceção de um surpreendente retorno à marcação de uma entrevista com a responsável pela diretoria da instituição (e da Regional de Saúde de São Sebastião) no período de conclusão da pesquisa, em 2007 (após a mudança de diretoria, em virtude do novo governo).

dúvidas sobre a pesquisa. Com toda ansiosa preparação para esse encontro que a solicitação ocasionou, e a delonga do processo, foi extremamente frustrante, chegada sua hora, ouvir da pessoa responsável apenas “Onde é que eu tenho que assinar?”.

No HP houve uma maior receptividade em relação à assinatura do “Termo de Concordância”, ao menos por parte do contato inicial com os profissionais responsáveis pelo Centro Obstétrico – CO, no qual se realizam as atividades direcionadas à ginecologia e obstetrícia, área da pesquisa. No entanto, a organização burocrática do HP conseguiu ser ainda mais complexa do que a da UMSSS, em relação ao atendimento dessa demanda. Foi estabelecido, pela diretoria, que o “Termo de Concordância” deveria ser assinado pelos responsáveis de todas áreas profissionais em atividade no CO, isto é pelas chefias de Neonatologia, Enfermagem Obstétrica e coordenação geral de enfermagem, antes da assinatura final de um dos sócios-administradores, membro direto da diretoria geral. O tempo desse processo foi ainda multiplicado por dois em virtude do primeiro “Termo de Concordância” após entregue ter sido perdido.

Finalmente, o projeto de pesquisa foi recebido para apreciação no CEP SES/DF em vinte e três de fevereiro de 2006. Uma vez no trâmite do CEP, o projeto enfrentou ainda a fila de projetos em espera para julgamento. Esse foi julgado na reunião do CEP somente em três de abril, na qual foi aprovado com pendências (a/o pesquisadora/dor recebe uma carta com o “parecer consubstanciado”), o que significava que não teria atendido plenamente os requisitos da Resolução 196/96, implicando na necessidade de encaminhar o atendimento à essas pendências para que fosse novamente considerada a aprovação do projeto.

Os dois itens inclusos na carta como pendências foram a não apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para os profissionais que seriam entrevistados na pesquisa e a necessidade de exclusão do item no qual era permitido o fornecimento dos dados da pesquisa para outros pesquisadores após seis meses do término da pesquisa. Além disso, foi solicitado a partir de informações fornecidas por telefone que fosse esclarecido no projeto o conceito de “doula”. Tanto essa solicitação por telefone (constando em nota de rodapé), quanto o primeiro item das pendências (constante em anexo) já estavam, entretanto, contemplados no próprio projeto entregue para apreciação. Finalmente, em onze de abril, o projeto foi considerado aprovado, o que permitia o início da coleta de dados.

Com relação à ética na pesquisa em ciências sociais é importante considerar a falta ou ausência dos sociólogos do Brasil, nesse sentido. Tanto a Sociedade Brasileira de Sociologia – SBS, fundada na década de 1930, quanto a Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais – ANPOCS, fundada em 1977, não contam com um código de ética<sup>111</sup>. Apenas a Associação

---

<sup>111</sup> Todas as informações citadas aqui foram retiradas dos sites das instituições, em janeiro de 2007.

Brasileira de Antropologia – ABA, o possui. Tal código poderia servir de exemplo para que um código de ética dos sociólogos ou cientistas sociais brasileiros fosse elaborado, em respaldo, também aos códigos de ética de organismos internacionais importantes para a classe, como a Internacional Sociological Association – ISA e a American Sociological Association – ASA<sup>112</sup>.

Embora não seja adequado nesse espaço reduzido de considerações metodológicas discutir amplamente a questão da ética em pesquisa nas ciências sociais, cabem algumas breves e importantes considerações. Em primeiro lugar, é importante afirmar que é de total importância e significância que as pesquisas do campo de atuação das ciências sociais sejam orientadas eticamente, tanto para a proteção dos sujeitos participantes das pesquisas quanto para a proteção dos próprios cientistas sociais. Entretanto, isso deve ser feito também com base em procedimentos ou rotinas das instituições nas quais as pesquisas tem origem, que seguem uma burocracia própria das instituições de ensino superior brasileiras.

Não se trata aqui de evocar “reticências de tipo corporativo” (Schramm, 2004) a respeito do debate entre a possibilidade de “juízo” ou apreciação ética homogeneizadas de pesquisas nas áreas de ciências sociais e ciências da saúde. Porém, a aceção de que a diferença epistemológica e metodológica entre tais áreas não implica em substantiva diferenciação moral, posição defendida por Schramm (op.cit.) e que dá margem para que se considere que a apreciação ética é igual a apreciação bioética, pode esbarrar em sérias consequências práticas para pesquisas de cientistas sociais, principalmente se, repentinamente, todos pretendessem seguir as exigências da Resolução 196/96, que generaliza a necessidade de apreciação em CEP para todas as pesquisas envolvendo seres humanos, como colocado acima.

Há muito ainda a ser considerado acerca dessa discussão, entretanto, tais questões devem ser consideradas como urgentes, em virtude da sua implicância direta na produção científica brasileira de ciências sociais. A própria Resolução 196/96, deixa, por exemplo, margem para que sejam instituídos CEPs em instituição ligadas à pesquisa<sup>113</sup>.

---

<sup>112</sup> A ASA conta com um código de ética de cerca de trinta páginas.

<sup>113</sup> Isso pode ser exemplificado pelo item primeiro da sétima seção da Resolução 196/96: “As instituições nas quais se realizem pesquisas envolvendo seres humanos deverão constituir um ou mais de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme suas necessidades.” (Brasil, 2006, v.2, p. 173).





GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Carta  
Nº 302/2006 -CEP/SES-DF

Brasília, 11 de abril de 2006.

Senhor (a)  
Ticiania Ramos Nonato  
SQN 415 Bl. G Apt. 204  
Brasília - DF  
70878-070

Assunto: encaminhamento do Parecer 049/2006.

Senhor (a) Pesquisador (a),

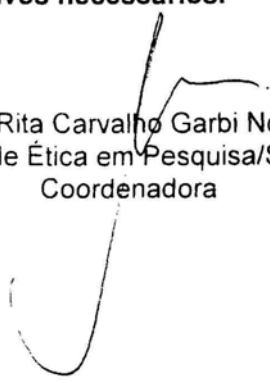
Encaminhamos a V. Sa. o Parecer Nº 049/2006 referente ao projeto de pesquisa **“Humanização do parto no Distrito Federal”** aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa, por dois anos.

Na oportunidade, destacamos os Incisos IX.1 e IX.2 da Resolução 196/96 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto.

Informamos que será encaminhada correspondência à Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde (DIPAS) e à Direção do (a) DIPAS/SES, para conhecimento da aprovação do projeto.

**Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à unidade de saúde devem seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao diretor da unidade de saúde para os procedimentos administrativos necessários.**

Atenciosamente.

  
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
Coordenadora

*Brasília – Patrimônio Cultural da Humanidade*



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**PARECER Nº 049//2006**

**Processo Nº:** 025/06

**Projeto de Pesquisa:** Humanização do parto no Distrito Federal

**Data de Entrada:** 23/3/2006

**Pesquisador Responsável:** Ticiania Ramos Nonato

**Instituição Pesquisada:** DIPAS/SES


**Área Temática Especial:** Grupo III (não pertencente a área temática especial), Ciências da Saúde.

**Validade do Parecer:** 11/4/2008.

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifestou-se pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa proposto.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar a este Comitê relatórios parciais e final, além de notificação de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 11 de abril de 2006.

  
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
Coordenadora

*Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade*

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Fone 325-4955 - Fone/Fax 326-0119 - e-mail [cepesedf@saude.df.gov.br](mailto:cepesedf@saude.df.gov.br)  
SMHN - Q 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP 70 710-904



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Carta  
Nº 300/06 - CEP/SES

Brasília, 11 de abril de 2006.

**Ilmº. Senhor**

José Ribamar Malheiros  
Diretor da DIPAS  
SIA Trecho 1, Lotes 1730-1760  
Brasília-DF

C/C: Casa de Parto São Sebastião – Hospital Santa Lúcia.

**Assunto: aprovação projeto de pesquisa 025/06– CEP/SES/DF**

Senhor (a) Diretor (a),

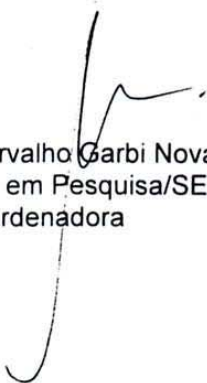
Participamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa "**Humanização do parto no Distrito Federal**" foi aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa em 11/4/2006, por um período de 2 anos, em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Pesquisador responsável: **Ticiano Ramos Nonato**

O pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à unidade de saúde devem seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao diretor da unidade de saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente.

  
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
Coordenadora

*Brasília-Patrimônio Cultural da Humanidade*

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MULHERES)

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa ou desistência você não será penalizada de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS – SES/DF no telefone 3325 4955.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

#### Título do Projeto: Humanização do Parto no Distrito Federal

Pesquisadora Responsável :Ticiania Ramos Nonato – Socióloga e Especialista em Saúde Pública.  
Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): 3340-6247 ou 8133- 9581.

O objetivo dessa pesquisa é observar mudanças nas relações entre usuárias e profissionais da assistência ao parto no DF, nos contextos público e privado, em decorrência da humanização da assistência ao parto. As participantes serão entrevistadas e as gestantes que consentirem, terão seu parto acompanhado pela pesquisadora, para realização de observação. A pesquisa se destina à conclusão de uma dissertação de mestrado.

Não há nenhum risco envolvido na pesquisa, bem como nenhuma despesa.

A pesquisa poderá contribuir para o melhoramento das políticas de saúde voltadas para assistência ao parto.

O período da pesquisa é de aproximadamente três meses, pretendendo-se nesse tempo realizar duas entrevistas (pré e pós parto) e a observação no momento do parto. É garantido o sigilo absoluto sobre os dados oriundos da pesquisa, sendo que os nomes das participantes não serão em momento algum citados (documentos oriundos da pesquisa). Às participantes, é reservado o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/ assistência usual nessa casa.

Ao final da pesquisa, todos sujeitos participantes poderão acessar os resultados, bem como solicitar esclarecimentos sobre eles.

Ticiania Ramos Nonato (RG 1961804/CPF 718858971-20) \_\_\_\_\_

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, \_\_\_\_\_, RG/ CPF/ n.º de prontuário/ n.º de matrícula \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Humanização do Parto no Distrito Federal, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Ticiania Ramos Nonato sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como a inexistência de riscos e os benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência.

Local e data \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.**

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS)

Você está sendo convidada(o) para participar, como voluntária(o), em uma pesquisa. Após ser esclarecida(o) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa ou desistência você não será penalizada(o) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS – SES/DF no telefone 3325 4955.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

#### Título do Projeto: Humanização do Parto no Distrito Federal

Pesquisadora Responsável: Ticiania Ramos Nonato – Socióloga e Especialista em Saúde Pública.  
Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): 3340-6247 ou 8133- 9581.

O objetivo dessa pesquisa é observar mudanças nas relações entre usuárias e profissionais da assistência ao parto no DF, nos contextos público e privado, em decorrência da humanização da assistência ao parto. As(os) participantes serão entrevistadas(os) e observados em suas práticas profissionais (somente aqueles presentes nos partos acompanhados ou cursos para gestantes). A pesquisa se destina à conclusão de uma dissertação de mestrado.

Não há nenhum risco envolvido na pesquisa, bem como nenhuma despesa.

A pesquisa poderá contribuir para o melhoramento das políticas de saúde voltadas para assistência ao parto, no escopo da humanização.

O período da pesquisa é de aproximadamente três meses, pretendendo-se nesse tempo realizar uma entrevista (se necessário, poderá haver complementação). É garantido o sigilo absoluto sobre os dados oriundos da pesquisa, sendo que os nomes das(os) participantes não serão em momento algum citados (documentos oriundos da pesquisa). Às(aos) participantes, é reservado o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo.

Ao final da pesquisa, todos sujeitos participantes poderão acessar os resultados, bem como solicitar esclarecimentos sobre eles.

Ticiania Ramos Nonato (RG 1961804/CPF 718858971-20) \_\_\_\_\_

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, \_\_\_\_\_, RG/ CPF/ CRM \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Humanização do Parto no Distrito Federal, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Ticiania Ramos Nonato sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como a inexistência de riscos e os benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos.

Local e data \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.**

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

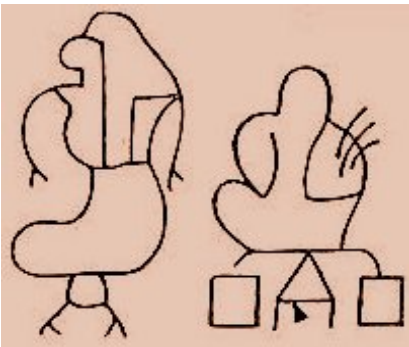
## Anexo VII

Algumas imagens históricas sobre a temática da assistência ao parto.

Fonte: Todas imagens e indicações históricas foram retiradas do site: [www.amigasdoparto.com.br](http://www.amigasdoparto.com.br), com exceção daquelas com indicação bibliográfica.

### Imagem 1

*Hieróglifos exprimindo "parturição" (Povos Egípcios, cerca de 6.000-7.000 anos A.C.).*



### Imagem 2

*Deusa da Fertilidade (6.500-5.700 ac) no ato de parir. Turquia central. Museu arqueológico de Ankara.*



### Imagem 3

*Figura dourada de Mãe-Filho da Mesopotâmia (1.400-1.200 ac) como imagem de fertilidade.*



### Imagem 4

*Figura da América Pré-Colombiana: a deusa asteca Tlazolteotl (da terra e do iluminismo) parindo (REZENDE, 1998).*



### Imagem 5

*Ilustração do manuscrito iraquiano de Makomad, de Hairiri Meschki (1.237) mostrando o parto de cócoras com o auxílio de parteiras, com o marido também sendo "auxiliado".*



### Imagem 6

*Ilustração da obra de Rösslin, representando um parto de 1513.*



### Imagem 7

*Parto no século XVII, segundo A. Boss. (REZENDE, 1998).*



### Imagem 8

*Ilustração de um livro do final do século 19.*



## Anexo VIII

Tabelas apresentadas por Willian R. Arney.

Tabela 1 - Características da Assistência Obstétrica em três períodos históricos<sup>114</sup>

	<b>Período Pré-profissional (até o fim do século 19)</b>	<b>Período Profissional (1890-1945)</b>	<b>Período de Monitoramento (Pós segunda guerra mundial)</b>
<b>Metáfora e lógica</b>	Nascimento como mistério; Ordem aristotélica.	Corpo como máquina; Racionalidade científica.	Corpo como sistema aberto de comunicação; Ordem ecológica/teoria de sistemas.
<b>Conceitualização da Gravidez</b>	Normal / anormal	Potencialmente patológico; Categorias dicotômicas ainda aplicáveis mas fronteiras não estão claras.	Gravidez como processo; Duas dimensões de nascimento: psicológica e fisiológica.
<b>Divisão do trabalho</b>	Relação simbiótica entre parteira e atendente obstétrica; Parteiras atendem partos normais Barbeiros-cirurgiões e obstetras atendem partos anormais; Termos controlados pela parteira.	Termos controlados pelo especialista obstetra; Parteiras atendem partos normais na Britânia, Debates em torno da categoria de trabalho na América.	Bem integrado, continuamente hierárquico; Equipe obstétrica largamente presente; Pais são membros da equipe.
<b>Relacionamento paciente/atendente</b>	Parteiras atendem parto; Parteiras chamam por intervenção obstétrica em casos difíceis.	Especialista obstétrico dominante; Especialista preside o parto; Paciente como veículo do material obstétrico.	Colegiado; Responsabilidade do paciente pelos aspectos psicológicos do parto; Atendente obstétrico responsável pelos aspectos fisiológicos do parto.
<b>Organização profissional</b>	Localizado	Produção centralizada do conhecimento; Cuidado localizado.	Largamente disperso, geograficamente penetrante, cuidado regionalizado centrado nos centros médicos; Sistema flexível de alternativas obstétricas.
<b>Quem controla o nascimento</b>	Ninguém; Parto é atendido e é "incontrolado".	Obstetras.	A estrutura do monitoramento; Sem agente no controle.
<b>Tecnologia</b>	Auxílio brando para partos normais; Intervenção destrutiva em partos não-normais.	Tecnologia de controle dominador (i.e., fórceps, anestesia, intervenções operativas).	Tecnologia de monitoramento e vigilância.

Fonte: ARNEY, W.R. Power and the profession of obstetrics. USA, Chicago: The University of Chicago Press, 1982.

<sup>114</sup> Tabela traduzida por Ticiano Ramos Nonato.

Tabela 2 - Transformações no atendimento ao parto nos três períodos profissionais<sup>115</sup>

<b>Pré-profissional até o fim do século 19</b>		<b>Período Profissional (1890-1945)</b>	<b>Período de Monitoramento (Pós segunda guerra mundial)</b>
Partos normais	Parteiras	(Parteira) Potencial patológico Obstetras	Fisiológico
Demarcado	Simbiose		Independência relativa
Partos não-normais	Barbeiros-cirurgiões/especialistas obstétricos		Psicológico

Fonte: ARNEY, W.R. *Power and the profession of obstetrics*. USA, Chicago: The University of Chicago Press, 1982.

<sup>115</sup> Tradução da tabela e criação do título por Ticianá Ramos Nonato.

**Anexo IX**  
Estatísticas sobre parto no Brasil.

**Tabela 3 - Parto domiciliar segundo Região e UF - 1991-2003**

Região e UF	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
<b>TOTAL</b>	<b>1,39</b>	<b>1,31</b>	<b>1,16</b>	<b>1,06</b>	<b>1,13</b>	<b>1,22</b>	<b>1,28</b>	<b>1,56</b>	<b>1,45</b>	<b>1,48</b>	<b>1,3</b>
<b>Região Norte</b>	<b>3,07</b>	<b>2,54</b>	<b>2,39</b>	<b>2,55</b>	<b>2,91</b>	<b>3,57</b>	<b>4,41</b>	<b>5,73</b>	<b>5,15</b>	<b>5,79</b>	<b>3,94</b>
.. Rondônia	0,58	0,26	0,19	0,18	0,07	0,1	0,11	0,12	0,13	0,24	0,19
.. Acre	1,55	2,12	4,58	5,77	6,85	7,94	8,01	7,64	8,07	8,13	6,25
.. Amazonas	1,79	0,81	0,36	0,16	1,16	2,09	5,27	9,94	8,6	8,83	4,39
.. Roraima	0,54	0,91	0,8	0,78	1,5	10,8	12,47	10,33	3,15	11,4	6,09
.. Pará	5,41	4,35	4,13	4,41	4,58	4,87	4,88	5,12	5,07	5,78	4,9
.. Amapá	-	0,13	0,41	0,7	1,12	1,16	1,27	3,33	4,04	3,38	1,63
.. Tocantins	2,1	3,53	2,67	2,39	2,02	0,93	1,67	2,35	1,45	1,47	2,03
<b>Região Nordeste</b>	<b>2,27</b>	<b>1,98</b>	<b>1,64</b>	<b>1,99</b>	<b>2,39</b>	<b>2,46</b>	<b>2,26</b>	<b>2,6</b>	<b>2,47</b>	<b>2,32</b>	<b>2,26</b>
.. Maranhão	4,07	3,62	2,52	3,7	4,06	5,11	4,94	6,53	6,97	7,29	5,27
.. Piauí	0,18	0,01	0,12	0,14	0,96	1,86	2,78	3,11	2,98	3,01	1,78
.. Ceará	5,44	4,16	2,9	2,4	2,45	2,18	2,26	2,16	1,92	1,59	2,6
.. Rio Grande do Norte	0,48	0,58	0,63	0,65	0,45	0,43	0,36	0,35	0,38	0,31	0,46
.. Paraíba	0,34	0,25	0,65	0,75	0,69	1,1	0,73	0,75	0,75	0,55	0,69
.. Pernambuco	0,84	1,33	1,36	1,21	1,31	1,38	1,47	1,94	1,6	1,32	1,38
.. Alagoas	3,26	2,42	2,55	2,55	2,5	2,45	2,26	3,49	2,31	1,78	2,55
.. Sergipe	4,92	0,07	1,29	0,76	1,16	1,5	1,47	1,61	1,21	1,14	1,32
.. Bahia	1,63	2,01	1,48	2,58	3,85	3,39	2,5	2,34	2,18	1,82	2,44
<b>Região Sudeste</b>	<b>0,61</b>	<b>0,46</b>	<b>0,56</b>	<b>0,38</b>	<b>0,22</b>	<b>0,23</b>	<b>0,31</b>	<b>0,32</b>	<b>0,28</b>	<b>0,28</b>	<b>0,33</b>
.. Minas Gerais	0,63	0,89	1	1,04	0,21	0,23	0,63	0,78	0,54	0,65	0,61
.. Espírito Santo	1,09	0,78	0,65	0,47	0,51	0,37	0,3	0,26	0,21	0,16	0,48
.. Rio de Janeiro	0,28	0,2	0,19	0,17	0,16	0,18	0,16	0,13	0,14	0,14	0,18
.. São Paulo	0,82	0,58	0,78	0,27	0,23	0,23	0,22	0,18	0,22	0,18	0,26
<b>Região Sul</b>	<b>0,96</b>	<b>0,95</b>	<b>0,84</b>	<b>0,68</b>	<b>0,65</b>	<b>0,66</b>	<b>0,55</b>	<b>0,5</b>	<b>0,43</b>	<b>0,37</b>	<b>0,67</b>
.. Paraná	0,95	0,98	0,93	0,69	0,72	0,7	0,52	0,48	0,44	0,38	0,69
.. Santa Catarina	0,55	0,5	0,4	0,36	0,29	0,33	0,38	0,34	0,26	0,2	0,36
.. Rio Grande do Sul	1,15	1,16	0,99	0,86	0,78	0,79	0,67	0,61	0,51	0,44	0,81
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>0,63</b>	<b>0,37</b>	<b>0,44</b>	<b>0,41</b>	<b>0,38</b>	<b>0,35</b>	<b>0,39</b>	<b>0,38</b>	<b>0,36</b>	<b>0,27</b>	<b>0,39</b>
.. Mato Grosso do Sul	0,59	0,49	0,6	0,41	0,49	0,42	0,37	0,69	0,86	0,36	0,53
.. Mato Grosso	0,82	0,52	0,71	0,75	0,77	0,8	1,07	0,73	0,57	0,62	0,73
.. Goiás	0,94	0,39	0,36	0,33	0,23	0,22	0,21	0,23	0,19	0,15	0,31
.. Distrito Federal	0,03	0,08	0,16	0,2	0,21	0,11	0,07	0,07	0,04	0,08	0,11

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Notas:

1. No Brasil, há ainda 2 a 3% (dependendo do ano) de partos que ocorrem em outros estabelecimentos de saúde que não estão computados como partos hospitalares. Em algumas UF, este valor chega a 9%

2. Percentual calculado sobre o número de partos com informação sobre local do parto (partos considerados).



**Tabela 4 - Partos cesáreos segundo Região e UF - 1994-2003**

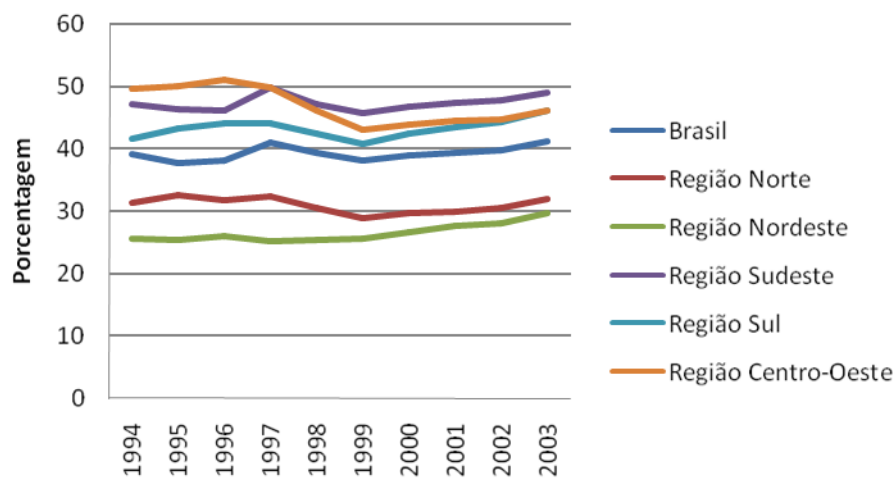
Região e UF	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
<b>TOTAL</b>	<b>38,98</b>	<b>37,67</b>	<b>38,02</b>	<b>40,84</b>	<b>39,23</b>	<b>37,99</b>	<b>38,89</b>	<b>39,3</b>	<b>39,71</b>	<b>41,02</b>	<b>39,24</b>
<b>Região Norte</b>	<b>31,12</b>	<b>32,4</b>	<b>31,58</b>	<b>32,12</b>	<b>30,41</b>	<b>28,78</b>	<b>29,62</b>	<b>29,76</b>	<b>30,36</b>	<b>31,87</b>	<b>30,72</b>
.. Rondônia	38,65	39,79	38,54	40,39	39,27	40,4	43,83	45,97	47,23	50,09	42,32
.. Acre	23,62	21,62	21,9	22,38	22,62	23,42	25,64	25,33	25,81	27,27	24,04
.. Amazonas	29,87	29,26	29,4	28,5	25,99	25,46	26,75	26,22	25,58	27,13	27,25
.. Roraima	20,04	21,03	21,73	24,62	24,88	25,4	26	28,44	23,59	26,79	24,72
.. Pará	34,26	38	35,8	36,52	34,19	29,57	29,81	29,85	31,23	32,24	32,64
.. Amapá	10,86	11,46	11,95	13,16	13,49	15,43	14,51	18,38	18,66	22,55	15,23
.. Tocantins	29,7	32,32	31,74	32,7	30,38	30,03	30,21	29,3	30,04	31,01	30,72
<b>Região Nordeste</b>	<b>25,61</b>	<b>25,53</b>	<b>25,98</b>	<b>25,27</b>	<b>25,52</b>	<b>25,59</b>	<b>26,7</b>	<b>27,69</b>	<b>28,13</b>	<b>29,66</b>	<b>26,66</b>
.. Maranhão	25,92	28,05	26,72	24,16	24,46	23,81	25,17	24,9	24,19	25,13	25,04
.. Piauí	34,11	29,15	29,73	31,34	30,71	30,72	31,11	31,06	31,19	33,82	31,28
.. Ceará	20,41	23,28	26,99	24,4	26,06	26,65	28,13	29,7	30,61	32,94	27,34
.. Rio Grande do Norte	25,82	25,76	27,38	27,6	27,97	27,91	29,39	30,21	30,53	31,39	28,46
.. Paraíba	41,46	45,85	39,43	35,26	36,21	34,55	33,87	32,96	33,17	35,23	36,02
.. Pernambuco	27,68	28,17	28,11	28,81	28,77	29,17	30,33	31,59	31,76	33,76	29,84
.. Alagoas	20,91	20,36	22,49	22,21	21,7	22,77	23,13	24,19	27,38	29,41	23,49
.. Sergipe	25,18	21,01	19,57	20,12	18,9	20,68	20,11	22,43	24,31	26,08	21,52
.. Bahia	22,07	22,37	21,29	22,22	21,21	20,87	22,39	23,75	24,05	24,96	22,57
<b>Região Sudeste</b>	<b>47,32</b>	<b>46,45</b>	<b>46,28</b>	<b>49,82</b>	<b>47,21</b>	<b>45,89</b>	<b>46,91</b>	<b>47,43</b>	<b>47,93</b>	<b>49,11</b>	<b>47,55</b>
.. Minas Gerais	42,68	45,73	47,45	47,27	43,11	40,28	41,03	40,99	41,95	43,78	42,9
.. Espírito Santo	43	43,5	44,44	44,07	42,71	41,82	43,8	44,47	45,17	45,9	43,86
.. Rio de Janeiro	45,04	47,39	48,01	48,86	48,16	47,98	49,33	49,69	48,9	49,78	48,27
.. São Paulo	51,15	53,43	38,02	51,37	49	47,91	48,87	49,88	50,54	51,63	49,76
<b>Região Sul</b>	<b>41,67</b>	<b>43,17</b>	<b>44,01</b>	<b>44,07</b>	<b>42,52</b>	<b>40,84</b>	<b>42,36</b>	<b>43,42</b>	<b>44,26</b>	<b>46,04</b>	<b>43,18</b>
.. Paraná	45,15	47,15	48,19	48,07	45,35	42,56	43,88	45,17	45,38	47,2	45,83
.. Santa Catarina	40,49	41,78	41,94	41,89	40,71	40,06	41,48	42,02	43,47	45,64	41,89
.. Rio Grande do Sul	38,59	39,83	40,71	41	40,57	39,55	41,3	42,38	43,5	45,06	41,12
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>49,51</b>	<b>49,9</b>	<b>50,92</b>	<b>49,77</b>	<b>45,92</b>	<b>42,95</b>	<b>43,68</b>	<b>44,31</b>	<b>44,49</b>	<b>45,99</b>	<b>46,73</b>
.. Mato Grosso do Sul	56,19	57,49	58,36	55,08	49,02	42,63	42,87	42,76	43,69	46,62	49,71
.. Mato Grosso	56,31	56,82	54,61	54,21	50,24	46,81	45,5	45,74	45,97	47,46	50,22
.. Goiás	52,32	50,49	52,35	51,35	47,32	44,06	45,11	45,66	44,85	45,77	47,85
.. Distrito Federal	33,19	34,54	37,18	36,77	36,07	37,32	39,71	41,53	42,92	44,36	38,37

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Notas:

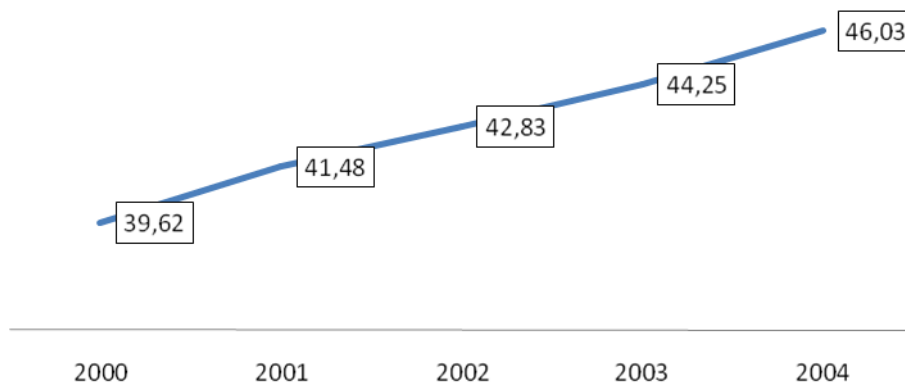
1. Percentual calculado sobre o número de partos com informação sobre tipo de parto (partos considerados).
2. Não estão também considerados os partos ocorridos em outros estabelecimentos de saúde, mesmo que cesáreos.

**Gráfico 1 - Proporção de Cesarianas no Brasil e Grandes Regiões - 1994-2003**



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

**Gráfico 2 - Taxa de Cesarianas no Distrito Federal - 2000 - 2004**



Fonte: Ministério da Saúde e IBGE

## Anexo X

Matéria Vinculada na Folha de São Paulo, disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u3958.shtml>, acesso em 17 de março de 2007.

**equilibrio**

23/06/2005 - 09h55

### **Maternidades têm de aromaterapia a música ao vivo**

**ANA PAULA DE OLIVEIRA**

**FLÁVIA MANTOVANI**

da **Folha de S.Paulo**

Cromoterapia, aromaterapia e música ambiente embararão os recém-nascidos no novo edifício do Hospital São Luiz, com inauguração prevista para hoje. Os apartamentos para a internação contam com récamier (um tipo de divã) e TV a cabo com um canal que transmite dicas de cuidado com o bebê. No "delivery room" --quarto de pré-parto que se transforma na sala de parto--, a gestante poderá usar o serviço de cromoterapia e banheira de hidromassagem.

Por menos de uma semana, o ator Rodrigo Faro, 31, e sua mulher não receberam sua filha Clara com os recursos do novo edifício do São Luiz. "Estávamos planejando o parto nesse novo prédio, mas Clara antecipou sua chegada", diz o ator, pai pela primeira vez, que até arriscou notas no piano do American Bar da maternidade. O hospital tem um "happy hour do bebê", em que um pianista, violinistas e flautistas tocam para pais e visitantes. "Nem parece que é uma maternidade. A pessoa só percebe que é um hospital quando entra na sala de operações", afirma Faro.

Na maternidade Pro Matre, se o parto for normal, nem para a sala de operações a paciente precisa ir. O local tem "unidades de suítes para parto", ambientadas para reproduzir o conforto de casa. Uma banheira de hidromassagem ajuda a relaxar durante as contrações leves. Os armários e a cabeceira da cama em madeira clara em nada lembram um centro cirúrgico convencional. Na hora H, o local fica irreconhecível: equipamentos e utensílios médicos embutidos saem dos nichos para auxiliar na realização do parto.

Com exceção de 10% do espaço, a Pro Matre foi toda reformada. Segundo o folheto publicitário do local, lá, pai e mãe também ganham "colinho".

Há vários modelos e tamanhos de quartos: em todos, os banheiros são em mármore branco. A suíte master, também conhecida como "suíte dos famosos" --várias celebridades, diz-se, já tiveram filhos lá--, tem 70 metros quadrados e custa R\$ 1.530 a diária, o triplo de um quarto standard. Além do quarto, há banheiro, sala de estar e terraço climatizados. Os móveis de uma das melhores lojas de decoração do país, o piso em madeira clara e o teto rebaixado lembram um charmoso apartamento. Duas televisões de plasma ajudam a distrair paciente e acompanhantes durante a estadia. Logo acima da TV, um monitor mostra o recém-nascido no berçário.

Para as mulheres que não querem aparecer descabeladas nas fotografias de família, há um serviço delivery de beleza: se a paciente desejar, cabeleireiro, maquiador, massagista e manicure vão até ela.

A empresária Taciana Veloso, 30, teve seu filho na Pro Matre, há um ano e meio, na época da redecoração da maternidade. "Ficou outra coisa. A estrutura é novinha, clarinha, super moderna. Parece um hotel, um apartamento que acabou de ficar pronto."

Para Taciana, esses luxos são importantes numa maternidade, mas, em um hospital comum, não devem ser priorizados. "Quando você vai ter filho, quanto mais bonito for tudo, melhor. Mas, num hospital comum, não dá para dar muita bola para isso."

Ela relata que não usou o serviço de beleza porque passou por cesariana e pôde se preparar para o momento. "Lembro de outras mães que estavam lá e usaram. Uma delas me disse que já saiu dali pronta para a festa de Natal."

Assim como a Pro Matre, o Hospital Santa Rita, também tradicional na cidade, está mudando para se adaptar às novas exigências do mercado. Na ala nova, que será inaugurada na próxima quarta-feira, os banheiros são amplos, com pia de granito e pequenos azulejos coloridos completando a parede branca. A campainha, que comunica o quarto com o setor de enfermagem, funciona com comando de voz. A fachada, em estilo neoclássico, e as portas antigas de madeira foram preservadas. "Há alguns anos, era normal um paciente ficar na enfermaria, com outras pessoas. Agora, os clientes estão muito mais exigentes", afirma Carlos Lichtenberger, diretor do hospital.

## Anexo XI

### Quadro explicativo contendo as práticas combatidas, incentivadas durante o parto e incentivadas durante a gravidez.

<b>Práticas combatidas</b>	<b>Práticas incentivadas durante o parto</b>	<b>Práticas incentivadas durante a gravidez</b>
Posição de decúbito dorsal no parto;	Parto na água; parto segundo Leboyer.	Alimentação saudável e natural;
Induções de qualquer tipo: uso de hormônio (ocitocina), rompimento artificial da bolsa gestacional;	Posições verticais (cócoras, ajoelhada, de quatro, por exemplo)	Exercícios físicos, caminhadas e, em particular, yoga, como forma de preparação para o parto;
Utilização de episiotomia, tricotomia, lavagem intestinal;	Feitura de “planos de parto”, nos quais a mulher decide como pretende proceder durante o trabalho de parto, em conjunto com a(o) obstetra;	Exercícios perineais e uso de massagens e óleos, como forma de prevenção da episiotomia;
Uso de sedativos e/ou anestésicos	Caminhar, exercitar-se e usar água (chuveiro ou banheira) e massagens durante o trabalho de parto como procedimento para o alívio da dor;	Exercícios de meditação e respiração para um maior controle emocional durante o parto;
Uso de fórceps, vácuo extrator, e outros procedimentos que visem “puxar” o bebê;	Manter-se ativa durante todo o processo;	Combate de desconfortos da gravidez de maneira natural dentre outras;.
Cesariana, entre outros.	Possuir um(a) acompanhante para encorajá-la e acalmá-la, seja o companheiro ou a doula;	

Fonte: Balaskas (1993), Fadyinha (1999), Brasil (2001) e Bandeira (2002).