



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Tatiana Assunção Miranda

“Ciência”, “Natureza” e a normatização institucional do parto

Rio de Janeiro

2012

Tatiana Assunção Miranda

“Ciência”, “Natureza” e a normatização institucional do parto

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr.
Coorientador (a): Prof.^a Dra. Maria Luiza Heilborn

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

M672 Miranda, Tatiana Assunção.
“Ciência”, “Natureza” e normatização institucional do parto / Tatiana
Assunção Miranda. – 2012.
127f.

Orientador: Kenneth Rochel Camargo Junior..
Coorientadora: Maria Luiza Heilborn.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Cesariana – Teses. 2. Parto normal – Teses. 3. Mãe – Mortalidade –
Teses. 4. Assistência ao parto. I. Camargo Junior, Kenneth Rochel. II.
Heilborn, Maria Luiza. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 618.2-089

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Tatiana Assunção Miranda

“Ciência”, “Natureza” e a normatização institucional do parto

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 24 de abril de 2012.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Maria Luiza Heilborn

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr.
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof.^a Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof.^a Dra. Lilian Krakowski Chazan
Médica

Rio de Janeiro

2012

AGRADECIMENTOS

Que caminhada! Longo caminho percorrido e grandes experiências vivenciadas. Gostaria de expressar meus sentimentos de gratidão às pessoas abaixo:

Agradeço, primeiramente, ao meu bondoso e caridoso Deus por acolher docemente todas as minhas dificuldades e encher meu espírito de força, coragem e confiança para seguir em frente, sempre. Meu pai e amigo desta experiência espetacular que é a vida na terra, eu te amo muito!

Queridos orientadores, Ken e Malu, obrigado por toda orientação neste caminho. Ken, obrigado pelas palavras sempre positivas e incentivadoras nos momentos de pânico. Agradeço aos amigos do biomedici pelos momentos compartilhados e por nossas ricas discussões. Sentirei saudades!

Agradeço ao meu pai e a minha mãe. Dois baianos “arretados” que saíram do interior da Bahia e construíram uma família linda, a qual eu tenho a honra de fazer parte. Eu sei das dificuldades econômicas e emocionais que vocês passaram para criar suas três filhas. Eu devo tudo que sou e tenho à dedicação incondicional de vocês. Obrigado por tudo!

Queridas Irmãs, Dayse e Iraniaia, agradeço o exemplo profissional, o apoio e os momentos de descontração em família. Somos, realmente, mulheres guerreiras! Fá, querido primo e cunhado, eu agradeço por ter participado de mais uma conquista na minha vida. Glaúcio, meu amigo e cunhado, sou, realmente, grata às palavras de força e incentivo de sempre.

Agradeço ao meu pequenino sobrinho, Caetano, pelos sentimentos de amor, esperança e paz presentes no seu olhar tão brilhante e nas suas gargalhadas, sempre, irradiantes. Você será meu eterno super-herói !!! Agradeço ao meu lindo cachorrinho, Romeu, por você sua presença carinhosa na minha vida e por seu amor sempre tão dedicado e fiel.

Do meu coração, agradeço ao meu amor, Cláudio Eduardo, por toda dedicação, paciência e amizade. Eu devo muito a você por tudo que sou agora e por esta conquista profissional. Você sabe de tudo isso! Meu Girassol, eu te amo!

Agradeço as minha amigas de turma por compartilharem comigo os momentos de tensão, dificuldades e felicidade. Adoro vocês! Chegamos ao Fim! Cris e Thaís, obrigado por dividirem comigo seus sonhos e aflições mais de perto! Aílton, Vinícius e Rodrigo obrigado pelo apoio indispensável! Agradeço a todos os amigos do IMS que compartilharam comigo esta etapa tão difícil e gratificante da minha vida.

Agradeço aos funcionários do Instituto de Medicina Social que contribuem cotidianamente, muitas vezes no anonimato, com a formação de muitos mestres e doutores. Agradeço a todos vocês!

Agradeço à Márcia Trajano, minha chefe, pelo apoio, mesmo em um contexto tão adverso. Agradeço as minhas amigas do Hospital Federal Servidores do Estado por todo apoio e paciência: Thaís, Carol, Raquel, Sandra Lucas, Sandra, Ana, Ana Úrsula, Mônica, Monica Gomes, Cristiane, Adriana, Wanessa Daniele, Luciana Gualberto, Fernanda Sá, Jorgina, Ruth, Helen, Aline, Daniele, Grazielle, Paulinha, Diemar, Jussara, Iara, Célia Brás, Célia, Zélia, Rosângela, Luciana Paiva, Luciana Calixto, Gilma, Zildinha, Priscilinha, Bernadete, Fátima, Patrícia, Sheila, Érica, Andréia, Rafaela, Cláudia Manuela, Maria Cristina, Tania, Janair, Patrícia Falbo e Letícia.

Agradeço as minhas queridas amigas e companheiras de plantão por toda força, incentivo, apoio, solidariedade, carinho e exemplo de trabalho coletivo: Nete, Aline, Wania, Kátia, Sueli e Cristina. Vou ser eternamente grata por tudo!

Por fim, agradeço às mulheres que participaram do estudo. Sem vocês esse trabalho não existiria! Agradeço, principalmente, às mulheres que aceitaram minha presença em um momento tão especial: o nascimento dos seus filhos. Aprendi muito com vocês! Mulheres de força e que lutam pela sobrevivência neste país, ainda, tão desigual! Muito obrigado!

RESUMO

MIRANDA, Tatiana Assunção. “*Ciência*”, “*Natureza*” e *normatização institucional do parto*. 2012. 127f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

Este trabalho tem como objetivo compreender os símbolos atribuídos às tecnologias utilizadas na atenção obstétrica, como também conhecer as práticas femininas na busca por cuidados médicos na assistência ao parto. Para tanto, analisamos os relatos de 16 gestantes atendidas pelo setor privado e os de 13 gestantes assistidas pelo setor público. O estudo combinou duas técnicas qualitativas: a observação etnográfica e entrevistas semi-estruturadas. A pesquisa encontrou, entre outros, os seguintes resultados: 1- a maioria das mulheres observadas expressou a preferência pelo parto normal. 2- o nascimento, independente do tipo de parto desejado, está associado a categorias de medo, tensão e risco. 3- o discurso médico, segundo as gestantes atendidas pela rede privada, reforça a ansiedade e medo feminino e de sua família na medida em que associa o parto normal à dor e ao risco de morte. A cesariana, por outro lado, é descrita como um parto seguro. 4- na maternidade pública, as mulheres e seus acompanhantes vivenciaram o parto normal de maneira sofrida e passiva. 5- práticas profissionais compatíveis com a humanização do parto e as orientadas pelo modelo médico hegemônico, isto é, centrado na tecnologia na atenção ao nascimento, coexistem na rede pública. Contudo, a abordagem normativa ainda está presente em ambas as práticas. 6- a participação das parturientes nas decisões sobre o parto é escassa na rede pública. Em suma, concluímos que mulheres e médicos compartilham a visão de parto normal enquanto categoria de risco e a cesariana como prática segura.

Palavras-chave: Medicalização do parto, Mortalidade materna, Cesárea e parto normal.

ABSTRACT

This work aims to understand the symbols associated to technologies adopted in obstetric practice, and also women practices in searching for medical cares during childbirth. This study was carried out from June 2011 to October 2011 in 16 pregnant women attending the private hospitals and 13 pregnant attending public sector. I combined two qualitative techniques: Ethnographic observation and Semi-structured interview. I identified some ethnographic findings, such as: 1- most of women request for vaginal birth. 2. birth experience, regardless of delivery type desire, is associated with three categories: fear, tension and risk of death. 3-medical discourse, according to pregnant women attending private hospitals, reinforces women's and their families' fear of pain and the risks of vaginal births. Cesarean birth, on the other hand, is described as a safe childbirth. 4- at the public maternity, I observed that women and their partners have experienced a "painful" and passive vaginal birth. 5- professional practices of humanized birth and medical intervention based on technologies in birth assistance, co-exist in public hospitals. However, normative approach is still on both practices. 6- the women's participation on childbirth decision is rare at the public health institution examined. In sum, our data suggest that both women and obstetricians share perception of the risks inherit in natural process of birth. Cesarean section, on the other hand, is being considered a fitting and safe form of childbirth.

Keyword: Medical interventions in childbirth, Maternal mortality, Cesarean section and vaginal birth.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1.1	O PARTO COMO UM EVENTO MÉDICO	15
1.1	O parto como evento social	15
1.2	O discurso médico sobre o parto	17
1.3	O uso inapropriado de tecnologia	25
1.4	Os fatores associados ao uso inapropriado de tecnologia	30
	MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO	35
2.1	O ideário do parto sem dor (PSD): As gerações PSD e Pós-PSD	35
2.2	O movimento pela humanização do parto e nascimento: o parto humanizado	40
3	METODOLOGIA DA PESQUISA	50
3.1	Sujeitos de pesquisa e a trajetória metodológica	50
3.2	O local do estudo etnográfico	53
4	CATEGORIAS DE ANÁLISE: MULHERES ATENDIDAS NO SETOR PRIVADO	55
4.1	Primeira gestação: planejamento a dois	55
4.2	O nascimento – risco, medo e tensão: uma gramática compartilhada entre mulheres, famílias e médicos.	58
4.2.1	<u>O desejo pela cesariana</u>	60
4.2.2	<u>Mulheres que desejam o parto normal</u>	65
4.2.3	<u>Mulheres que desejam o parto normal e seus obstetras, durante o pré-natal, enfatizavam os riscos e as dores do parto normal</u>	70
4.3	Tecnologias no parto normal: a episiotomia e analgesia de parto	75
5	MULHERES ATENDIDAS NO SETOR PÚBLICO	79
5.1	Entrada no campo: primeira preocupação do trabalho etnográfico - transformar o familiar em exótico	79
5.2	Breve perfil da estrutura física do centro-obstétrico	80
5.3	Equipe de trabalho	82
5.4	As mulheres	87
5.5	Cenas de parto	89

	Cena 1: O parto de Violeta	91
	Caso 2: Parto de Laura	94
	Caso 3: O parto de Gabriele	99
	Caso 4: O parto de Renata	100
	Caso 5: Parto da Racheli	102
	Caso 6: Parto de Rafaela	104
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
	REFERÊNCIAS	113
	ANEXO A - O parto de Alice	120
	ANEXO B - O Parto de Sara	122
	ANEXO C - Tabela 1: Mulheres atendidas pelo setor privado	123
	ANEXO D - Tabela 2: Mulheres atendidas pelo setor público	124
	ANEXO E - Roteiro Temático de Entrevista	125
	ANEXO F - Questões da entrevista – Setor privado	126
	ANEXO G - Questões da entrevista – Setor público	127

INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objetivos apreender os significados atribuídos à tecnologia pelas mulheres na atenção obstétrica e conhecer as práticas femininas na busca por cuidados médicos durante a assistência ao parto, partindo das seguintes questões: como é a participação feminina no processo de incorporação de tecnologia na assistência ao parto? Elas desejam o parto normal ou preferem à cesariana? Sob que símbolos sobre gestação, parto e tecnologia realizam a escolha pelo tipo de parto? Nos serviços de saúde, como a organização física das maternidades influencia a adoção de tecnologia? Como é a relação entre mulheres e obstetras na adoção de tecnologias?

O meu interesse pela temática do parto nasceu da minha inserção como enfermeira obstétrica na rede pública de saúde da cidade do Rio de Janeiro. Desde o ano de 2005, trabalho no atendimento às mulheres e bebês durante a gravidez, parto e pós-parto.

Seguindo o referencial antropológico, a forma como a gestação e o parto são vivenciados pelos sujeitos é resultante de fatores biológicos e psico-sociais e, por isso, podem variar conforme o contexto histórico de uma sociedade. Na sociedade ocidental, principalmente, a partir no século XIX, a assistência ao parto da mão da parteira e restrita ao universo feminino e familiar passou à esfera médica hospitalar.

No modelo médico hospitalar, o discurso médico, influenciado por concepções de gênero da época, descreveu o parto como patologia, o corpo feminino como incapaz de parir e, potencialmente, perigoso à saúde fetal. Este discurso foi utilizado como justificativa para a necessidade de intervenção tecnológica no nascimento, como, por exemplo, a cesariana e as intervenções de rotina no parto, tais como: a episiotomia, o kristeler e o uso de ocitocina¹.

As elevadas taxas de cesariana e o uso de tecnologia de rotina na atenção ao parto ganharam destaque no bojo das críticas à assistência ao nascimento no Brasil e no mundo. Tornaram-se um dos principais desafios para redução da morbi-mortalidade materna e neonatal nos países de média renda e responsáveis pelo aumento dos gastos em saúde.

O modelo médico hospitalar, denominado por Davis-Floyd (2001) como tecnocrático, centrado no poder médico e no uso intensivo de tecnologia na atenção ao nascimento é alvo de crítica, desde a década de cinquenta, por obstetras que romperam com a obstetrícia

¹ Episiotomia: corte cirúrgico na vagina; Kristeler: pressão realizada sobre abdome da gestante como uma suposta maneira de auxiliar na expulsão do bebê no momento do nascimento; Ocitocina: medicamento utilizado para induzir ou aumentar as contrações uterinas durante trabalho de parto.

tradicional. Estes obstetras, da década de cinquenta, abriram portas para outra maneira de falar e vivenciar o nascimento e foram denominados por Salem (1987) de vanguardas obstétricas.

Na década de cinquenta, os obstetras Lamaze, na França, e Dick-Read, na Inglaterra, introduziram na Europa e no mundo, inclusive o Brasil, o movimento do parto sem dor (PSD). Eles eram críticos da obstetrícia tradicional e inauguraram a possibilidade feminina de vivenciar o parto, através do aprendizado de técnicas de controle da dor, como por exemplo, de respiração e relaxamento (SALEM, 1987).

Na década de setenta, outra geração de obstetras aprofundaram as críticas ao modelo hegemônico de atenção ao nascimento e foi denominada por Salem (1987) de geração pós-parto sem dor (pós-psd). Estes tornaram-se um dos principais referenciais teóricos entre os defensores do Parto Humanizado, o qual será apresentado no capítulo II da dissertação, e foram os ideólogos do parto natural, parto de cócoras e o casal gravídico.

O grupo do pós-PSD radicalizou as propostas de desmedicalização² do parto e utilizou uma linguagem psicologizada para falar sobre a gestação e parto. De acordo com Salem (1987), os ideólogos do parto natural compartilhavam um ethos individualista libertário em sintonia com os movimentos sociais da contracultura da década de sessenta e setenta.

Na década de noventa, houve o surgimento do movimento de humanização do parto e nascimento. O movimento é formado por Organizações Não-Governamentais (ONGs), sendo a Rede de Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna) a principal integrante. Esse foi considerado por Tornquist (2004) um desdobramento das gerações de obstetras do parto sem dor (psd) e, principalmente, pós-parto sem dor (pós-psd). Além desta influência, o movimento incorporou a linguagem do movimento de medicina baseada em evidência e, desta forma, tenta garantir legitimidade às críticas ao modelo médico hospitalar hegemônico no campo obstétrico (TORNQUIST, 2004).

Apesar do termo humanização do parto ser considerado polissêmico, descrevo, nesta dissertação, o significado do parto humanizado descrito pelo movimento de humanização. O Movimento de Humanização do Parto e Nascimento, desde sua formação, tem denunciado como excessivo o uso de tecnologia na atenção ao nascimento e as consequências negativas à saúde materna e neonatal deste uso.

A medicina baseada em evidência é uma forma de avaliação da eficácia e segurança da prática médica, através de estudos randomizados controlados. Estes estudos na atenção

² Desmedicalizar significa romper a hegemonia médica no nascimento.

perinatal foram publicados pela Organização Mundial de Saúde como “Recomendação da OMS”. Com base nas recomendações da OMS (1996), o movimento anunciou o parto humanizado como sinônimo de respeito à fisiologia/natural do nascimento e resgate da centralidade feminina no processo, através de relações igualitárias entre profissionais e parturientes e a adoção de práticas que estimulem a participação feminina e respeitem o processo natural, como por exemplo, o parto de cócoras, a movimentação durante o trabalho de parto e uso de técnicas não invasivas de alívio da dor. A tecnologia seria utilizada caso fosse necessário e o abandono de práticas de rotina no nascimento seria estimulado.

O Brasil, seguindo uma tendência mundial, vem aumentando as taxas de cesariana, bem como mantendo no interior das maternidades o uso de tecnologias de rotina no nascimento, principalmente, a episiotomia (DINIZ, 2001). Desta forma, nesta dissertação tentei entender o processo de incorporação de tecnologia, a partir da apreensão dos símbolos femininos atribuídos à tecnologia e das práticas femininas na busca por cuidados na atenção ao nascimento.

Os objetivos da pesquisa foram apreender os símbolos atribuídos à tecnologia e conhecer a busca por cuidados médicos na atenção ao nascimento por gestantes atendidas pelos setores público e privado de saúde do município do Rio de Janeiro. Com os seguintes objetivos específicos:

- Identificar na organização física das maternidades e na organização da prática médica fatores limitantes e estimulantes da adoção de tecnologias, de acordo com as recomendações da OMS;
- Compreender como ocorre o processo de negociação entre mulheres e obstetras na adoção de tecnologias na assistência ao nascimento;
- Mapear no discurso feminino concepções sobre gestação, parto e uso de tecnologia na assistência obstétrica;
- Comparar as concepções das parturientes com a assistência recebida no pré-parto;
- Analisar de que forma essas concepções estariam influenciando a escolha por cuidados médicos durante gestação e parto;

O estudo foi dividido em cinco capítulos e as considerações finais. No primeiro capítulo, descrevo o discurso médico hospitalar sobre a gestação e o parto e suas consequências para assistência ao nascimento. Em seguida, no segundo capítulo, trago para discussão o Movimento de Humanização do parto e nascimento com suas principais críticas ao modelo médico hospitalar e a descrição do parto humanizado introduzido pelo movimento, tendo

como principais referenciais os trabalhos de Salem (1987), Tornquist (2004) e as publicações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

No terceiro capítulo, descrevo a trajetória metodológica da pesquisa. Para o alcance dos objetivos deste estudo, a proposta inicial da pesquisa era realizar a observação etnográfica e entrevista semi-estruturada com os dois grupos de mulheres participantes do estudo. No entanto, frente às limitações impostas pelo trabalho de campo, não foi possível realizar a observação etnográfica numa maternidade privada. Desta forma, com as gestantes atendidas no setor privado de saúde, apenas, realizei a entrevista semi-estruturada. Com as gestantes do setor público, por maior facilidade de inserção no campo de pesquisa, utilizei dois métodos de pesquisa: a observação etnográfica numa maternidade pública e a entrevista semi-estruturada.

Os capítulos quatro e cinco da dissertação foram dedicados à apresentação dos dados da pesquisa. Como para cada grupo de mulheres da pesquisa foram utilizados métodos de pesquisa diferenciados, optamos por apresentar os dados separadamente. Desta forma, no quarto capítulo, descrevo as categorias de análise do estudo construídas pela leitura exaustiva do material das entrevistas com as mulheres atendidas pelo setor privado. As categorias construídas não são referentes às gestantes que entrevistei na maternidade pública.

No capítulo cinco, faço a narrativa do trabalho etnográfico realizado em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. Os dados provenientes da observação de mulheres em trabalho de parto foram organizados em forma de cenas de parto. O material das entrevistas foi introduzido nas cenas de parto, de forma a garantir maior riqueza da descrição das cenas observadas.

Por fim, nas considerações finais, analiso os principais achados da pesquisa. A maioria das mulheres preferiu o parto normal, devido considerá-lo mais saudável e por uma melhor recuperação, confirmando os dados da literatura. Além disso, de acordo com o perfil sócio-demográfico das mulheres que participaram do estudo, a atenção ao parto reproduziu as desigualdades estruturais presentes na sociedade brasileira que expõem pobres e negros às dificuldades de acesso a serviços diferenciados.

O processo de incorporação de tecnologia ocorreu de maneira diferenciada entre os dois grupos de mulheres que fizeram parte dos sujeitos da pesquisa. No setor privado, de acordo com o relato das gestantes, o discurso médico durante o pré-natal, ao invés de reduzir a ansiedade e medo da gestante e da família quanto ao nascimento, reforçou, por um lado, as dores e o risco do parto normal e, por outro, a segurança da cesariana.

No setor público, a tecnologia era incorporada através de relações hierárquicas e desiguais entre parturientes e profissionais. As mulheres e acompanhantes possuíam escasso poder de decisão sobre a condução da assistência ao parto. Mas, apesar de parecer contraditório, as práticas normativas na atenção ao nascimento não ficavam restritas ao modelo médico hegemônico centrado na tecnologia, mas estavam presentes na prática dos profissionais sintonizados com o parto humanizado.

1 O PARTO COMO UM EVENTO MÉDICO

Neste capítulo, trago para discussão a maneira como medicina irá tratar o parto e suas consequências para assistência ao nascimento, na medida em que assume o parto como um campo de monopólio. Para tal, subdividi esta seção em três pontos com intuito de facilitar o entendimento: o parto como evento social e histórico, seguindo o referencial antropológico; discuto a presença de concepções de gênero presentes no discurso da medicina científica moderna sobre o parto; e, finalmente, trago a problemática sobre o uso inapropriado de tecnologia na assistência ao nascimento e os fatores que contribuem para medicalização do parto³.

1.1 O parto como evento social

Nesta dissertação, considereirei a gravidez e o parto de acordo com a perspectiva antropológica, isto é, como eventos biológicos e socioculturais. Nesta perspectiva, concepções sobre o corpo, saúde e doença tomados em geral, exclusivamente, como eventos naturais ou biológicos são também fenômenos sociais.

Mauss (1974) denominou o modo como os sujeitos agem e fazem uso dos seus corpos de técnicas corporais. Estas são resultantes da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Desta forma, podem receber novos significados ou serem vivenciados de modo diferente de acordo com contexto sociocultural. O autor demonstrou a variação entre diferentes sociedades na maneira de andar, na forma de parir, de alimentar e criar as crianças, na higiene corporal, no modo de comer, na alimentação e nas posições sexuais. Assim, as técnicas corporais, apesar de percebidos pelos sujeitos como naturais, são apreendidas por um processo educativo iniciado desde a infância e irão se diferenciar, conforme a idade e o sexo das pessoas.

Boltanski em seu livro *Classes Sociais e o Corpo* descreveu como os sujeitos de classes sociais distintas possuem concepções e práticas diferentes sobre os seus corpos. Cada grupo social possui códigos de boas maneiras comuns e profundamente interiorizado que

³ O uso do termo medicalização do parto para referir ao parto como evento médico hospitalar e com uso intensivo de tecnologia na assistência à mulher em trabalho de parto.

definem os atos físicos mais cotidianos, como por exemplo: alimentar, andar, vestir, maquiar, as interações físicas com outras pessoas, a maneira de falar do corpo (aspecto exterior e sensações físicas), nas atitudes em relação à doença, a expressão das sensações doentias e nas atitudes relativas à sexualidade.

Tomemos, por exemplo, o caso da educação sexual nas classes populares. Nesta classe, as questões sobre sexualidade não devem receber tanta importância e serem eliminadas do discurso, estando presente por meio de piadas ou jogos verbais entre pessoas do mesmo sexo ou idade. Já nas classes economicamente superiores, a educação sexual tem legitimidade, uma vez que estas classes dominam a linguagem técnica e científica autorizada para falar sobre a sexualidade (BOLTANSKI, 1984).

É possível perceber a dimensão social da gravidez e maternidade, através dos diferentes modos que estes eventos são apreendidos e vivenciados em diferentes sociedades ou em tempos históricos diferentes numa mesma sociedade. Na Índia mulheres costumam ter filhos em pé e na Europa adotam a posição deitada ou de cócoras (MAUSS, 1974). Paim (1998) apresentou de forma resumida os relatos de Mead (1979) sobre questões da gravidez e amamentação em três tribos em três tribos da Nova Guiné: Para os Mundugomor a gravidez é recebida com desgosto, mulheres não gostam de amamentar, a relação entre mãe e filho é marcada pela impaciência e ressentimentos; Os Arapesh, tanto homens como mulheres, unem-se na responsabilidade maternal comum de alimentar e garantir o conforto dos filhos; Os Tchambuli compartilham a responsabilidade pela alimentação e cuidado das crianças entre as esposas do pai.

Assim, gravidez, parto e maternidade, como outros eventos corporais em geral, são submetidas a construções simbólicas que são incorporadas e naturalizadas pelos sujeitos. De acordo com Paim (1998, p.31):

A gravidez e a maternidade são temas antropológicamente relevantes, uma vez que não se esgotam em fatos biológicos, mas abrangem dimensões que são construídas cultural, social, histórica e afetivamente. A gravidez se processa no corpo das mulheres, porém, como outros acontecimentos do mesmo tipo, tem significados construídos na experiência social. Por conseguinte, pode-se pensar que são variáveis conforme a posição social ocupada pelos sujeitos, segundo classe, sexo e idade etc. (PAIM. 1998, p.31)

Bourdieu (2002) ao analisar os processos de manutenção das desigualdades entre os sexos e a divisão sexual do trabalho atribuiu às estruturas socioculturais, às quais os sujeitos são submetidos, o papel de moldar as suas percepções e suas práticas no mundo social. No processo de sociabilidade, as mulheres pela imposição sociocultural incorporariam as lentes

masculinas de classificação do mundo à sua estrutura cognitiva e naturalizariam as desigualdades entre os sexos.

Brigitte Jordan no seu livro “Birth in four cultures” analisa o nascimento seguindo a perspectiva bio-sociocultural. Esta autora compara a organização da atenção ao nascimento em quatro locais (Holanda, Suécia, Estados Unidos e Yucatán no México), comparando os seguintes aspectos: o lugar onde ocorre o nascimento, quem é o responsável pelo acompanhamento do nascimento e as técnicas utilizadas para o acompanhamento. Dentre eles, o modelo norte-americano destaca-se pelo predomínio do modelo médico hospitalar centrado na utilização de um grande aparato tecnológico. Na Holanda há atuação de parteiras e o acesso às mulheres saudáveis ao parto domiciliar e casas de partos como política pública. Este país possui uma das taxas mais baixas de cesárea da Europa (JORDAN, 1993 apud TORNQUIST, 2004).

1.2 O discurso médico sobre o parto

Neste tópico da dissertação, realizei uma descrição do discurso médico sobre o parto que começa a se forjar na sociedade ocidental, principalmente a partir do século XVIII, em um contexto de formação da sociedade burguesa capitalista e dos Estados Nacionais. Não tenho o intuito com a descrição, por um lado, demonizar a prática médica e, por outro, vitimizar as mulheres pelos indicadores de saúde reprodutiva e neonatal no Brasil apresentados no tópico a seguir. Acredito que a descrição seja necessária, pois esta racionalidade sustenta a prática médica hegemônica na assistência ao nascimento da sociedade ocidental. Além disso, permite o delineamento do universo simbólico sobre gestação e parto na qual as relações sociais entre gestantes e médicos são desenvolvidas.

A partir da preocupação do Estado com questões demográficas, o corpo feminino passou a ser objeto de saber e controle médico no campo da sexualidade e à reprodução. O discurso médico disciplinador produziu um conhecimento sobre o funcionamento biológico desse corpo, mas também, sobre o papel social feminino⁴ (VIEIRA, 2002). Para os fins desta dissertação, não foi necessário realizar uma descrição do papel social da mulher construído

⁴Sobre o discurso médico disciplinador sobre a mulher: Costa, J.F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1983; Nunes, S.A. *A medicina social e a regulação do corpo feminino*, 1982. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ.

sob influência desse discurso. De maneira generalizada, o papel social feminino foi reduzido à maternidade, tendo como principal argumento a existência de uma suposta “natureza feminina”.

Até este período, a assistência ao parto era realizada por parteiras, considerada um campo de conhecimento feminino e restrita à esfera privada ou familiar. No século XIX, principalmente, ocorreram mudanças sociais que culminaram na efetivação da atenção ao nascimento como um evento médico hospitalar e na exclusão das parteiras da assistência ao parto. A parteira continuou a fazer parte do sistema de saúde de alguns países, tal a Inglaterra e Holanda, e em outros foi extinta, como no Brasil e nos EUA.

A expulsão das parteiras do nascimento fez parte da história de exclusão das práticas populares de cura pelo discurso médico científico do campo da saúde, no início da formação da sociedade moderna capitalista⁵. De maneira geral, a prática da parteira começou a sofrer regulamentações que restringiam a realização do seu ofício, e, com apoio do Estado, foi desqualificada pelo discurso médico, tornando se suspeita no imaginário da população.

Por sua vez, a medicina, com a formação da obstetrícia médica, passou a defender, com apoio do Estado, a assistência ao nascimento como campo de monopólio médico e a necessidade de hospitalização do parto para aprendizagem prática dos alunos de medicina. A partir daí, desenvolvendo um conhecimento cirúrgico, baseado em tecnologias de intervenção sobre este corpo (VIEIRA, 2002).

A hospitalização do parto não ocorreu sem resistências da sociedade. O hospital como local de prática médica terapêutica só foi possível, a partir do século XVIII. Até então era uma local de assistência aos pobres na hora da morte, lugar de separação e exclusão. Lá se misturavam doentes loucos, devassos e prostitutas. Foi através do desenvolvimento de mecanismos disciplinares no hospital e pela preocupação médica com o ambiente que ocorreu o nascimento do hospital como local de tratamento e cura. (FOUCAULT, 1979).

O hospital, além de local de tratamento e cura, tornou-se um campo de registros permanentes e espaço de formação e produção de conhecimento. Neste espaço, o indivíduo e a população passaram a ser objeto de intervenção médica: “O indivíduo e população são dados simultaneamente como objeto de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar.” (FOUCAULT, 1979, p.111)

⁵A eliminação de um conjunto de saberes importantes de mulheres sobre seus corpos foi denominado por Yvonne Knibiehler (1995) de “desestruturação da rede de saberes femininos”. Isto quando especialistas na arte de curar, dentre eles parteiras, foram perseguidos, desqualificados e banidos do campo da assistência em saúde.

O projeto médico de hospitalização do parto esbarrou na tradicional imagem negativa da população sobre o hospital, na moralidade feminina e na infecção puerperal responsável por altos índices de morte materna naquela época (VIEIRA, 2002). Na segunda metade do século XX, após longo período de lutas e resistências femininas, o modelo de parto médico-hospitalar consolidou-se entre a maioria das mulheres urbanas.

A redução da mortalidade materno-infantil neste período conferiu maior legitimidade ao modelo médico-hospitalar e facilitou a adesão feminina ao modelo. Desta forma, o modelo se impôs como realidade em diversos países ou como exemplo a ser seguido em outros (KNIBIEHLER, 1986 apud TORQUINST, 2004).

A redução da mortalidade materno-infantil ocorreu, principalmente, após a Segunda Guerra Mundial e esteve mais associada aos avanços da medicina em geral, principalmente às descobertas pasteurianas, do que a obstetrícia. Estas descobertas envolviam o uso de cuidados básicos de prevenção em saúde e não a incorporação de tecnologia sofisticada. Isso proporcionou a redução da infecção puerperal, a qual havia aumentado, ainda mais, no início da hospitalização do parto (KNIBIEHLER, 1986 apud TORQUINST, 2004).

A racionalidade médica que orientou a produção de conhecimento sobre o parto começou a se delinear no interior de uma medicina que, de acordo com Foucault em *O Nascimento da clínica*, se originou com o surgimento da anátomo-clínica. Com esta transformação, a medicina reduziu-se ao corpo e as doenças (CAMARGO JR, 2005). A última agora caracterizada por lesões celulares. Assim, nas palavras de Camargo Jr. (2005), as doenças:

Serão vistas não mais como um fenômeno vital, mas como expressão das lesões celulares. O mais fundamental aqui, contudo, é a mudança de perspectiva que se opera: a nova concepção de doença passa a ser a categoria central do saber e da prática médica. (CAMARGO JR, 2005, p. 180)

Os componentes da mecânica clássica influenciaram a nova racionalidade médica, sendo eles: o seu caráter generalizante - o discurso produzido possui caráter generalizante; caráter mecanicista - utiliza leis de causalidade linear para explicar o universo; e caráter analítico - parte do pressuposto que o funcionamento do todo é igual a soma das partes. (CAMARGO JR, 2005).

Esta mudança epistemológica da medicina rompeu com o modo galenico de compreender o corpo. O funcionamento corporal, antes associado pela medicina galenica ao cosmo, foi reduzido, na nova perspectiva, ao plano único da natureza (LAQUEUR, 2001). A

medicina neste novo formato introduziu o que Laqueur (2001) chamou de modelo de dois sexos biológicos distintos e se findou o modelo grego de um único sexo.

Neste último, a diferença entre homens e mulheres não estava centrada na biologia, mas dada por graus de perfeição definidos pela temperatura corporal. Os homens, com maior temperatura corporal, eram considerados mais perfeitos que as mulheres. As estruturas dos órgãos reprodutivos eram similares entre os sexos, sendo o padrão masculino o modelo. Assim, mulheres e homens tinham pênis e testículos, mas os homens os externalizaram, devido a maior temperatura corporal (LAQUEUR, 2001).

A partir do século XVIII, o modelo de dois sexos construiu as diferenças sexuais entre homens e mulheres com base na biologia corporal:

Assim, o antigo modelo no qual homens e mulheres eram classificadas conforme seu grau de perfeição metafísica, seu calor vital, ao longo de um eixo cuja causa final era a masculina, deu lugar, no final do século XVIII, a um novo modelo de dimorfismo radical, de divergência biológica. Uma anatomia e uma fisiologia da incomensurabilidade substituiu uma metafísica de hierarquia na representação da mulher com relação ao homem. (LAQUEUR, 2001, p.17)

Este novo modelo instaurado com a mudança epistêmica da medicina está, também, relacionado ao contexto de mudança política. Com o desenvolvimento das sociedades capitalistas, o mundo social foi dividido em duas esferas: a esfera pública, o mundo do trabalho e masculino, e a esfera privada, o mundo feminino, familiar e pertencente ao lar. E as diferenças entre os sexos presentes na natureza, trazidas pela ciência, disponibilizaram bases para justificar os papéis sociais neste novo ordenamento do mundo social. (LAQUEUR, 2001).

Nas palavras de Laqueur (2001, p.192):

Quando, por várias razões, a ordem transcendental preexistente ou os costumes de tempos imemoriais tornaram-se cada vez menos uma justificativa plausível para as relações sociais, o campo de batalha do gênero mudou para a natureza, para o sexo biológico. A anatomia sexual distinta era citada para apoiar ou negar todas as formas de reivindicação em uma variedade de contextos sociais, econômicos, políticos, culturais ou eróticos (...) Qualquer que fosse o assunto, o corpo tornou-se o ponto decisivo. (LAQUEUR, 2001, p.192)

Assim, nas palavras de Rohden: “A natureza já tinha se encarregado de postular a divisão e caberia a sociedade de respeitá-la e promover um comportamento adequado (ROHDEN, 2003, p.203)”.

Não pretendo aqui me aprofundar nos argumentos presentes na natureza utilizados para construir os papéis sociais de gênero na sociedade ocidental, a partir do século XVIII, com o modelo de dois sexos. Mas, trazer para discussão, que a partir deste modelo, abre se

portas para medicina construir discursos sobre o corpo feminino com novos contornos e com profundas consequências na assistência médica à saúde da mulher.

Com a diferenciação entre os corpos biológicos de homens e mulheres, abre se espaço para o discurso médico denegrir as funções reprodutoras, agora, exclusivamente, femininas:

“Enquanto, no modelo anterior, as formas masculinas e femininas de secreção eram não apenas análogas, mas desejáveis, o caminho estava agora aberto para denegrir, como Geddes fez abertamente, funções que, pela primeira vez, eram vistas como exclusivamente femininas, sem função análoga no sexo masculino.” (MARTIN, 2006, p.76)

Obedecendo aos padrões culturais de gênero e reforçando-os, o discurso médico transformou as funções reprodutivas da mulher de desejável, no modelo de um único sexo, em patológicas. A menopausa e a menstruação, por volta do século XIX, já eram percebidas como distúrbios patológicos (MARTIN, 2006).

Martin (2006) descreveu a presença de pressupostos culturais no discurso médico científico sobre as funções reprodutoras femininas, as quais ela denominou de metáforas. A autora identificou a presença de metáforas do processo produtivo fabril da sociedade capitalista presentes no discurso médico científico sobre a menopausa, a menstruação e o parto. Para os fins desta dissertação, foquei a discussão nas metáforas médicas sobre o parto. No entanto, vale a pena ressaltar que tanto a menopausa e a menstruação são descritas com termos que, sob a aparência de uma suposta neutralidade científica, constroem imagens negativas, de inutilidade e fracasso (MARTIN, 2006).

Martin (2006) acrescentou a metáfora do trabalho de parto como o “processo produtivo fabril” à metáfora “corpo máquina”. Na metáfora corpo-máquina, o corpo feminino seria máquina e o médico o mecânico que o concerta com a utilização de tecnologias de intervenção. Já na metáfora do processo produtivo fabril, o que é realizado pelo útero durante o trabalho de parto é descrito em termos similares aos utilizados para avaliar o tempo, o movimento na indústria e controlar o movimento dos trabalhadores, com objetivo de aumentar a produtividade.

Na visão médica científica hegemônica, o trabalho de parto é um trabalho mecânico contra as resistências oferecidas pelo corpo feminino, denominado canal de nascimento, à força exercida pelo útero e o abdômen para expelir o feto. Além disso, o trabalho de parto foi subdividido em estágio e subestágios até o nascimento da criança e submetido a um controle rigoroso de tempo em horas. Por exemplo, o primeiro estágio, o de dilatação, foi classificado em subestágios de acordo com a dilatação uterina. A avaliação de cada subestágio é realizada pela relação padrão entre dilatação e hora de trabalho de parto. Esta relação possibilita a

classificação do trabalho de parto como bom ou fraco. O desvio desse padrão é traduzido como distúrbio e o diagnóstico do desvio implicará a administração de medicação, fórceps ou cesariana. Estas intervenções serão utilizadas para o aumento da produção (MARTIN, 2006).

Para a autora, as imagens criadas por esta descrição, levam à percepção das mulheres como trabalhadora de uma fábrica. Como em uma linha de montagem, o movimento e o tempo da mulher em trabalho de parto são controlados, com intuito de aperfeiçoar a produção. Os movimentos são subdivididos em uma escala ideal por tempo e mantidos, nos termos da autora, “num certo ritmo de produção”. Neste imaginário médico científico, o útero assume o papel de máquina, a mulher de trabalhadora que produz o bebê e o médico como supervisor do processo. A preocupação médica com os resultados fetais está acima de qualquer crítica (MARTIN, 2006).

Diniz (1997) analisou o discurso “do pai” da obstetrícia brasileira, Fernando Magalhães, em suas *Lições de Clínica Obstétrica*, de 1916. Neste documento, Magalhães descreveu o parto como essencialmente patológico, devido às dores intensas, aos despedaçamentos genitais infringidos pelo parto e aos perigos oferecidos ao conceito pela pelve feminina.

A dor um “erro natural” e uma “injustiça da natureza” e ao médico “varão”⁶ caberia sedar a mulher em trabalho de parto e, assim, libertá-la das injustiças impostas pela biologia e da condenação religiosa. Na visão religiosa, a dor é considerada necessária e uma condenação feminina pela entrega ao pecado da carne (DINIZ, 1997).

Trago o trecho do discurso de Magalhães destacado por Diniz (1997), onde o mesmo classifica a dor como erro:

Talvez seja preferível atribuir ao erro da natureza ou à deliquescência da espécie o transe doloroso que é o surto de uma nova vida; não pode haver castigo divino no injusto sofrimento, tantas vezes cruciantes, com que a mulher exerce a sua gloriosa missão de garantir a perpetuidade da raça humana. Os conceitos filosóficos veem nesta tortura a vantagem do aperfeiçoamento, indispensável á sagrada função, consequência da dor, elemento universal e misterioso. (MAGALHÃES, 1916:104, apud DINIZ, 1997)

No parto como patologia e dores intensas, cabe ao médico sedar a parturiente (DINIZ, 1997). Trecho do discurso de Magalhães:

⁶ Diniz utiliza o termo “varão” na sua análise para caracterizar a medicina científica, também, como forma de exercício de poder do masculino sobre o feminino, e assim, entender a expropriação do parto pela medicina como exemplo das diferenças de gênero que marcavam o contexto histórico: “Desde o século passado, o gênero dos que assistiam ao parto polariza, de um lado, os varões e a assistência científica e culta, e, de outro, a assistência feminina, desqualificada (DINIZ, 1997, p.115)”. E a parturiente ao livrar-se da dominação religiosa e do marido passou a ser dominada pelo poder médico: “Essa parturiente médica re-nasce de um duplo e contraditório movimento: por um lado, a emancipação da mulher do poder patriarcal da Igreja e do marido, e, por outro, sua colonização e dominação pelo poder médico (DINIZ, 1997, p.116)”

“A dor, no que tem permitido a minha observação concluir, parece entrar na gênese dos colapsos observados durante o parto. É fato de observação frequente, mormente si se tem a considerar um terreno histérico ou um estado de depreciação fisiológica, apesar da insignificância da perda sanguínea durante o trabalho ou após o delivramento, manifestar-se um desequilíbrio no organismo da mulher com perda de pulso, síncope repetidas, colapsos. [...] Por isso julgo que é perfeita a indicação de qualquer meio terapêutico com o intuito de anestesiar” (MAGALHÃES, 1916:102, apud DINIZ, 1997)

A descrição de De Lee, um médico americano, sobre o parto é ilustrativa da imagem médica do parto como patologia na década de vinte. Esta imagem tornou-se muito famosa: “O parto (...) equivale para a mãe a cair de pernas abertas sobre um forcado (...) e para a criança, a ter sua cabeça esmagada por uma porta. (...) O parto é, portanto patogênico.” (DE LEE, 1917).

Utilizo a descrição de Diniz (1997) que resume as imagens de Magalhães sobre as dores do parto e forma de tratá-la:

Primeiro, a dor existe, mas por erro da natureza ou pela deliquescência da espécie, não porque seja justa; segundo, ela é resultado da contração uterina, necessária ao processo; terceiro, apesar de necessária e fisiológica, a dor é ao mesmo tempo patológica, podendo levar a mulher ao colapso; quarto, o problema então seria o de suprimir a dor e manter a contração, o que podia ser, finalmente, utilizado de rotina, em todos os partos. (DINIZ, 1997, p.110)

Desta forma, as mulheres durante o parto eram sedadas com um sedativo denominado por Magalhães de Lucina⁷. Com o sedativo a mulher permanecia com a dor, mas perdia a consciência do que havia acontecido. Além disso, com o uso do anestésico, as contrações paravam de acontecer espontaneamente. Isto demandava o uso de mais ocitocina, a adoção de instrumentos para dilatar o colo uterino e, muitas vezes, era necessário retirar o bebê por fórceps. Esta prática poderia proporcionar consequências graves à mãe e ao bebê, como por exemplo, o óbito materno ou fetal. (DINIZ, 1997).

A pelve feminina foi considerada um obstáculo, devido aos seus perigos e armadilhas. Estes perigos deveriam ser enfrentados pelo médico, através do uso dos seus instrumentos cirúrgicos ou pela cesariana. O trajeto, pelve feminina, seria: “acidentado, distócico, intransigente, inoportuno e inseguro dos genitais femininos”. E a cesariana, Magalhães era um grande adepto, a melhor alternativa nos casos de distócia pelviana: “(...) justamente por suprimir o trajeto (...), construindo outro trajeto, não-genital, médico, completo, independente.” (DINIZ, 1997, p.120)

⁷A descrição da Lucina por Magalhães: “Assim, cheguei à formula cujo emprego está testemunhado e que diariamente na Maternidade tão bons resultados obtém. A esta fórmula eu denominei — Lucina — [...] o nome é o da divindade olimpica, Juno, que assim protege na mitologia grega a maternidade humana. Nada mais natural do que colocar a mulher parturiente sob a proteção de uma divindade. [...] A regra após a injeção de lucina é a cessação da dor e os partos fazem-se constantemente silenciosos; nos arredores da maternidade não se ouvem mais os gritos e as lamentações de outrora” (MAGALHÃE, 1916:115-116, apud DINIZ, 1997)

Diniz (1997) descreveu a necessidade de tecnologia médica de rotina na atenção ao nascimento como uma *expressão do pessimismo sexual e reprodutivo*⁸ presente na cultura médica. De acordo com essa cultura, a tecnologia passou a representar uma suposta maneira de prevenir os perigos oferecidos à saúde fetal pelo corpo materno imperfeito.

Assim, no ambiente hospitalar, a assistência à mulher em trabalho de parto transformou-se em um rígido controle médico do movimento, do tempo e espaços. Além disso, foi instituído um conjunto de instrumentos cirúrgicos de intervenção.

De acordo com Diniz (1997), o parto médico hospitalar moderno introduziu a necessidade de tecnologias consideradas violentas e utilizadas rotineiramente (manejo ativo do trabalho de parto) e que confirmam, ainda mais, a ideia de parir como sinônimo de sofrimento:

Na sucessão de modismos técnicos deste século, o parto vaginal médico moderno parece aos poucos tornar-se um anacronismo, com sua sucessão de procedimentos inúteis, violentos, que aparentemente serviam apenas para confirmar que parir é sofrer. A assistência ao parto vaginal concebido como patologia tornou-se um conjunto de procedimentos preventivos médico-cirúrgicos que se justificavam para prevenir os acidentes que o próprio modelo provocava e confirmava (DINIZ, 1997, p.125).

Além disso, a cultura sexual que valoriza a higidez da genitália feminina e percebe a vagina como órgão passivo é utilizada para justificar a necessidade da adoção da episiotomia ou indicação da cesariana. Estes procedimentos seriam responsáveis pela prevenção da perda da higidez vaginal e das lacerações perineais produzidas pelo parto.

As palavras de Diniz (1997) podem resumir as imagens e as práticas sobre o parto da obstetrícia moderna hegemônica:

O parto médico deste fim de século, com seus rosários de riscos, expressa de maneira enfática a versão médica do pessimismo sexual e reprodutivo. O parto dói, insuportavelmente; a prevenção da dor demanda recursos anestésicos; como a mulher anestesiada não consegue parir, deve necessitar de instrumentos ou da cesária. O parto despedaça as entranhas; para prevenir isso, é necessário reconstruir o trajeto. A técnica oferece tudo para que a mulher tema o parto, confirmando e superestimando os sofrimentos que pretende prevenir. À preocupação humanitária com o manejo da dor, agrega-se, de maneira menos ou mais explícita, uma preocupação humanitária com a preservação da higidez genital/sexual da mulher.(DINIZ, 1997, p.128)

⁸ Grifos meus para indicar que o termo é de Diniz (1997)

1.3 O uso inapropriado de tecnologia

Primeiramente, o termo “o uso inapropriado de tecnologia” foi utilizado, nesta dissertação, para se referir à adoção de tecnologia na assistência à gravidez e ao parto, que está em desacordo com o que é estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como mais segura e, por isso, com menor risco de morte e prejuízo à saúde materna e neonatal.

O uso inapropriado de tecnologia na atenção ao nascimento é, atualmente, um problema grave em diversos países. Isto porque representa um dos principais desafios para redução da morbimortalidade materna e neonatal em muitos países de renda média. No Brasil, tal como apontado por Diniz (2009, p.316), há o pior dos dois mundos na assistência ao parto: “adoecimento e a morte por falta de tecnologia apropriada, e o adoecimento e a morte por excesso de tecnologia inapropriada.”

Como, por exemplo, o manejo inadequado da assistência à eclampsia durante a gestação. A eclampsia é uma das complicações da hipertensão⁹ na gestação e é indicado o uso de Sulfato de Magnésio pelo Ministério da Saúde para sua prevenção. Na cidade de São Paulo, menos de 10% das mulheres tiveram acesso a esta terapêutica (VEGA, 2004 apud DINIZ, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (1996) definiu como 15% o índice de cesariana considerado seguro para saúde materna e neonatal. Taxas de cesariana abaixo de 1% ou acima de 15% podem resultar em mais danos do que bons resultados à saúde. Althabe, F e Belizán, J. (2006) demonstraram o impacto sobre a saúde materna e neonatal quando o índice de cesariana estava abaixo de 1% ou acima de 15%, o que ele denominou o paradoxo da cesariana.

⁹ A hipertensão é uma das principais causas de morte materna no Brasil. A redução da mortalidade materna em 75% em comparação com o ano de 1990 é uma das Metas do Milênio para o ano de 2015. A literatura vem associando as altas taxas de cesariana, acima de 15% (OMS, 1996), com as dificuldades de redução da mortalidade materna. As maiores taxas de cesariana ocorrem no setor privado de saúde e entre as mulheres brancas com melhores condições econômicas e de saúde, mas não é neste o grupo de mulheres que mais morre no período gravídico/puerperal. A Mortalidade Materna no Brasil é um problema de saúde pública e considerada uma violação dos Direitos Humanos das mulheres. As principais causas são consideradas evitáveis (hipertensão e hemorragias) e atinge mulheres de forma desigual. As mais acometidas são as de menor renda e escolaridade (BRASIL, 2004). A associação pode estar ocorrendo, devido à cesariana ser a opção terapêutica no caso de emergência obstétrica e nesta ocasião há maior probabilidade de evolução para o óbito materno. Desta forma, talvez incentivar o parto normal pelo o discurso da mortalidade materna não seja a melhor opção, principalmente, entre mulheres de classe média, pois esta pode não ser uma realidade comum entre elas. Nas entrevistas com as mulheres de classe média havia a ideia da *evolução da cesariana*. Esta evolução significava: menos dor, facilidade de locomoção e melhor recuperação e a uma pequena cicatriz cirúrgica de difícil visualização e sem comprometimento estético.

A taxa de cesárea entre as mulheres mais pobres nos países africanos e do sul da Ásia era menor que 1%. Esta taxa associada à falta de profissionais habilitados para atenção ao nascimento contribuiu para 80.000 mortes maternas anualmente nestes países. Por outro lado, nos países como Argentina, Brasil, Chile e México, a taxa de cesariana era maior nos serviços privados do que nos serviços públicos de saúde. Mas, mesmos entre as mulheres mais pobres a taxa de cesariana estava acima dos 15% (ALTHABE, F. e BELIZAN, J., 2006).

Como resultado, há 1-5 milhões de procedimentos cirúrgicos desnecessários todos os anos na América latina, além de causar 100 mortes maternas e 40.000 casos de morbidade respiratória em neonatos e, provavelmente, responsável pela ocorrência de prematuridade e mortalidade neonatal (ALTHABE, F. e BELIZAN, J., 2006).

Seguindo uma tendência mundial, as taxas de cesariana vêm aumentando no Brasil. De acordo com IBGE (2009), a proporção de nascimento em estabelecimentos hospitalares no Brasil passou de 96.6% em 2000 para 97.2% em 2006. Houve um crescimento na taxa de cesariana no Brasil entre os anos de 2000-2007, atingindo 47.39% nesse último ano (IDB, 2007 & IBGE, 2009).

A proporção de nascimentos por cesárea não é uniforme no Brasil. As maiores proporções estão entre as mulheres com melhores condições sócio-econômicas, de etnia branca e assistida no setor privado, paradoxalmente associado ao grupo de mulheres que potencialmente possuem menor risco obstétrico (FREITAS et al., 2005; DOMINIQUE et al, 2002; POTTER, JE, 2001; D'ORSI et al, 1998).

Nas redes de saúde, pública e privada, a incidência de cesárea era superior ao limite máximo de 15% recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996). No ano de 2006, o setor privado atingiu valores de 80% e o Sistema Único de Saúde 26% (IBGE, 2009). Com relação às regiões brasileiras, há uma tendência de aumento das taxas de cesárea em todas as regiões entre os anos de 2000-2007. No ano de 2007, observou-se um crescimento segundo o grau de desenvolvimento sócio-econômico: a região Sudeste possui 54,46% de cesárea, 53% no Sul do país, 53.30% no Centro-Oeste, 47.39% no Norte e 38,22% de cesárea no Nordeste (IDB, 2007).

Comparando as taxas de cesárea entre os países latino-americanos, dentre doze países estudados nesta região, o Brasil apresentava a segunda maior taxa (27.1%), a Argentina com 25.4% e o Chile com maior taxa de 40%, desta forma ocupando o primeiro lugar dentre os países estudados (BELIZAN et al, 1999) .

Com relação ao componente neonatal, uma das principais consequências da adoção inapropriada de cesariana, neste caso acima dos 15% recomendado pela OMS, é a

prematuridade. A prematuridade é o maior determinante da morbi-mortalidade neonatal e vem aumentando no Brasil e no mundo atualmente (LEAL, 2008 e SILVEIRA et al, 2008).

A prematuridade tardia, isto é entre 34-36 semanas, é responsável por 70% das mortes de recém-nascido no Brasil, mas nada é conhecido sobre ela no país¹⁰. Estudos em outros países têm apontado os riscos à saúde do recém-nascido por qualquer tipo de prematuridade e as intervenções obstétricas como as principais responsáveis pelo crescimento da prematuridade tardia no mundo (LEAL, 2008).

Nos estados Unidos, 45% da prematuridade é resultado da decisão obstétrica de intervir e interromper a gestação com objetivo de reduzir os riscos materno e infantil, sendo este um fator que vem aumentando nos últimos anos nesse país. De acordo com Leal (2008, p.28):

Os resultados indicam que um componente importante do aumento da prematuridade está relacionado com a forma como a medicina e o sistema de saúde vêm assistindo o risco obstétrico, ou seja, uma assistência voltada para intervenções, tanto por indução do trabalho de parto quanto por cesárea (LEAL, 2008,p.28)

Além disso, na cidade do Rio de Janeiro, apesar de uma melhoria nos indicadores de condições vida e de acesso aos serviços de saúde na atenção obstétrica, houve um aumento da prematuridade, aumento do baixo peso ao nascer e melhoria no Apgar no 7º minuto de vida do recém-nascido (LEAL, 2008). De acordo com Leal (2008), isto, provavelmente, está relacionado a uma *epidemia de prematuridade iatrogênica*¹¹, no município do Rio de Janeiro, principalmente, entre mulheres que são clientes do Sistema de Saúde Suplementar.

Para Leal (2008) é urgente conhecer o impacto das intervenções obstétricas, por indução de trabalho de parto e cesárea eletiva, sobre a prevalência da prematuridade no Brasil. Barros et al (2005) observaram pequenas mudanças na taxa de mortalidade neonatal no período de 1990 a 2004 na cidade de Pelotas (RS). Estas estavam relacionadas com a combinação de três fatores presentes no parto normal e cesariana: aumento da prematuridade, aumento do baixo peso ao nascer e melhora nos cuidados oferecidos aos recém-nascidos nas unidades de terapia intensiva.

¹⁰Atualmente, a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, o Instituto Fernandes Figueira (IFF), universidades estaduais e federais e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estão desenvolvendo a pesquisa intitulada *Nascer no Brasil: Inquérito sobre Parto e Nascimento* com objetivo de conhecer o impacto das intervenções obstétricas na prematuridade. E está sob coordenação da pesquisadora, do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos da ENSP, Maria do Carmo Leal.

¹¹Grifos meus para destacar o termo utilizado pela da autora Maria Carmo Leal (2008).

No mesmo período, houve melhoras nos indicadores de saúde materna, aumento do acesso aos serviços de saúde, mas, ainda, com problemas na qualidade dos serviços, e aumento no número de intervenções obstétricas, tais como: aumento da taxa de cesariana, principalmente no setor privado (81%) e aumento das induções de trabalho de parto no ano de 2004 (38.7% em gestações com menos de 37 semanas, 38.5% para gestações entre 37 – 38 semanas e 46.5% para gestações com 39 semanas ou mais).

Os autores sugerem que a antecipação do parto nos casos de riscos fetais ou maternos, por cesariana ou por indução do trabalho de parto, seja resultado da superestimação da idade gestacional pela avaliação imprecisa da ultrassonografia. Além disso, a inadequada qualidade da atenção pré-natal contribui para falha do controle de infecção, o que é responsável pela ocorrência da ruptura prematura de membranas e aumento da prematuridade. (BARROS et al, 2005).

Matijasevich (2008) sugere causas distintas para o aumento de prematuridade entre mulheres com menos de um salário mínimo e com mais de dez salários mínimos nos últimos vinte dois anos em Pelotas: no primeiro grupo, as infecções seriam as principais responsáveis, já no segundo grupo seriam as cesáreas eletivas.

No caso das gestações entre 37 e 41 semanas, consideradas a termo¹², as interrupções eletivas são responsáveis por resultados neonatais inadequados. Nos Estados Unidos, quase a metade dos partos a termo são planejados (44%) e, dentre estes, 71% são eletivos, isto é, sem alguma indicação médica. Nos partos eletivos, por cesariana ou indução de trabalho de parto, o número de crianças encaminhadas à Unidade de Terapia Intensiva aumentava quanto mais próximo de 37 semanas (17.8% - 37-38; 8% - 38-39; 4.3% - 39 semanas ou mais) (CLARK, 2009).

Na Austrália, num estudo no período de 1999 a 2002, a taxa de admissão de recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva entre mulheres de baixo risco era maior entre mulheres com 37 semanas (15,4%), 12.1% entre as com 38 semanas e 5.1% entre as com 39 semanas (TRACY et al, 2007).

Leal (2008), com base em estudos sobre morbidade respiratória em neonatos e parto por cesariana eletiva, destacou o maior risco de morbidade respiratória em cesarianas eletivas à medida que a idade gestacional diminuía: 37 semanas: risco 3,9 maior; 38 semanas: risco três vezes maior; e 39 semanas: risco de 1.9 vezes.

¹² Gravidez a termo: entre 37-41 semanas. Neste intervalo o feto é considerado apto para o nascimento e com boa adaptação à vida extra-uterina.

Outro exemplo de uso inapropriado de tecnologia na atenção ao parto, pode ser observado pela manutenção da episiotomia de rotina nos serviços de saúde, público e privado, no Brasil. A indicação desse corte cirúrgico é aconselhada no máximo a 15-30% dos casos ou menos (ALVES, MTSB & SILVA, AAM, 2000). Recomenda-se sua utilização em caso de sofrimento materno ou fetal durante trabalho de parto ou inadequado progresso do parto por resistência perineal (OMS, 1996 & ENKIN et al, 2005).

No estudo realizado na América Latina entre 1995 e 1998 sobre taxas de episiotomia entre primíparas, verificou-se taxas similares entre os serviços hospitalares de atenção primária, secundária e terciária (respectivamente 89.8%, 91.6% e 92.7%). A mesma similaridade foi visualizada entre os hospitais da rede pública e privada (respectivamente, 90.2% e 96.4%). Quando comparado os países da América Latina, o Brasil apresentou uma taxa de episiotomia de 94.2%, a Argentina uma taxa de 85.7%, e o Chile 95.9% (ALTHABE, F. et al, 2002).

Assim, no modelo médico hegemônico¹³ de atenção ao nascimento no Brasil, as mulheres nas maternidades são submetidas a uma cesariana eletiva ou a episiotomia. Diniz (2004) utiliza os termos “The Cut Above”, no caso da cesariana, ou “The Cut Below”, no caso da episiotomia, para descrever as práticas médias de assistência ao nascimento no Brasil.

Na maioria das vezes, as mulheres atendidas pelo setor privado passam pela cesariana eletiva ou, com raras exceções, pelo parto vaginal com as intervenções médicas, tais como: indução do parto com adoção de ocitocina ou misoprostol¹⁴, episiotomia de rotina, Kristeler, uso de fórceps¹⁵ em primíparas. Todos estes procedimentos são muito dolorosos, mas no setor privado há o uso de anestesia peridural em quase 100% das mulheres e o sofrimento físico passa como suportável (DINIZ, 2009).

Por outro lado, são as mulheres pobres que vivenciam este modelo de forma mais perversa. No momento do nascimento, pacientes atendidas pelo SUS não possuem garantia de

¹³Davis-Foyd (2001) descreveu a existência de três paradigmas de cuidado presentes na assistência à gravidez e ao parto, em particular no Ocidente, sendo eles: o tecnocrático, o humanístico e o holístico. O modelo tecnocrático seria o hegemônico na maioria dos países da sociedade ocidental, sendo o Brasil um exemplo. Neste modelo, o médico ocuparia o centro das decisões na condução das práticas assistenciais e os aspectos psicossociais que envolvem a gestação não seriam considerados na definição das condutas terapêuticas. No interior dos hospitais, local privilegiado de desenvolvimento da assistência médica, as mulheres seriam submetidas à grande padronização das práticas assistenciais e a ciência e tecnologias seriam supervalorizadas.

¹⁴Medicação utilizada na obstetrícia para induzir o trabalho de parto.

¹⁵Instrumento cirúrgico para extração do bebê durante trabalho de parto

vaga para internação em alguma maternidade pública¹⁶. Assim, são obrigadas a buscar um leito obstétrico em mais de uma maternidade, a chamada peregrinação obstétrica. Isto para mulheres com gestação de alto risco pode significar a morte. Além disso, quando internadas para ter seus filhos são atendidas por profissionais desconhecidos e diferentes dos que realizaram o seu pré-natal. (DINIZ, 2009)

Nas maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS), as gestantes passam por todos os procedimentos médicos de rotina, descritos anteriormente, mas sem o uso da anestesia peridural. Apesar da legislação que garante este direito, no SUS, as mulheres não possuem acesso a esta tecnologia, devido à falta de recurso para o pagamento do anestesista: “Como estes procedimentos multiplicam as dores, ter ou não ter acesso à anestesia efetiva pode fazer uma enorme diferença na qualidade da experiência do parto, para a parturiente, para o bebê e para os profissionais.”(DINIZ, 2009, p.321)

Com a falta de privacidade e cuidado com o bem-estar físico e emocional das parturientes assistidas pelo SUS, que, pelo contrário, deveriam ser uma prioridade, a situação fica ainda pior. Como palco para ocorrência deste modelo, há os problemas presente em todos os serviços oferecidos à população pobre pelo SUS: as relações hierárquicas entre profissionais e usuários e os tratamentos desrespeitosos por preconceitos de classe e descaso com a população. (GAMA, 2009; WOLFF, 2008; DINIZ, 2004 e DOMINIQUE et al, 2002)

1.4 Os fatores associados ao uso inapropriado de tecnologia

Peter Conrad (2007) descreveu a medicalização como um processo social pelo qual problemas não médicos passam a ser considerados doenças ou desordens. A medicalização, ao invés de sinônimo de um imperialismo médico, como sugerido por Illich (1976), é resultado da interação entre médicos e outros atores sociais.

Na medicalização do parto, há a combinação de diversos fatores que contribuem para a problemática do uso inapropriado de tecnologia na assistência ao parto e que não se limitam ao poder médico exclusivamente. Destaquei nesta discussão elementos específicos que influenciam diretamente a forma como as práticas na atenção ao nascimento hoje se

¹⁶ A Rede Cegonha foi lançada em 2001 pelo ministério da saúde como estratégia para qualificar a atenção à saúde da mulher durante a gravidez, parto e até os dois primeiros anos da criança. E possui como um dos objetivos garantir a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro no parto.

configuram, bem como os elementos mais gerais que podem ser considerados palco para medicalização do parto. Iniciarei pelos elementos mais gerais.

A introdução da lógica capitalista no setor da saúde e a constituição do Complexo Médico-Indústrial no setor, descrito por Hésio Cordeiro em 1980, vêm influenciando a prática médica, a formação em saúde, as representações coletivas sobre o processo saúde-doença e o consumo de tecnologia médica pela população. Tendo como resultado, nos últimos cinquenta anos, a aceleração da medicalização na sociedade de maneira geral. Houve o aumento do número de diagnósticos médicos, a expansão da esfera considerada de jurisdição médica e o consumo intensivo das novas tecnologias médicas lançadas, de maneira cada vez mais rápida, no mercado da saúde. A consequência desta expansão foi o aumento dos gastos em saúde nos diversos países da sociedade ocidental. Os Estados Unidos é o exemplo exponencial. (CONRAD, 2007).

Para Vianna (2002) no complexo econômico da saúde são as indústrias - farmacêutica e de equipamentos médicos - e o capital financeiro na saúde que passam a assumir o papel de destaque, na medida em que moldam o comportamento dos outros agentes participantes do complexo.

Foi após a segunda guerra mundial que as indústrias assumiram grande importância na sociedade. As descobertas de novos medicamentos com impacto na melhoria de saúde da população e o desenvolvimento de novos equipamentos médicos influenciaram o imaginário social da população sobre a saúde, a prática médica e o setor de prestação de serviços médicos (VIANNA, 2002).

As novas tecnologias impulsionaram a formação de especialidades médicas, o desenvolvimento de cursos de pós-graduação para formar profissionais aptos a trabalhar com as tecnologias lançadas no mercado e a adaptação dos prestadores de serviços médicos orientada pelo lançamento das mesmas (VIANNA, 2002).

No imaginário médico e da população a tecnologia assumiu grande valor. A indústria farmacêutica e seus produtos passaram a ser considerados uma conquista da humanidade e salvação dos problemas de saúde. A qualidade de atendimento médico passou a ser considerado sinônimo de alta tecnologia (VIANNA, 2002).

Para diagnóstico e terapêutica, se antes era necessário um raio x, agora faz-se a tomografia. Na atenção ao nascimento, a ultrassonografia ganha destaque e as novas tecnologias 3D são utilizadas para proporcionar prazer na visualização do feto. Neste processo, a ultrassonografia passou de instrumento para detecção de anomalias fetais a objeto de consumo e lazer (CHAZAN, 2005).

A mídia tem um importante papel para o fortalecimento deste imaginário, através da divulgação de doenças de difícil diagnósticos ou tratamentos com a necessidade de uso intensivo de tecnologias para o seu manejo, com consequências diretas no comportamento da população (CAMARGO JR, 1995).

O culto ao novo, fruto da ideologia do progresso científico, está presente no imaginário médico e da população e possui impacto nas práticas de saúde. Como consequência, médicos incorporam de forma acrítica a tecnologia à sua prática sem levar em consideração a qualidade técnica da mesma. Outro fator que contribui para este tipo de incorporação é a formação médica. Esta está cada vez mais orientada para reprodução de técnicas do que para produção de conhecimento. A falta de controle sobre a produção de conhecimento é agravada pela formação inadequada para avaliar a qualidade dos trabalhos publicados nos periódicos especializados (CAMARGO JR, 1995).

Além do culto ao novo, há o culto ao aparelho como resultado da lógica de mercado presente na organização do campo médico, já que exames solicitados possuem maior remuneração quando comparados ao valor da consulta (CAMARGO JR, 1995).

Outro ponto que merece destaque é o aumento significativo da proletarização do trabalho médico, claro que com impacto diferente nas diversas especialidades médicas, como resultado das políticas de remuneração do setor público e pelo repasse das seguradoras de saúde (CAMARGO JR, 1995).

Passo, agora, aos elementos mais, diretamente, relacionados à medicalização do parto. Primeiramente, as altas taxas de cesáreas não podem ser associadas aos esforços para qualificar a saúde perinatal, uma vez que os índices são menores entre os pobres, com maior número de patologias obstétricas, distócias e outras patologias da gravidez e do parto (CECATTI & FAÚNDES, 1991).

Conforme descrito por Cecatti e Faundes (1991), a alta incidência de cesárea seria resultado da organização da assistência obstétrica, da formação dos profissionais de saúde e dos fatores sócio-culturais presentes na prática médica e no imaginário da sociedade. Berquó (1993) apontou a demanda por laqueadura tubária concomitante à cesárea como um dos responsáveis pelas altas taxas dessa cirurgia.

Com relação à organização obstétrica, a preferência pela cesárea ocorreria pela maior remuneração deste procedimento e a ausência de oferta da analgesia de parto na década de 1970, no entanto, mesmo com as mudanças desses fatores, a tendência de crescimento não foi modificada (CECATTI & FAÚNDES, 1991).

Atualmente, a conveniência de uma intervenção programada que otimiza o tempo dos profissionais é um dos fatores responsáveis pela preferência médica à cesariana. Este pode ocorrer a qualquer hora do dia ou da noite, fins de semana ou feriado. Assim, mesmo com a isonomia de valores entre parto normal e a cesariana, esta continuaria a compensar mais, considerando-se o ganho por hora (CECATTI & FAÚNDES, 1991; HOPKINS, 2000). A proletarização do trabalho médico e as péssimas condições de trabalho do obstetra são argumentos utilizados por obstetras para a cesariana eletiva (DINIZ, 2001).

Desta forma, médicos e maternidades privadas possuem maior lucratividade com a cesariana, devido à facilidade de programação de data e horário do procedimento cirúrgico e pela possibilidade de realizar maior número de cirurgias num dia.

A formação profissional tem privilegiado o uso de tecnologia sofisticada e do aprendizado da patologia em detrimento da aprendizagem da assistência ao parto normal e das necessidades da mulher (HOTIMSKY et al., 2005, RATTNER, 2009, DINIZ, 2001). Por isso, os recursos humanos são apontados por gestores como um dos principais desafios para a mudança no nascimento (DINIZ, 2001). Diante desse fato, fica sob-responsabilidade do gestor implementar processos de sensibilização com ênfase nas ideias humanistas e de resgate da relação médico-paciente na instituição, organizar capacitações sobre as evidências científicas e manter o programa de formação continuada. Mesmo assim, não tem sido suficiente para transformação do modelo intervencionista (DINIZ, 2001).

O Conselho Federal de Medicina tem sido considerado um dos pontos de resistência para a mudança da prática médica tradicional e hegemônica, junto ao aparelho formador (RATTNER, 2009).

A falta de preparo profissional na assistência ao parto frente à incerteza de hipóxia ou trauma fetal contribui para o aumento da frequência desta cirurgia (CECATTI & FAÚNDES, 1991). Além disso, as dificuldades de leito nas maternidades têm influência sobre a prática obstétrica. No serviço privado é utilizada como justificativa para cesariana programada. Alguns obstetras, por exemplo, em São Paulo, marcam “o dia da cesariana”¹⁷. No setor público, devido à falta de leito, ao invés da cesariana¹⁸, há a indução ou aceleração do trabalho de parto, com uso de ocitocina e amniotomia de rotina para todas as mulheres, com objetivo de liberar os leitos nas enfermarias ou pré-parto (DINIZ, 2001).

¹⁷Termo de Diniz (2001)

¹⁸ No setor privado não há controle sobre a prática obstétrica. Já no setor público, devido a teto máximo para o pagamento de cesariana, o trabalho do obstetra é submetido a um maior controle.

Há na cultura obstétrica a necessidade de passar o plantão com o pré-parto vazio à equipe do serviço noturno. Assim, existindo pacientes internadas no setor em trabalho de parto numa determinada hora próxima ao término do plantão, a cesariana é, prontamente, indicada, mesmo se não houver indicação. Ou então, tecnologias (ocitocina, aminotomia, redução de colo¹⁹) de intervenção são utilizadas para acelera o trabalho de parto (DINIZ, 2001).

Além disso, o pré-natal não prepara a mulher grávida psicologicamente para o parto e, ao invés de prevenir seus medos e inseguranças, os estimula ainda mais. Fatores sócio-culturais contribuem para esse resultado, entre eles estão o medo da dor durante trabalho de parto, a crença que o parto normal compromete a anatomia e fisiologia da vagina, provocando possível desconforto para o parceiro no coito vaginal e a ideia do maior do risco à saúde neonatal atrelada ao parto normal quando comparado à cesariana (CECATTI & FAÚNDES, 1991).

Com relação à cesárea a pedido, estudos (HOPKINS, 2000; HOTIMSKY, 2002; BARBOSA et al, 2003; DOMINIQUE et al, 2002) têm demonstrado que, ao contrário da alegação de obstetras, a maioria das mulheres brasileiras prefere ao parto vaginal, sendo a mais rápida recuperação e menor dor no pós-parto as principais razões para esta preferência.

¹⁹Técnicas obstétricas para acelerar o trabalho de parto: Aminiotomia (ruptura artificial da bolsa d'água) e redução do colo (através de toque vaginal, o obstetra realiza a dilatação manual do colo uterino)

2 MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

Neste capítulo realizei uma descrição do paradigma de humanização do parto defendido pelo Movimento de Humanização do Parto e Nascimento. Este movimento vem desde sua formação militando pela mudança das práticas assistenciais de saúde na atenção ao a gravidez e o parto, através da denúncia das elevadas taxas de cesariana e as intervenções desnecessárias no nascimento no Brasil e no Mundo, bem como suas consequências à saúde materna e fetal. Além disso, divulga o parto como evento fisiológico e natural, propõe relações igualitárias entre profissionais e parturientes, descreve a experiência da gestação e do parto como prazerosa e valoriza o resgate do papel central da mulher no processo.

Para Tornquist (2004) o parto humanizado é um desdobramento do Ideário do Parto sem Dor analisado por Salem (1987). Por isso, iniciarei este capítulo pelas ideias deste ideário descritas por Salem (1987) quando esta autora realizou uma incursão no universo moral dos sujeitos pertencente ao chamado casal gravídico. Em seguida, trarei algumas características da principal atriz envolvida no Movimento (a Rede de Humanização de Parto e Nascimento – Rehuna) e, posteriormente, as principais características do parto humanizado com base nas recomendações da Organização Mundial de Saúde.

2.1 O ideário do parto sem dor (PSD): As gerações PSD e Pós-PSD

De acordo com Diniz (2001 e 2005) o termo humanização do parto é polissêmico²⁰, mas trarei para discussão a descrição de humanização do parto introduzida pelo Movimento

²⁰ Diniz (2001 e 2005) estabeleceu o termo humanização do parto como polissêmico. Para ela isto dá visibilidade às disputas políticas no interior do campo obstétrico pela legitimidade de discurso: “Trata-se de um diálogo, em um espaço político a ser ocupado, no qual essas reivindicações de legitimidade em disputa podem ser convergentes ou conflitantes.” E os sentidos são (reproduzo a ordem dada pela autora e que não correspondem a uma hierarquia de importância): legitimidade da Humanização como sinônimo de assistência baseada em evidências científicas, e, desta forma, o discurso técnico é apropriado como discurso político; Humanização como assistência baseada em direitos, neste caso relaciona-se a garantia por assistência segura ao parto, livre de violência e aos direitos humanos; Humanização como legitimidade epidemiológica, isto é, como melhores resultados do uso da tecnologia sobre a saúde da população e não sobre o indivíduo. Humanização como disputa corporativa e profissional, devido ao redimensionamento dos papéis e poderes na assistência ao parto, na medida em que a enfermeira obstétrica passa a compor a equipe de atendimento ao parto normal e o obstetra perde a função principal; Humanização como racionalidade no uso dos recursos e assumem contornos positivos e negativos. Por um lado, a humanização como uma “medicina para pobre”, pois é percebida como economia de recursos, através da negligência de cuidados para os mais carentes. Por outro, o apropriado uso de recursos, frente escassos recursos financeiros, permite o menor gasto e maior alcance das ações em saúde; Humanização como redimensionamento da relação médico-paciente e enfermeira-paciente. A parturiente com participação nas decisões sobre sua saúde, com ênfase no diálogo e negociações entre profissional-mulher, além da inclusão do pai, doulas (profissionais que dão apoio físico e emocional à gestante), incentivo a

de Humanização do Parto e Nascimento no fim da década de oitenta. Torquinst (2004) considerou o Parto Humanizado um desdobramento do “Ideário do Parto sem Dor” descrito por Salem²¹. Foi a partir de uma ruptura com a obstetrícia tradicional, que obstetras anunciaram o Parto Sem Dor (PSD) (SALEM, 1987).

Na década de cinquenta, o *Ideário do Parto sem Dor*²² repercutiu pela Europa e trouxe novos contornos aos discursos e às práticas sobre o parto. Foi introduzido pelos obstetras Lamaze²³, na França, e Dick-Read, na Inglaterra. Sintonizados com as reivindicações de mulheres de setores médios e críticos ao modelo hegemônico de atenção, estes obstetras redescreveram a experiência do nascimento e a fisiologia corporal feminina, rompendo com a medicina tradicional e as concepções religiosas sobre o parto. Eram críticos da concepção patológica do parto e do corpo feminino, da experiência do parto como necessariamente dolorosa, da passividade feminina e do uso intensivo de tecnologia no nascimento (SALEM, 1987).

Postulavam que a concepção tradicional sobre o parto como uma experiência dolorosa e sofrida era resultado da influência de fatores sócio-culturais e defendiam a eliminação dos mesmos, através da aprendizagem do método de controle da dor²⁴. Além disso, defendiam a capacidade fisiológica e psicológica feminina para experimentar o nascimento, a experiência do nascimento como possivelmente prazerosa, a participação ativa da mulher no processo e a participação do marido (SALEM, 1987).

gentileza e boa-educação entre instituição e consumidor. Mas esta mudança é orientada pela noção do direito do consumidor à escolha, seguindo mais uma lógica liberal do que pela dos direitos sociais. Seguindo a lógica liberal e respondendo às demandas dos consumidores dos produtos de saúde, há uma mudança na arquitetura das instituições privadas, como por exemplo, as salas de pré-parto e pós-parto (PPP) ou as “Labour and Delivery Room”, banheiras de hidromassagem para trabalho de parto. Entre as mulheres de classe média que participaram deste estudo, duas maternidades representavam a melhor qualidade na assistência médica. Uma pela melhor qualidade de assistência ao risco fetal e a outra ao risco materno. Além disso, oferecem a famosa sala de parto humanizado, um luxuoso serviço de hotelaria e estético às consumidoras que os desejam; O último sentido está associado ao alívio da dor. Isto através da garantia da analgesia peridural as pacientes do SUS, já que no serviço privado esta tecnologia é oferecida para 100% das pacientes. Para alguns médicos mais afastados do ideário das evidências, a analgesia de parto é sinônimo de parto humanizado.

²¹ Tese de Doutorado: Sobre o Casal Gravídico: Uma incursão em um universo ético. Museu Nacional, Rio de Janeiro, 1987.

²² Grifos meus para destacar que este termo foi utilizado por Salem (1987)

²³ De acordo com Tornquist (2004), as disputas por legitimidade do modelo de atenção ao parto, na década de cinquenta no contexto de pós-guerra, revelaram lutas no campo da medicina e da política. Num contexto de Pós-Guerra, o médico Fernand Lamaze ligado à Resistência Francesa, importante movimento humanista que se opôs ao nazismo e ao colaboracionismo do governo francês durante 2º Guerra Mundial com a Alemanha, integrou uma comitiva de cientista à União Soviética e lá aprendeu os métodos utilizados nas maternidades russas para facilitar o trabalho de parto. Em seguida, transformou o método em projeto de lei, com apoio do Partido Comunista, para garantir a todas as parturientes o direito de acesso ao PSD. Assim, entre os defensores do método estavam: ativistas e simpatizantes do front populaire que conseguiram uma aproximação com as comunidades por canais próprios como, por exemplo, a imprensa humanista, sindicatos e partidos de esquerda. Entre os oponentes: a Igreja Católica, a maioria da categoria médica, os partidos conservadores (pró-americanistas e colaboracionistas). Além disso, o próprio Dick-Read foi resgatado por críticos de Lamaze e considerado um método ocidental não comunista com os mesmos propósitos de Lamaze (Tornquist, 2004).

²⁴ Lamaze o denominava método psicoprofilático.

Para abolir a dor sem a utilização de medicamentos, o casal deveria participar de grupos de preparação pré-natal coordenados pelo obstetra com objetivo da aprendizagem dos aspectos físicos e psíquicos da gestante durante o parto. Assim, a gestante e o marido recebiam dos médicos informações sobre anatomia feminina, fisiologia da gravidez e do parto e treinamento para o controle da dor, através da aprendizagem de técnicas de respiração e de relaxamento (SALEM, 1987).

Na década de setenta e oitenta, reproduzindo algumas bandeiras do Ideário do Parto sem Dor, aprofundando outras e gerando novas linguagens sobre o parto, uma nova geração de críticos ao modelo hegemônico defendeu o parto natural e o casal gravídico. Esta geração foi considerada uma ramificação do PSD e denominada por Salem (1987) como geração Pós-Parto sem Dor (Pós-PSD). Esta junto aos obstetras do PSD compuseram as *Vanguardas Obstétricas*²⁵. Já Tornquist (2004) os qualifica como correntes heréticas do campo obstétrico.

A geração pós-PSD foi formada, principalmente, por três obstetras (Leboyer, Michel Odent, Moisés de Parcionick) e uma Antropóloga (Sheila Kitzinger). Estes tornaram-se um dos principais referenciais teóricos entre os defensores do Parto Humanizado e representam os ideólogos do parto natural, parto de cócoras e o casal gravídico.

Leboyer desviou o foco de atenção da mulher para o recém-nascido no parto e denunciou o sofrimento causado ao bebê pelo modelo ocidental moderno de atenção ao nascimento. Inspirado na filosofia Hindu, o autor fez críticas à *tecnologização*, *desafetivação* e a *perda pelo gosto da simplicidade*²⁶ presentes no modo de vida do homem ocidental moderno e que estavam presentes, também, na assistência ao nascimento. No seu livro *Nascer Sorrindo* propõe, de forma poética, a maneira como a equipe médica e a parturiente deveriam promover um nascimento sem violência de modo que a criança nascesse sorrindo. Além disso, incentiva a paciência, a modéstia, o amor e o silêncio como linguagem adequada para o nascimento do bebê, ao invés, de orçamentos caros e recursos eletrônicos (SALEM, 1987).

Incentivou a penumbra na sala de parto, o silêncio das pessoas presentes, que o bebê seja colocado sobre o ventre materno para amamentação e acariciamento, condena a prática obstétrica de segurar o bebê ao nascer pelos pés, dar palmadas e o corte imediato do cordão umbilical logo após o nascimento. Além de *Nascer Sorrindo*, Leboyer escreveu o livro

²⁵Grifos meus para marcar que esta denominação é de Salem (1987), já que os adeptos do método do parto sem dor intitulavam-se como inauguradores de uma nova forma de vivenciar a gestação e o nascimento. Por outro lado, de acordo com Tornquist (2004), estas vanguardas podem ser consideradas corrente heréticas da obstetria que buscam legitimidade e poder dentro do campo obstétrico.

²⁶ Os termos grifados são de Leboyer.

Shantala e inaugurou no ocidente as massagens realizadas pelas mulheres hindus aos recém-nascidos (SALEM, 1987).

Seguidor de Leboyer, Michel Odent defendeu que a mulher, durante trabalho de parto, deveria reencontrar seus instintos perdidos no processo civilizatório. Com isso, passou a estimular que os profissionais participantes da atenção ao nascimento facilitassem o esquecimento feminino *dos condicionamentos culturais e o controle intelectual*²⁷. Para tal, a estrutura física do local do nascimento e a postura profissional frente à parturiente deveriam passar por modificações, com intuito de possibilitar uma menor interferência na fisiologia do nascimento. Desta forma, permitiria a mulher, por um processo regressivo natural, perder o controle e entrar em contato com seus instintos perdidos (SALEM, 1987).

Na maternidade Pithiviers, na França, sob a direção de Michel Odent, novas concepções e práticas sobre o nascimento foram desenvolvidas para o alcance desses objetivos. Além disso, grupos de preparação de parto eram oferecidos aos cônjuges. Além dos obstetras, as parteiras participavam da assistência e a relação entre casais e profissionais era marcada pela igualdade. A experiência do nascimento devolvido à mulher e vivenciada como uma experiência emocional e sexual²⁸ do casal, ao invés, de um evento médico marcado pela tecnologia e relações impessoais.

Naquela maternidade era a livre movimentação durante trabalho de parto era estimulada e a livre escolha pela posição do nascimento. Na sala de nascimento, ao invés da mesa ginecológica, estavam presentes: um estrado baixo e recoberto por colchão de espuma e almofada colorida, iluminação fraca, vitrola com disco, geladeira com água e sucos e presença de piscina suficiente ampla para entrada da parturiente e seu companheiro. Odent, nos seus últimos escritos, radicalizou a sua defesa do parto como experiência feminina e defendeu a exclusão do homem no nascimento. Com isso, defendeu a *restituição do parto às mulheres*²⁹ – parteiras e gestantes (SALEM, 1987).

Sheila Kitzinger é uma antropóloga defensora do método psico-sexual. Este método possui o objetivo de transformar a experiência feminina no nascimento, através de grupos de

²⁷ O temo grifado é do autor Michel Odent.

²⁸ O parto como experiência sexual é defendido por Michel Odent e Moisés de Parcionick. O primeiro sustenta seu argumento com bases orgânicas. Para ele, alguns hormônios estão presentes em eventos que envolvem o sentimento de amor, como, por exemplo, a ocitocina. Este hormônio está presente no momento do nascimento, amamentação e orgasmo. Como a ocitocina está presente nestes três eventos, o autor o denominou hormônio do amor, bem como associou o parto à sexualidade. Parcionick, obstetra brasileiro do Paraná, incentiva o parto de cócoras, pois esta posição é identificada como a mais natural, já que respeita a gravidade e, por isso, facilita a fisiologia do nascimento. Além disso, defende a associação entre a expulsão fetal e o orgasmo sexual com base na semelhança embriológica e nos mecanismos fisiológicos, além das bases hormonais, existentes entre ambos os processos.

²⁹ Termo de Michel Odent

reflexões entre os casais grávidos e especialistas. Nestes grupos, os casais recebem informações técnicas, conselhos, exercícios de relaxamento e de respiração sobre a gestação e o parto. Com a posse das informações, o casal poderia negociar suas escolhas com os obstetras de forma menos desigual. Além disso, há o estímulo à conversação e a troca de experiências sobre a gravidez e parto entre os casais e profissionais. Sem propósitos normativos, o grupo estimula a expressão e elaboração das emoções.

De acordo com Salem (1987), o pós-PSD converge e mantém alguns aspectos do PSD, sendo eles: o parto como evento fisiológico/natural e como experiência prazerosa, a crítica à tecnologia excessiva, o corpo feminino preparado para o nascimento, o resgate do protagonismo feminino, preparação para gestação e nascimento em grupos com os especialistas e estímulo à presença paterna e a maternidade voluntária como uma decisão do casal. As críticas da geração pós-PSD aos obstetras do PSD referiam-se à necessidade do controle e ao condicionamento feminino estimulados pelos grupos de preparação para o parto e o desprezo à subjetividade e ao inconsciente feminino.

O grupo do pós-PSD radicalizou nas propostas de desmedicalização do parto e utilizou uma linguagem mais psicologizada sobre gestação e parto. A desmedicalização no pós-PSD enfatizou dois aspectos: a negação do poder médico e ao incentivo à participação de outros profissionais na atenção ao nascimento. O poder médico é representado pelo poder do especialista e na expropriação dos direitos do casal.

Assim, o acesso à informação e o direito a escolha informada e consciente pelo casal recebem destaque nesse grupo, pois, desta forma, as mulheres passariam a condição de sujeito. A hierarquia nas relações entre obstetras e mulheres cede lugar à igualdade. Da posição de centralidade, médicos passam à invisibilidade técnica no processo. No pós-PSD, médicos seriam facilitadores do processo e deveriam oferecer apoio físico e psicológico à mulher (SALEM, 1987).

Além dos médicos, outros profissionais seriam necessários para a vivência prazerosa do parto, já que no PSD somente o médico poderia ser o responsável pela preparação do casal. A própria representação do obstetra é modificada do PSD para o pós-PSD: no primeiro, o obstetra seria o *chefe de orquestra* e, no segundo, o facilitador e as qualidades valorizadas: a paciência, modéstia, amor e o silêncio. Apesar das críticas, a geração pós-PSD não retira o obstetra do evento, não nega os progressos alcançados pela obstetrícia e suas críticas centram-se na adoção abusiva e desnecessária de tecnologia médica.

A gestação e o parto de uma linguagem médica e biológica passa a ser informada por uma linguagem psicologizadas. Neste grupo, as experiências subjetivas da mulher, do homem

e do casal com a gravidez, parto, maternidade e paternidade são valorizadas. Nas palavras de Salem (1987, p.90):

(...) deságua se numa perspectiva que concebe a experiência da gravidez, do parto e do nascimento como assuntos cruciais do ponto de vista das psicologias individuais. A relação da mulher e do homem consigo mesmos, a interação do casal, o relacionamento (atual e passado) de cada parceiro com suas famílias etc. são encaradas como determinantes para o sucesso e insucesso do processo em curso merecendo, por conseguinte, escrutínios e cuidados especiais. (SALEM,1987,p.90)

Para este propósito, o grupo de preparação de casais era indispensável. Neste espaço, o grupo era estimulado à reflexão constante do self. A conversação, a expressão e a elaboração das experiências individuais eram estimuladas e, através disso, o indivíduo era impulsionado ao autoconhecimento, autoconfiança e autotransformação.

A necessidade do controle defendida pelo PSD para o sucesso na experiência do trabalho de parto é alvo de críticas entre os defensores do pós-PSD. Os últimos defendiam a liberação do indivíduo e a antinormatividade. A ênfase na atividade reflexiva, durante os grupos, tinha como objetivo a expressão do sujeito, sua liberação das normas e a autotransformação. A norma passa a ser antinormatividade, o anticontrole e desrepressão dos indivíduos.

Desta forma, Salem declarou que o valor imputado ao indivíduo como ser psicologizado, a liberação individual e a igualdade eram os valores axiais defendidos pelos ideólogos do pós-PSD. Além disso, defendeu a presença de um ethos individualista libertário entre ideólogos do pós-psd e defensores do parto natural, bem como sugeriu uma sintonia entre o ideário do parto natural e as ideias dos movimentos sociais da contracultura da década de sessenta e setenta (SALEM, 1987).

2.2 O movimento pela humanização do parto e nascimento: o parto humanizado

Pode se falar da existência de um movimento em prol da humanização do nascimento no Brasil, a partir do final da década de oitenta, quando houve a formação de Organizações Não-Governamentais(ONGs) e Redes identificadas com a defesa do parto humanizado e críticos ao modelo hegemônico de atenção ao nascimento (TORNQUIST, 2007).

Este movimento conta com a participação da Rede de Humanização de Parto e Nascimento (Rehuna) como integrante fundamental³⁰. Esta ONG foi criada em 1993 por profissionais inspirados nas ideias de Leboyer e Michel Odent e eram resistentes ao modelo hegemônico de atenção ao nascimento. Sua criação ocorreu numa *espécie de retiro*³¹ em um sítio na cidade de Campinas para discutir a situação de nascimento na sociedade brasileira. Este encontro foi organizado pelo grupo de Parto Alternativo da Universidade Estadual de Campinas liderado por Hugo Sabatino. Na fundação da Rehuna foi publicada a Carta de Campinas. Nesta carta o grupo denunciou a assistência ao nascimento nas instituições de saúde brasileiras como violenta e prejudicial à saúde materna e fetal.

Os participantes do encontro eram representantes dos seguintes grupos: Cais do Parto (PE), Casa de Parto Nove Luas, Lua Nova (Casa de Parto de Niterói que já foi fechadas), Centro Integrado de Estudos e Pesquisas do Homem – CIEPH – SC, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (SP), Grupo Curumim (PE), Hospital São Pio X (GO), Instituto Aurora de Iogas Terapias (RJ), Instituto de Saúde (SP), Maternidade Escola Assis Chateaubriand (CE), Maternidade Odete Valadares (MG), Prefeitura Municipal de Campinas (SP), Puccamp (SP), Defesa da Espécie Humana – REDEH (RJ); SOS Ação – Mulher Família (SP) e da Universidade Federal de Santa Catarina (RATTNER, 2009).

No ano de 2003, o grupo de associados era composto por uma maioria de mulheres ligadas à área da saúde, principalmente médicas e enfermeiras, e com baixa expressão de parteiras tradicionais e antropólogas. Os integrantes formavam uma espécie de *dupla identidade*³² já que eram militantes e profissionais ou com dupla militância. Pertencentes à classe média, estes profissionais atuavam em instituições hospitalares, privadas ou públicas,

³⁰A Rehuna não é a única Organização Não-Governamental (ONG) envolvida no movimento social pela humanização do parto, mas é a que mais se destaca no interior do mesmo. O movimento também conta as ONGs: **Amigas do Parto**: Foi formada em 2001, após a I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento em novembro de 2000 em Fortaleza. As integrantes desta ONG são usuárias ou clientes de serviços. Além disso, participam na difusão de informação e formação de opinião, bem como oferecem cursos para profissionais, disponibilizam banco de teses e artigos e mobilizam mulheres em defesa da integridade corporal e psicológica no parto; **Parto do Princípio**: Formada por usuárias de planos de saúde de vários estados e militam para mudança da assistência nos serviços privados. No ano de 2006, entrou com uma ação no Ministério Público denunciando o abuso de cesariana na rede suplementar de saúde e defendendo o direito ao parto normal e humanizado. Desde a ação, medidas vêm sendo adotadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para incentivar o parto normal na rede privada. Além de ONGs, organizações profissionais participam do movimento: A Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras (Abenfo) e Associação Nacional de Doulas (ANDO). Além disso, A Rede Nacional de Parteiras vem mobilizando parteiras para o reconhecimento do seu trabalho pelo Estado; Há Redes de Discussão On-line: partonatural, partonosso, materna, partohumanizado-rs, gestarbeminterior-sp. A rede partonatural conta com uma das pioneiras do movimento como moderadora - A Fadyinha – Doula, educadora perinatal e promotora dos encontros anuais de Gestação e Parto Natural Consciente (Rattner, 2009).

³¹ Termo utilizado por Torquinst (2007) para exemplificar a característica contracultural e alternativa de alguns dos integrantes do grupo.

³² Termo utilizado por Torquinst (2007)

estavam vinculados às Universidades ou com laços em associações ou ONGs (TORNQUIST, 2007).

O movimento no Nordeste³³ é representado por pessoas do campo da saúde popular e do parto, principalmente parteiras tradicionais, e ancorou a Rede a experiências do feminismo histórico, uma vez que o trabalho é caracterizado por uma abordagem sócio-educativa de tipo participativo, com a utilização de oficinas e propostas pedagógicas não tradicionais (TORNQUIST, 2007).

Algumas fundadoras são integrantes do movimento feminista, como por exemplo, a Rede Feminista de Saúde, e, diferente do grupo do parto natural da geração pós-PSD, a saúde coletiva é um dos campos de preocupação e atuação. Uma marca da Rehuna é a sua constante atuação em parceria com o Estado. Algumas integrantes da Rede tornaram-se consultoras do Ministério da Saúde, referências para estados e municípios e participaram de mudanças da assistência em instituições da rede pública de saúde (TORNQUIST, 2007 & RATTNER, 2009).

Na década de oitenta, não havia a noção de parto humanizado e a experiência de parto natural ficava restrita a medicina privada e a redes de reciprocidades que excluía pagamento. Fora da iniciativa privada, havia experiências pioneiras de parto natural, tais como: Galba de Araújo no Ceará, Moisés e Cláudio Parcionick no Paraná, Hugo Sabatino com o Grupo de Parto Alternativo na Universidade Estadual de Campinas em São Paulo e Calderoy-Barcia no Centro Latino Americano de Perinatologia no Uruguai.

As iniciativas institucionais³⁴ eram restritas e a experiência do parto natural ficava limitada ao parto domiciliar. Talvez porque, as adeptas de Leboyer e do parto natural ou de cócoras pertencessem aos setores de camadas médias e, além disso, compartilhavam o ethos do casal gravídico igualitário³⁵, nos termos de Salem (1987) (TORNQUIST, 2004 & RATTNER, 2009).

No ano 2000, as propostas de humanização foram incorporadas à política pública federal com a publicação do Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento (PHPN). O sentido atribuído à humanização neste documento foi de equidade/cidadania. A preocupação era garantir o acesso a um conjunto de serviços médicos durante o pré-natal e puerpério às mulheres atendidas na rede pública (RATTNER, 2009).

³³ ONGs pernambucanas envolvidas nos trabalhos com a população: Curumim e Cais do Parto.

³⁴ No início da década de noventa, o Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte e Hospital São Pio em Goiás oferecia às mulheres experiências do parto humanizado.

³⁵ Vale a pena ressaltar, que trarei para discussão a definição do casal gravídico nas categorias de análise deste estudo.

O parto humanizado proposto pela Rehuna englobou as propostas de parto natural ou cócoras e de casal gravídico, introduzidas pela geração pós-PSD, combinadas a uma linguagem informada pela Medicina Baseada em Evidências (MBE). De acordo com Tornquist (2007), além da influência feminista, a identidade da Rehuna é formada por duas bases discursivas desde a sua formação com a publicação da Carta de Campinas: a biomédica (BEM) e alternativa³⁶.

No entanto, a divisão é utilizada pela autora como um procedimento heurístico, pois que na realidade empírica há *permanentes negociações e trocas de significados entre os adeptos da ciência e os alternativos*³⁷. Parece haver uma fusão entre os discursos:

O reconhecimento de que, apesar das diferenças, todos querem a mesma coisa é o ponto de aproximação que permite de um lado, os setores biomédicos incorporarem elementos do universo alternativo e, de outro, os alternativos incorporarem elementos do discurso biomédico.(TORNQUIST, 2007, p.157)

Ser enquadrado no campo alternativo, por um lado, confere ao parto humanizado status de *elemento de distinção* e, por outro, é *instrumento de estigmatização*³⁸. Elemento de distinção, pois confere prestígio e distinção entre os integrantes do universo de camadas médias específicas que buscam um estilo de vida diferenciado daqueles considerados tradicionais, convencionais e pertencente à cultura de massa. E a estigmatização é proveniente do campo biomédico (TORNQUIST, 2007).

Até então percebidos como heréticos no interior do campo científico, a busca pela interlocução com a Medicina Baseada em Evidências é identificada pelo movimento como uma forma de garantir a legitimação das suas propostas no campo obstétrico (TORNQUIST, 2007).

A Medicina Baseado em Evidência é uma proposta de avaliação da eficácia e segurança das práticas médicas com base em estudos epidemiológicos randomizados

³⁶A identidade alternativa é neo-espiritualista, ecologista, eco-feminista, anti-medicalista e que valoriza terapias holísticas e práticas de cura não reconhecidas pela biomedicina. Tal ligação pode ser percebida na Carta de Campinas. O conteúdo da carta é marcado pela: preocupação com a questão planetária, conteúdos feministas e ênfase na preocupação com a entrada do milênio relacionada à consciência ecológica e necessidade de paz (TORNQUIST, 2004). O discurso ecológico ganhou importância no interior do movimento de humanização, mas já estava presente desde o discurso do parto natural. Presente na obra de Odent *Gênese do homem ecológico* e na contracultura com a valorização da natureza e ao natural e a crítica ao tecnicismo da sociedade moderna. Assim, o discurso feminista marcadamente presente na carta de Campinas, passa a associar-se crescentemente ao ecologismo, através da ligação com categorias como natural/natureza, animal/selvagem, fisiologia e instinto e a partir de imagens que associam o parto a natureza, tais como: flores, frutas, animais, paisagens, sugerindo o crescimento de uma vertente eco-feminista no interior do movimento. Um exemplo do valor dado a questão ecológica na Rede, foi o título da Conferência Internacional no Rio de Janeiro e, em seguida, em Florianópolis: Ecologia do Parto e do Nascimento (TORNQUIST, 2007).

³⁷Termos de Tornquist (2007, p.156)

³⁸ Os termos grifados são de Tornquist (2007)

controlados. Este tipo de estudo foi incentivado pelo epidemiologista Archiebald Cochrane³⁹ a ser realizado em todas as especialidades médicas, como forma de racionalização econômica e realocação dos investimentos em práticas com maior evidência científica de eficácia e segurança (DINIZ, 2001).

A Europa foi pioneira nos neste tipo de estudo na atenção ao nascimento. Neste continente, o aumento dos gastos em saúde não acompanhados por melhoras nos indicadores de morbi-mortalidade materna e perinatal e a falta de consenso sobre os melhores procedimentos impulsionaram a criação de um comitê regional para avaliação das práticas. Com apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS), novos grupos de profissionais foram criados para realização de estudos de eficácia e segurança na atenção ao nascimento. Estes grupos, além de especialistas, eram formados por representantes dos grupos de mulheres e organização de consumidoras dos serviços de saúde (DINIZ, 2001).

Os resultados destes trabalhos foram publicados pela OMS como “recomendações da OMS” e serviram de base para formação das reivindicações da Rehua. São eles: *Appropriate Technology for Birth (World Health Organization- WHO,1985)* também identificada como Carta de Fortaleza – Primeiro manifesto internacional da Rede de Humanização do Parto e Nascimento; *Recommendations for Appropriate Technology Following Birth* – conhecida como Carta de Trieste e é para neonatologia o que a Carta de Fortaleza é para obstetrícia; *Care in Normal Birth: A Pratical Guide (WHO,1996)*. Este documento é uma sistematização dos estudos de eficácia e segurança na atenção ao nascimento. Por fim, foi publicado em 1998 o *World Health Day: Safe Motherhood (WHO,1998)* que retoma o que os documentos anteriores publicaram e colocam a Maternidade Segura como direitos humanos das mulheres (DINIZ, 2001).

De acordo com as recomendações da OMS, o parto passou a ser considerado um evento fisiológico com necessidade mínima de intervenção no processo natural compatível com a segurança da mãe e do bebê. Além disso, apontou como índice aceitável de cesárea de até 15% em todos os países e as práticas assistenciais ao parto normal foram classificadas como:

A: Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B: Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C: Práticas em relação às quais não Existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; D: Práticas freqüentemente utilizadas de Modo inadequado” (OMS, 1996, pág. 1).

³⁹ Idéias presentes no seu livro *Effectiveness and Efficiency: Randon Reflections on Health Services* (1972).

Dentre os procedimentos classificados como danosos, ineficazes e que devem ser eliminados do cotidiano das maternidades durante a atenção às mulheres em trabalho de parto, pode se citar: o enema, tricotomia, uso da posição horizontal durante trabalho de parto e parto, jejum durante o processo, uso de infusão intravenosa, administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, esforços expulsivos dirigidos, manobra de Kristeler (pressão realizada pelo profissional de saúde sobre a barriga da mulher para “auxiliar” na expulsão do bebê) e episiotomia de rotina (corte cirúrgico na musculatura da vagina) (OMS,1996).

A OMS recomenda: que a organização da assistência seja centrada nas necessidades da mulher, ao invés, nos interesses institucionais e profissionais, a relação entre profissionais e parturientes pautada nos princípios de igualdade/respeito e livre de preconceitos, o acesso a serviços e informação de qualidade são essências para a decisão informada e consciente da parturiente e as decisões sobre seu corpo e saúde livres de violência e coerção. Preconiza a condução compartilhada da assistência, ao invés, da decisão unilateral realizada pelo médico e pela rotina da instituição prestadora do cuidado (OMS, 1996 e OMS, 1998).

A parturiente de objeto passaria a sujeito do processo com direito à voz e movimento, pois defende se o papel feminino como protagonista na atenção ao parto e espera se participação ativa no processo. Na condução da assistência ao parto, o profissional deve garantir o apoio ao bem-estar físico e emocional à gestante, o direito ao acompanhante durante o trabalho de parto, a oferta oral de líquidos, o acesso às técnicas não-invasivas e não-farmacológicas de alívio da dor, a liberdade de posição e encorajamento de posturas verticais (OMS, 1996)

No paradigma da humanização, o médico compartilha com outros profissionais a responsabilidade técnica de acompanhar a gestação e o parto, bem como o hospital deixa de ser o único local apropriado para o nascimento. As enfermeiras obstétricas passam a fazer parte da equipe de atenção ao nascimento e o trabalho das parteiras tradicionais é reincorporado a assistência em regiões onde a rede hospitalar é inexistente. O parto no domicílio e em casas de parto são alternativas, além do hospital, de escolha feminina para vivenciar o nascimento.

Algumas iniciativas foram realizadas pelo Governo Federal para a implementação das recomendações do paradigma de humanização do parto, tais como: aumento do valor do parto normal em 160%; instituiu o pagamento de analgesia de parto⁴⁰; definiu teto máximo para pagamento de cesariana no SUS; em 2000, a publicação do Programa de Humanização do

⁴⁰ No SUS as mulheres não possuem acesso a esta tecnologia, devido à falta de repasse de verbas para pagamento do trabalho do anestesista.

Pré-Natal e Nascimento; publicação da portaria número 985/199 para criação dos Centros de Parto Normal; renumeração de enfermeiras no atendimento ao parto de baixo risco; financiamento de cursos para a formação de enfermeiras obstétricas; realização, em 2002, de convênio com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) por cinco anos para o oferecimento de estágio por três meses em casas de parto no Japão para dez profissionais de saúde (oito enfermeiras obstétricas e dois funcionários administrativos); convênio com Hospital Sofia Feldman para instituir o Programa Doulas⁴¹ Comunitárias Voluntárias; parceria com ONGs (Grupo Curumim) para treinamento de parteiras tradicionais; publicação de normas técnicas para qualificação da assistência ao pré-natal normal e de alto risco, o parto normal, urgências e emergências obstétricas; tradução das recomendações da OMS; financiamento de capacitações e seminários; Em 2004, o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; O Prêmio Galba de Araújo⁴² para o reconhecimento dos serviços com práticas humanizadas de atenção; e a Lei número 11.108 que institui o direito ao acompanhante durante ao trabalho de parto (RATTNER, 2009). Mas, no Brasil, mesmo com as iniciativas de mudanças, cotidianamente nos serviços de saúde, as recomendações da OMS não vêm sendo incorporadas e os procedimentos danosos e ineficazes permanecem usuais (DINIZ, 2001).

Assim, o Movimento de Humanização do Parto e Nascimento, desde sua formação e com base nas recomendações da OMS, vem denunciando como excessiva a medicalização do parto e suas consequências danosas à saúde materna e perinatal. Além disso, propõe a redução das intervenções desnecessárias presentes na assistência ao parto e a promoção de práticas que favoreçam o ativismo feminino e privilegiam o processo fisiológico e natural do nascimento⁴³.

O Movimento divulga o nascimento como evento fisiológico e natural, a experiência do parto como feminina e prazerosa, o corpo feminino descrito de maneira positiva e preparado para o parto e coloca a participação ativa da mulher como uma questão central da assistência ao parto.

⁴¹ São mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto. Fonte: <http://www.doulas.com.br/> (acesso no dia 10/02/2012).

⁴² Galba de Araújo é um obstetra cearense reconhecido internacionalmente por suas experiências na atenção ao nascimento, principalmente, por integrar o trabalho das parteiras tradicionais da comunidade cearense à assistência a gestação e ao parto. Oferecia suporte técnico e provisão assistencial a elas com objetivo de melhorar a qualidade na atenção ao parto domiciliar e identificação da gestante de risco. O prêmio Galba de Araújo busca reconhecer as instituições de saúde do SUS que promovem o atendimento humanizado à gestante e ao recém-nascido. O prêmio é uma placa, um certificado e uma quantia em dinheiro. Uma comissão julgadora avalia as instituições com base nas recomendações da Organização Mundial de Saúde.

⁴³ Livre movimentação e encorajamento de posições verticais no nascimento. Técnicas não-invasivas para alívio da dor: banheira ou banho de aspersão com água morna, aromaterapia, cromoterapia, massagens, garantia da privacidade, ambiente em penumbra, o apoio emocional e que a mulher permaneça num mesmo local durante toda a assistência ao parto. Em detrimento ao nascimento na posição dorsal e a organização das maternidades em linha de montagem.

A Rede feminista de saúde publicou em 2002 o documento Dossiê de Humanização do parto. Neste documento, a rede assumiu que a assistência humanizada deve ter como foco o resgate do papel central e ativo da mulher no processo da gravidez e do nascimento. Além disso, dever ser orientada pelas evidências científicas de segurança e efetividade e pela promoção dos direitos das mulheres, sendo eles: direito ao acesso às informações e à decisão informada das ações de saúde, direito à escolha do local, pessoas e formas de assistências ao parto, direito à preservação da integridade corporal de mães e crianças, direito ao respeito ao parto como experiências altamente pessoal, sexual e familiar, direito a assistência à saúde e ao apoio emocional, social e material no ciclo gravídico-puerperal e a proteção contra abusos e negligências. Assim, tal como Diniz (2001), reconheceu o paradigma do parto humanizado como direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Além disso, a maternidade para as feministas envolvidas com a humanização do parto deve ser voluntária, prazerosa, segura e socialmente amparada. A maternidade voluntária é livre de coerção e com direito de ser vivenciada fora do matrimônio e independente da orientação sexual. Socialmente amparada significa que a responsabilidade deve ser compartilhada pelo casal, com a família e sociedade. Além disso, os direitos da maternidade englobam o acesso à assistência à saúde pública e gratuita de boa qualidade desde o ciclo-gravídico puerperal até a licença à maternidade, bem como o direito a creche e a escola pública.

Sem deixar de reconhecer as contribuições do movimento na melhoria da assistência oferecida à gestante durante gestação e parto, é necessário problematizar o uso da categoria natural/fisiológico utilizada pelo movimento para descrever o parto e os riscos de normatividades que tal uso pode assumir.

Num contexto de formação da sociedade burguesa francesa, principalmente a partir de meados do século XVIII, as altas taxas de mortalidade infantil na França tornaram-se um problema de Estado, já que os indivíduos, agora, representavam a força produtiva do país, a riqueza da nação. Frente a esta problemática, o Estado, através do discurso médico sobre a existência de uma suposta natureza feminina universal, conferiu às mulheres o dever natural e social de ser mãe e cuidar dos seus filhos (BADINTER, 1985).

No discurso médico, esperava-se que a “mãe moderna” cumprisse os desígnios de sua natureza. Assim, deveria ser mãe, amar seus filhos incondicionalmente, amamentar, cuidar, educar seus filhos e sacrificar sua vida por ele, dando a ideia de existência de uma condição universal feminina e engendrando na sociedade o mito do instinto materno e do amor

espontâneo. Por outro lado, aquelas que escapassem ou não conseguissem corresponder ao seu dever natural seriam desqualificadas moralmente (BADINTER, 1985).

Através de uma análise histórica da imagem da mãe, do seu papel e da sua importância na sociedade francesa desde o século XVII ao XX, Badinter (1985) classificou o instinto materno como um mito, já que no período analisado a autora não encontrou um comportamento materno universal. Este variou de acordo com o período histórico e as condições socioculturais femininas. Até meados do século dezoito, as mulheres da aristocracia francesa tinham o costume entregar seus filhos à ama de leite e com ela a criança permaneceria até o desmame, bem como a educação da criança subordinada à autoridade paterna (BADINTER, 1985).

As mulheres de classe média burguesa aderiram mais rapidamente o modelo de “mãe moderna”, já que para elas isso significava a oportunidade de promoção e emancipação à chefe do lar e a mãe. Já as mulheres pobres foram às últimas a aderirem ao modelo, pois mantinham a necessidade de enviar seus filhos ao campo para que estes trouxessem mais algum dinheiro para casa (BADINTER, 1985).

Mesmo que re-significados em outro contexto, o ideário do parto humanizado ao defender o parto como evento natural/fisiológico e o empoderamento da mulher pelo resgate da condição natural feminina, da sua biologia e do instinto perdidos no processo civilizatório reproduz a categoria instinto materno e sugere a existência de uma essência feminina universal, podendo ter contornos bem normativos (TORNQUIST, 2002).

Além disso, há no movimento a construção de imagens sobre gestação e parto ideais, o que pode contribuir para normatividade das práticas profissionais. As imagens são da gestação como desejada e planejada pelo casal, o parto de cócoras como mais natural e fisiológico, a presença do pai no nascimento, o bebê posicionado sobre o ventre materno logo ao nascer, o pai que corta o cordão umbilical e, para complementar, a amamentação no pós-parto. Durante os grupos de preparação para o parto junto aos especialistas, a parturiente e seu companheiro apreendem as técnicas e exercícios específicos para recuperação dos instintos e há a socialização das imagens do parto ideal defendido pelo ideário. Além dos grupos, nos eventos, publicações e referências do movimento há imagens e metáforas que fazem associação entre maternidade, amamentação, participação paterna, entre parto e preservação da natureza, entre instinto materno e cuidados com o bebê (TORNQUIST, 2004).

Há a construção de uma estética do parto ⁴⁴ nas descrições do parto pelo movimento (TORNQUIST, 2004, p.131):

Livros, CDs, panfletos, cartazes e vídeos sobre parto e nascimento humanizados são ricos em imagens e sons da natureza, bem como, são recorrentes fotos, pinturas e desenhos de mulheres grávidas, dando à luz e amamentando. As imagens sugerem a construção de uma estética de parto, ou a construção do que Cláudia Fonseca chamou de *Belo Parto*, ou *parto de livro*, como se diz entre os *rehunidos*. [...] essas imagens apontam para posturas verticais, variações da nudez feminina e associação com a sexualidade. Introduzindo elementos associados (barriga e seios crescidos), esta estética traz às representações dominantes da beleza feminina em nossa sociedade: são mulheres magras, esguias, em geral brancas, sorridentes tranquilas [...] ou, ainda, cenários familiares onde aparece o pai e outro/a ao redor da mãe e do bebê. (TORNQUIST, 2004,p.131)

Durante a etnografia numa maternidade com práticas humanizadas na atenção ao parto no Sul do país, Tornquist (2003) identificou práticas profissionais normativas durante a amamentação. Em nome do bem-estar do bebê e da mãe, os profissionais de saúde podem ter comportamentos mais prejudiciais do que benéficos. A mulher quando não consegue corresponder às idealizações do ideário, como, por exemplo, o parto de cócoras ou o sucesso na amamentação, pode passar por dramas pessoais e em sentimentos de frustração. Como conta uma mulher entrevistada por Tornquist (2003, p.425):

Eu já estava cheia de dores e fissuras, não poderia suportar, os dias passavam, passava tudo que era coisa em mim para ver se vinha o leite, e nada. Eu já não tinha conseguido parir de cócoras, agora não conseguir amamentar, e sempre aquela enfermeira passando na porta, me chamando de mãezinha, e dizendo banco de leite, banco de leite! (TORNQUIST, 2003, p.425)

Vale a pena relativizar a suposta garantia de livre decisão feminina sobre seu corpo introduzida pelo ideário, já que, na verdade, novamente, a mulher está adotando condutas durante a gestação e parto, aos cuidados com seus filhos ao que a ciência, agora nomeada como movimento de medicina baseada em evidência, define o que é mais seguro para seu bebê. Trago o discurso médico exemplificado por Tornquist (2007):

O fato de eu considerar o parto vertical melhor para você e para o neném, eu não vou cair no mesmo erro e te obrigar a ficar de cócoras... O meu papel é te orientar. Agora você tem que decidir dentro de opções seguras para você e para o teu neném. Evidentemente, se você chegar aqui e quiser parir pendurada na janela, eu não posso permitir, né? Agora, **se tua opção for dentro de padrões internacionalmente aceitos, é outra história**. O sentido é esse, o papel do médico é orientar as posições. (Discurso de um médico entrevistado pela autora. (TORNQUIST, 2007, p.158).

⁴⁴ Estética de parto é utilizado por Tornquist (2004). Além disso, o termo rehunidos é a maneira como os integrantes da Rehuna se identificam.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 Sujeitos de pesquisa e a trajetória metodológica

A pesquisa foi composta por dois grupos de sujeitos⁴⁵: 16 mulheres atendidas no setor privado e 13 mulheres atendidas no setor público. As mulheres atendidas pelo setor privado eram moradoras de bairros de classes média e alta da cidade do Rio de Janeiro, todas com nível superior, brancas, com idade entre 25 e 38 anos. No setor público, as gestantes tinham entre 18 anos e 38 anos, seis delas possuíam o nível fundamental incompleto, cinco com nível médio e duas com nível superior. Com relação à cor, seis declararam-se brancas, três pardas e quatro negras.

Embora o foco da dissertação não tenha sido dirigido às questões de raça/etnia ou de classe, as diferenças de composição dos dois grupos são um reflexo claro das desigualdades estruturais da sociedade brasileira, na qual ser pobre, negro e ter dificuldades de acesso a serviços diferenciados estão fortemente associados.

A ideia inicial era conseguir acesso a duas maternidades: uma pública e uma privada e, desta forma, chegar aos dois grupos de gestantes. Assim, durante a internação das mesmas no pré-parto das maternidades para o nascimento, eu iria abordá-las e, de acordo com a aprovação das gestantes, iniciaria a observação etnográfica do parto (normal ou cesariana). Finalmente, vinte quatro horas após o nascimento realizaria a entrevista semi-estruturada.

No entanto, as dificuldades de acesso às maternidades privadas levaram-me a traçar estratégias metodológicas diferentes para cada grupo de gestante. No setor privado, não consegui autorização para realizar a pesquisa em três maternidades privadas. Frente aos impasses para obter acesso às instituições e ao prazo para finalizar a pesquisa, optei por solicitar permissão para participar do trabalho de parto diretamente às gestantes e, desta forma, conseguir driblar as possíveis barreiras institucionais e profissionais.

No setor privado, tracei como critério de inclusão no estudo: gestantes com mais de dezoito anos, sem patologia (baixo risco) e com idade gestacional acima de 30 semanas, pois neste período gestacional havia maior probabilidade das gestantes já terem pensado ou

⁴⁵ Há, nos anexos da dissertação, dois quadros contendo dados sobre idade, escolaridade e cor dos dois grupos de gestantes que fizeram parte deste trabalho, são elas: gestantes atendidas pelo setor privado e gestantes atendidas pelo setor público.

planejado o nascimento. O acesso às gestantes foi realizado de duas maneiras: por intermédio de conhecidos e em academias de hidroginástica para gestante. No primeiro caso, meus familiares e amigos apresentavam a proposta de pesquisa às mulheres conhecidas e as convidavam a participar do estudo. No caso de resposta positiva, eu realizava contato telefônico prévio para marcar a entrevista e retirar possíveis dúvidas sobre a pesquisa.

Com relação às academias, contatei previamente a professora de hidroginástica da minha irmã e aquela me apresentou as chefias das academias. Essa professora foi essencial para minha inserção nas academias e uma porta de acesso às gestantes. Consegui autorização para apresentar o estudo durante as aulas e convidar gestantes a participar da pesquisa em duas academias situadas em bairros considerados de classes média e alta na cidade do Rio de Janeiro. Iniciei as entrevistas nas duas academias no início de julho de 2011.

Obtive permissão, apenas, de uma gestante para estar presente no nascimento e realizar a observação etnográfica, mas por incompatibilidade de horários, não consegui estar presente no dia do parto do filho de Alice. Desta maneira, no grupo de mulheres atendidas pelo setor privado, somente realizei a entrevista semi-estruturada com gestantes com idade gestacional superior a trinta semanas e em um momento anterior ao parto. Nas entrevistas, tentei entender como as gestantes diziam fazer opção de adotar ou não a tecnologia durante o nascimento. Nos casos de Alice e Sara, estabeleci contato no pós-parto e pude conhecer a experiência do nascimento.⁴⁶

No setor público, consegui acesso a uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro responsável pelo atendimento de mulheres de baixo risco obstétrico. Após aprovação no comitê de ética, iniciei o trabalho nesta unidade de saúde. Os critérios de inclusão dos sujeitos no estudo foram: idade superior a dezoito anos e não possuir patologia durante a gestação. Realizava a primeira abordagem com as gestantes e acompanhantes no momento que as primeiras eram internadas no pré-parto⁴⁷ com diagnóstico médico de trabalho de parto. Primeiramente, realizava análise do prontuário para verificar história clínica e obstétrica da gestante e, desta forma, confirmar a possibilidade de participação na pesquisa.

Após a autorização da mulher, iniciava a observação etnográfica. Vinte quatro horas após o nascimento realizava a entrevista semi-estruturada na enfermaria de puerpério. Com a imersão no cotidiano de trabalho da maternidade do estudo, através da observação etnográfica, tentei conhecer a vivência feminina do nascimento e a adoção de tecnologia

⁴⁶ Coloquei em anexo desta dissertação o relato das gestantes Sara e Alice sobre o nascimento dos seus filhos.

⁴⁷ Setor da maternidade em que as mulheres são internadas para o nascimento.

durante assistência profissional. E assim, conforme descrito por Malinowski, evocar o espírito nativo. Para evocar este espírito, Malinowski descreveu três etapas. A primeira descreve a organização tribal e os seus aspectos culturais cristalizados, constituintes do esqueleto da organização, ou seja, as rotinas prescritas pela tradição e costumes. O segundo passo refere-se à maneira como os costumes e tradições são vivenciados e praticados, denominados pelo autor como imponderáveis da vida real. Estes são identificados como a carne e osso da organização e correspondem há uma série de fenômenos que não podem ser registrados por meio de perguntas ou documentos quantitativos, mas observados em sua plena realidade (MALINOWSKI, 1980).

Por último, segue-se o registro do espírito do nativo, ou seja, seus pontos de vista, opiniões e expressões. Nas palavras do autor:

[...] em cada ato da vida tribal, há, inicialmente, a rotina prescrita pelo costume e tradição, em seguida há a maneira na qual é praticado e, finalmente, há o comentário a seu respeito presente na mente dos nativos. O indivíduo que se submete a várias obrigações costumeiras, que segue o curso tradicional da ação, o faz impelido por certos motivos, para satisfação de certos sentimentos, orientadas por certas idéias. Estas idéias, sentimentos e impulsos são moldados e condicionados pela cultura na qual o encontramos e constituem, portanto, uma peculiaridade étnica de determinada sociedade. Assim, deve fazer uma tentativa de examiná-los e registrá-los. (MALINOWSKI, p.58, 1980)

As entrevistas foram utilizadas para captar no discurso das mulheres os sentidos atribuídos à gestação, parto e tecnologia na atenção ao nascimento e, assim, melhor compreender o significado de suas práticas.

Todas as entrevistas, nos dois grupos de mulheres, foram orientadas por um roteiro⁴⁸ previamente elaborado com perguntas abertas que permitiram a livre fala dos sujeitos na tentativa de reduzir ao máximo a indução de respostas. O roteiro de entrevista foi formado pelos dados de identificação (nome, idade, cor, estado civil, local de moradia, nível de instrução e profissão) e as questões da pesquisa: história obstétrica, a experiência da gestação atual, a experiência das gestações anteriores (se for o caso), a experiência do parto, conhecer medos e expectativas na gestação e parto, as experiências da gestação e do parto ocorreram de acordo com as respectivas expectativas, conhecer as dificuldades e impasses na resolução dos problemas vivenciados durante gestação e parto, conhecer como ocorreu o compartilhamento das dúvidas/medos para tomada de decisões (pai da criança, familiares, amigos, outras

⁴⁸ O roteiro temático está nos anexos desta dissertação. As gestantes do setor privado foram entrevistadas antes do parto (a partir de 30 semanas). Realizei a entrevista com as gestantes atendidas pelo setor público vinte quatro horas após o parto (na enfermaria de pós-parto da maternidade). Por isso, as questões da entrevista foram adaptadas ao período gestacional de cada grupo.

gestantes e/ou profissionais de saúde do pré-natal), identificar situações que houve violência institucional/profissional, conhecer quando/porque/como mulheres optam pela incorporação da tecnologia na sua experiência de gestar e parir e identificar a adoção de tecnologia desnecessária.

As questões foram adaptadas às mulheres do setor privado, já que a maioria estava na primeira gestação e, no momento da entrevista, não haviam passado pelo nascimento. Além disso, tentei acessar os dados de identificação das mulheres atendida pelo setor público, através do prontuário.

Os dados das entrevistas foram analisados e apresentados de forma separada por grupo de gestante. As entrevistas realizadas com as gestantes atendidas no setor privado foram lidas exaustivamente e, após a leitura, foram formadas categorias de análise a partir da fala dos sujeitos.

No setor público, as etnografias foram organizadas em cenas de parto. As cenas de parto descreveram a observação do nascimento de cada mulher, de maneira a destacar o que era comum e diferente nas experiências femininas. O material da entrevista foi inserido na descrição da cena como forma de ampliar o sentido das práticas observadas durante o nascimento.

3.2 O local do estudo etnográfico

A maternidade do estudo faz parte da rede municipal e oferece atendimento às gestantes de baixo risco obstétrico durante a gestação e parto. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi pioneira no processo de implementação do modelo de humanização do parto como política pública e, desde 1994, vem desenvolvendo iniciativas para qualificação e humanização das práticas na atenção ao nascimento.

A criação da Maternidade Leila Diniz em 1994 é um marco no conjunto de estratégias para reorientação do modelo de atenção ao parto na cidade do Rio de Janeiro. Essa maternidade foi considerada laboratório de novas práticas na atenção ao nascimento. Foram realizadas obras para adequação do espaço físico e, com isso, garantir privacidade às parturientes, propiciar a presença do acompanhante, permitir a movimentação fora do leito durante trabalho de parto, entre outras iniciativas (BOARETTO, 2003).

Seguindo o exemplo da Maternidade Leila Diniz, outras maternidades, incluindo a maternidade de estudo, passaram, em diferentes graus, por uma reestruturação do espaço físico em 1994 e 1995. O objetivo era oferecer, às gestantes e familiares, área individualizada no pré-parto com maior privacidade, garantia da presença do acompanhante, espaços para movimentação, banheira própria para trabalho de parto e parto e módulo obstétrico para o parto vertical. Além disso, os ambientes foram suavizados com a pintura das paredes com cores agradáveis, entre outras iniciativas (BOARETTO, 2003).

Além disso, a secretaria instituiu resolução publicada em outubro de 1998 determinando o direito ao acompanhante no pré-parto e na sala de parto em todas as maternidades municipais e atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao pré-natal e ao parto oferecido à gestante de baixo risco. A Secretaria Municipal em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) promoveu o treinamento aos enfermeiros no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (BOARETTO, 2003).

Foram desenvolvidos seminários para discussão do modelo de atenção ao parto (1994, 1996, 1999 e 2002) e iniciativas para sensibilização e capacitação dos profissionais. Estes encontros de capacitação contaram com a presença importante do Centro Municipal de Treinamento em Atenção Integral à Saúde da Mulher, Espaço Mulher, criado pela Secretaria em 1992 (BOARETTO, 2003).

As estratégias iniciadas em 1994 pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro antecederam a política federal e foram inspiradoras para o próprio Ministério da Saúde. Esse órgão federal desenvolveu as primeiras recomendações em 1995, tais como: a instituição do Projeto Maternidade Segura, da política de incentivo ao parto normal e do pagamento por parto realizado pela enfermeira obstétrica (BOARETTO, 2003)

4 CATEGORIAS DE ANÁLISE: MULHERES ATENDIDAS NO SETOR PRIVADO

4.1 Primeira gestação: planejamento a dois

Entre as mulheres atendidas no setor privado a gestação era, de maneira predominante, resultado de um planejamento a dois durante o casamento, após a conquista profissional e independência financeira, representando uma importante realização na vida do casal.

A história de Alicie e Sara descreve muito bem o sentido da gestação neste grupo: “Na verdade foi tudo muito organizado. Muito pensado, entendeu. Eu fiz trinta e cinco anos agora em março. Eu esperei e era uma loucura a vida. Porque eu fiz mestrado, eu fiz doutorado. Aí depois que fiz o doutorado, até passar no concurso. Aí esperei passar no concurso para ter uma estabilidade financeira mesmo. Depois que eu passei no concurso, fique, ainda, um ano trabalhando, um ano e pouco para ter aquela estabilidade pelo menos financeira na vida. Aí que eu resolvi engravidar. Aí foi planejado. Foi tudo certinho. Foi super planejado.” (Alicie)

“A gente já é casado há bastante tempo, mas nunca tinha pensado em ter um filho até por conta, pelas condições, emprego e tal. A gente queria ter numa fase tranquila da nossa vida, numa fase estável, tranquila nunca é, nunca é tranquila. Mas numa fase estável e aí é, quando essa fase chegou, que foi justamente no final do meu doutorado e a possibilidade do concurso, né? Então, as coisas, assim, mais ajeitadinha. E a gente começou a se preparar pra isso. Então foi assim uma construção, um planejamento, né?” (Sara)

Uma exceção foi o caso de Antônia. Ela decidiu engravidar cedendo aos desejos do marido. Os dois namoraram por nove anos e estavam casados há um ano. Seu marido insistia em engravidar: “Na realidade eu não queria engravidar. Quem queria era o meu marido. É uma longa história. Então eu acabei deixando meu marido tentar e acabou acontecendo. Eu engravidei porque o meu marido queria. Um ano depois de casada, eu engravidei. Meu marido chorava quando eu menstruava. Quando a gente começou a namorar, ele nunca quis. Depois que a gente casou, aí minha filha, queria porque queria porque queria. Eu queria esperar uns dois, três anos para poder engravidar.” (Antônia)

Somente Bela e Margarida não haviam planejado engravidar e não estavam casadas na primeira gestação. Margarida engravidou fora do casamento e não estava planejando

engravidar: “Não foi um bebê planejado, mas ele é muito desejado agora, né? Querido. Eu, no início, fiquei surpresa porque, quando eu descobri, eu estava com quase dois meses, né? No início foi um desespero total, porque eu não tava esperando, eu não era casada. Eu já morava sozinha, né? Meu namorado tá comigo há um tempo. Tinha dois anos mais ou menos que a gente já namorava. Aí a gente resolveu casar tudo direitinho.” (Margarida)

Bela estava vivenciando a sua segunda gestação quando nos conhecemos. A primeira gravidez de Bela foi aos dezoito anos, quando ela cursava o seu segundo grau. “Eu era uma adolescente de dezoito anos. Eu tinha acabado o segundo grau, o ensino médio, né? E estava fazendo pré-vestibular. Eu morava em São Paulo, não estava aqui no Rio. Eu morava lá. E engravidei com dezoito anos. Eu tive a (nome da filha) antes de entrar na faculdade.” (Bela)

A gravidez foi um choque no interior da família, mas, após os primeiros momentos, recebeu o apoio dos pais: “Eu era muito nova, eu tive muito apoio dos meus pais, embora no começo foi um choque, né? Eu era solteira. É difícil para mãe, principalmente. Minha mãe ficou ‘ai, meu Deus, a liberdade da minha filha’. É muito difícil ter um filho, né?, mas eu tive muito apoio. Então passado aquele primeiro momento de susto, eu tive muito apoio dos meus pais. Foi fantástico. Então foi ótimo! Uma gravidez ótima e tranquila.”(Bela)

No momento da entrevista, Talia, Bela e Letícia estavam na segunda gestação. As gestações de Bela e Talia, apesar de queridas, não foram planejada: “Eu tô casada há dois anos e meio e foi um acidente também. Não foi esperado, porque eu tô no meio do doutorado e ele (marido) também. Eu não terminei ainda. Eu tô aqui como professora substituta. Não foi planejado, porque, imagina, os dois no meio do doutorado, a nossa vida hiper corrida, a (primeira filha de Bela) com treze anos de idade. Cara, se a gente fosse parar pra planejar não ia ter nunca, né? [risos]”

A primeira gestação de Talia foi planejada, mas a segunda aconteceu quando parou de usar a pílula anticoncepcional por problemas de saúde: “Foi uma gestação (primeira gestação) tranquila, programada, queria mesmo. Esta não foi programada. Eu tomava remédio esses anos todos. Parei porque tive um problema hipertensivo e fiz todos os exames cardiológicos e não deu nada. Ela (a médica) falou assim: ‘deve ser o anticoncepcional que você toma há muito tempo’. Suspendi e engravidei. Mas aí, não tive mais nada, nunca mais tive pressão alta.” (Talia).

Neste projeto de gravidez, há um embaralhamento dos papéis sociais femininos e masculinos desde a gravidez à criação dos filhos. Este grupo parece reproduzir algumas características, principalmente quanto à questão de gênero, do universo moral do casal gravídico definido por Salem (1987).

De acordo com Salem (1987), o casal grávidico era formado por casais de classe média que buscavam a experiência do parto natural junto aos especialistas sintonizados com ideário do parto natural de cócoras. Além disso, estabeleciam entre si relações igualitárias, rompendo com as tradicionais divisões de papéis sociais entre homens e mulheres durante a gestação e educação das crianças. Não havia delimitação dos papéis ditos masculinos e femininos na gestação e criação dos filhos, mas uma mistura sem se traçar limites ou divisões de responsabilidades supostamente femininas ou masculinas.

Neste grupo de mulheres, a participação masculina é marcante no projeto de gravidez. A paternidade começa a ser construída desde o projeto da gravidez e, se estende, para além do nascimento. O “marido está grávido” é um termo utilizado pelas informantes do estudo para se referir ao pai da criança e isto significava: o pai participar do planejamento, ir às consultas e exames de pré-natal, participar com a gestante das aulas de hidroginástica, estar presente nas reuniões do grupo de gestante, compartilhar as transformações no domicílio para chegada da criança, elaborar as atividades e lembranças do chá de bebê, compartilhar decisões clínicas, participar do nascimento e, por último, dividir as responsabilidades na criação dos filhos.

O relato de Maria exemplifica esta participação masculina na gestação e criação dos filhos: “Meu marido é muito paizão. A gestação foi uma coisa desejada pelos dois, sofrida pelos dois e construída pelos dois. Então tudo, assim, é muito partilhado. Ele é um pai que dá banho, que troca de roupa, que vai a todas as consultas. Nunca acordei para amamentar sozinha. Nunca. Eu amamentava e ele botava para arrotar. Ficava um tempão, porque (primeira filha) não dormia. Eu dormia e ele ficava acordado a madrugada inteira, né. Ele participa de tudo. Nós dividimos tudo. Hoje para eu estar aqui, ele vai buscar (a primeira filha) na escola. Aí, você deixa de ter uma vida conjugal, para você viver, no início, a questão do pai e mãe. Então, você tem que está muito forte num relacionamento. Assim, gera junto e depois do nascimento divide tudo.” (Maria)

“Estou grávido” é utilizado pelo marido de Sara. Ele e ela compartilharam desde as questões médicas até as mudanças no domicílio, o chá de bebê e o grupo de gestante: “Por ele a gente tinha tido há muito tempo, né? Fala que tá *grávido também*. Então assim, ele está amando. Aí beija a minha barriga, a gente fez foto no estúdio, sabe? Então a gente tá curtindo. Ele comprou o cdzinho de música clássica bebê. Aí, a gente bota para o bebê ficar escutando. Ele que fez o convitinho do chá de fralda. Fez no Photoshop. A gente vai fazer o quartinho do pequeno príncipe, né? E aí, ele fez todo o convitinho do chá de bebê com as coisinhas do pequeno príncipe, né? Então é uma curtição.”(Sara)

A maneira como Elise e seu marido receberam a notícia da gravidez é ilustrativa do sonho da gravidez como um plano a dois. Eles haviam realizado fertilização para engravidar. Eles estavam na terceira tentativa de fertilização: “Pois é, foi o maior estresse, porque eu estava de férias. A gente tinha ido para praia. Falei: ‘vamos para praia pra desencanar e tudo.’ Eu fiquei ligando da paria para o consultório para saber se tinha saído o resultado. Ela (secretária da clínica) não atendia. Ela (secretaria da clínica) atendeu e falou: ‘O Dr. (médico) quer falar com você, depois eu te ligo.’ Eu falei: ‘Ferrou, é negativo, ela não quer contar.’ Eu já estava chorando, achando que era negativo. Aí, quando cheguei em casa, ela me ligou. Caiu a ligação e eu não conseguia ligar de novo. Até a hora que ela ligou. Ela falou: ‘Eu tô ligando para dar Parabéééns!!!.’ Eu: ‘Como, assim, parabéns? Deu quanto?’ Ela: ‘Deu cento e pouco.’ Eu: ‘Isso é o que? É verdade? Tô grávida?’ Aí o meu marido pulava pela sala.” (Elise)

4.2 O nascimento – risco, medo e tensão: uma gramática compartilhada entre mulheres, famílias e médicos.

O nascimento era vivenciado pelas gestantes como um momento de ansiedade, medo e tensão. Pude perceber isso na mudança postural, sempre mais rígida, e na mudança do tom de voz, quando conversávamos sobre o assunto durante as entrevistas. Além disso, algumas verbalizaram estes sentimentos:

“Tô com medo, tô com muito medo.” (Margarida)

“É, eu acho que essa é a parte mais delicada da gestação. É você pensar nesse dia.” (Flôr);

“Eu estou me recusando a pensar nisso, por enquanto” (Antônia)

“Isso é uma coisa que está me deixando tensa.” (Alice)

As gestantes do estudo reproduziram os símbolos sobre gestação e nascimento presentes no universo médico, sendo os mesmos organizados pelas categorias: segurança, risco, saudável, controle/planejamento, descontrole/imprevisibilidade, anormal/normal, atrasado/evolução, sofrimento, capacidade/incapacidade e natural/fisiológico. Estas categorias classificavam as experiências femininas e orientavam às suas escolhas com relação ao tipo de nascimento.

No período que realizei as entrevistas com as gestantes em uma das academias de hidroginástica para grávidas, pude participar das conversas entre elas e a professora. Eu chegava na academia, antes do término das aulas e ficava aguardando a finalização da

atividade para iniciar uma entrevista previamente marcada. A hidro-gestante não era somente um local de atividade física, mas, também, um espaço de troca sobre a gestação.

Durante as aulas de hidroginástica, as gestantes falavam sobre as mudanças corporais e emocionais da gestação, sobre as consultas pré-natais, os exames e o nascimento. Muitas vezes, durante essas conversas, era a professora de hidroginástica que reproduzia o discurso médico. A professora reforçava o parto e a gestação como momentos de risco. Além disso, ela afirmava, entre as gestantes, que o objetivo do pré-natal era identificar possíveis anormalidades da gestação.

Com relação ao nascimento, trocavam dúvidas sobre o melhor momento de procurar a maternidade caso a bolsa estourasse, preocupavam-se com o peso do bebê, neste caso, os possíveis “super-bebês” (termos utilizado pela professora de hidroginástica), e sobre a dor do parto. Letícia, durante a aula de hidroginástica, contou sobre um programa de TV americano que exemplificava as dores do parto. Neste programa, um profissional tentava simular em homens as dores do parto, através de aplicações de choques abdominais. Reproduzia a evolução da intensidade das dores, tal como ocorre durante a progressão do trabalho de parto, através de aplicação de choque com maior intensidade. As dores iam aumentando, e os homens diziam: Isso é insuportável e não dá para aguentar.

Dividi esta categoria em três sub-categorias. Agrupei mulheres com escolhas e experiências parecidas com relação ao nascimento. As subcategorias são: Gestantes que desejavam a cesariana; Gestantes que desejavam o parto normal; e Gestantes que desejavam o parto normal, mas seus obstetras, durante o pré-natal, enfatizavam os riscos e as dores do parto normal.

Não incluí uma gestante em nenhuma das categorias, pois a mesma possuía medo da cesariana e do parto normal: “Tô com medo, tô com muito medo. Assim, eu quero tentar parto normal. Eu vi a cirurgia, a cesariana, e eu não achei legal. Eu achei meio bruto demais. Aí eu tô querendo, tenho medo, mas eu tô querendo mais normal, apesar de ter medo do normal também.” (Margarida)

Referia ter medo da dor do parto normal e o considerava mais arriscado para saúde do bebê: “Eu não sei, eu tenho medo da dor. Eu tenho medo de dar alguma coisa com o bebê, sendo normal, porque sendo cesárea eu sei que é mais difícil de dar algum problema com o bebê, né?” (Margarida)

Margarida estava no fim da gestação e não havia conversado com seu obstetra sobre o parto. Ela tentava explicar a falta de diálogo entre ela e seu médico, através da desvalorização do tempo profissional em uma consulta médica pelo plano de saúde: “Eu ainda não falei essas

coisas (sobre o parto) com ele (o obstetra). Eu fico com pouco de receio. É engraçado, porque como eu sou dentista e já trabalhei com plano de saúde e tudo. Eu sei que ele (o obstetra) tá ali, mas que o meu plano não tá valorizando tanto ali o tempo dele. Então, eu fico com receio, assim, na verdade eu fico com vergonha de ficar tomando o tempo dele.” (Margarida)

4.2.1 O desejo pela cesariana

Esta categoria é formada pelas mulheres – Maria, Antonia, Elise e Michele – que escolheram a cesariana. Elas acreditavam na maior segurança da cesariana, devido à possibilidade de planejamento, maior controle, facilidade, praticidade e menor sofrimento proporcionado pela da cirurgia. No lado oposto, o parto normal era considerado mais arriscado e sofrido:

“A cesárea eu vejo pela praticidade e segurança. É um procedimento que eu acho que me deixa um pouco mais assim: “Entro, tirou e acabou.” Eu não vou ficar tão estressada, eu não vou ficar nervosa porque a minha dor não está passando, eu não vou ficar com medo do meu neném fazer uma asfixia no canal, eu não vou ficar com medo de ser puxado a fórceps porque o povo não acompanhou direito. Vendo que aquilo vai e volta não é normal.” (Maria)

“Ah, de ficar sofrendo lá e aquele negócio não sair. Aquele desespero e achar que vai dar alguma coisa errado. Porque querendo ou não, assim, na minha cabeça, o médico lá abrindo e tirar a criança é muito mais fácil do que a criança sair normalmente. Por mais que seja um processo natural e que a gente tenha sido feita pra isso e tudo, mas o meu medo é de dar uma confusão ou não ter dilatação. Eu conheço criança que tem paralisia cerebral, porque faltou oxigenação na hora do parto. Eu conheço criança que nasceu com meningite, com conjuntivite. Recém-nascido com conjuntivite, porque demorou tanto.” (Elise)

“Tem um comodismo (a escolha pela cesariana) de tá nascendo. Tô sentindo dor e vamos ver se tá tudo bem com o bebê? Eu acho que isso ia me deixar muito mais nervosa na hora.” (Michele)

Maria, também, justificou sua afinidade pela cesariana com base na personalidade:

“Mas nunca foi meu sonho de vida. Nunca fui uma pessoa natureba (risos). Eu sou muito prática. O parto normal é uma coisa muito arrastada. Já me deixa na aflição. Eu gosto das coisas planejadas e práticas.” (Maria)

Controle e planejamento definem a escolha pela cesariana:

“O normal, assim, é meio obscuro e eu tenho mais medo. Prefiro o mais controlado, eu acho que talvez por a gente ser pesquisador, né? Todas as condições controladas (risos). Eu acho que o parto da cesárea acaba sendo mais controlado.” (Elise)

“É mais pelo fato de você ter uma data, de você sair de casa com calma, tranquila e sem aquele desespero. To sentindo dor e tem que pegar isso, tem trânsito, não tem vaga nesse hospital e tem que correr pro outro. Você fica lá toda aberta e aí nasce o bebê. Você fica naquela situação. Eles colocam o bebê aqui (no peito) e você continua lá aberta. A cesárea você tá fechadinha. Você fica deitada, tá deitada, tudo certinho, né” (Michele)

Elise e Antônia falam do descontrole do parto normal:

“Só pela comodidade de não ficar com o cabelo pra cima gritando igual a uma desesperada.” (Antonia)

“E tem gente que surta. Essa minha amiga, caraca, ela gritava, mas ela gritava, ela gritava tanto no (nome do hospital) que ninguém mais queria ficar perto dela. Ela tava com a mãe dela. Ela mordeu o braço da mãe dela. Ela quase arrancou um pedaço do braço dela. A mãe dela falou assim: ‘Minha vontade é socar a cara da (nome da amiga). Tá me matando de vergonha no hospital.’ E ela gritando: ‘Ai ai ai ai, tá doendo.’ E a mãe dela: ‘Calma’, e ela: ‘Calma nada.’ Ela pegou o braço da mãe e mordeu. Aí eu fiquei assim: ‘Gente isso é muita surtação.’” (Elise)

O parto normal é anormal por ser demorado, arrastado e sofrido. Isto não é necessário com a evolução tecnológica dos dias de hoje:

“Ficar o dia inteiro em trabalho de parto?! Isso é normal?! O dia inteiro sentindo dor!! Isso é normal?! (Maria aumenta o tom de voz). Não vai rolar, né! Eu acho que hoje em dia tem muita coisa assim. Tudo bem que tem a parte que é natural, o próprio nome já diz que é natural. Só que eu acho que coisas arrastadas não são naturais. Natural é você entrar em trabalho de parto e parir num determinado tempo. Bota soro, bota remédio, bota isso, bota aquilo e todo mundo toca e todo mundo abre. Isso não é normal. Isso é uma invasão.” (Maria)

Elise também não deseja ficar em trabalho de parto por muito tempo. Um maior tempo de trabalho de parto é associado ao maior risco de acontecer alguma coisa errada com o bebê:

“Eu não vou ficar sete horas em trabalho de parto tendo contração e (fu fu fu- reproduzindo sons respiratórios) e espera e empurra, ah não! Tô fora. Porque eu tenho medo de chegar uma hora e desistir, entendeu? E o neném entrar em sofrimento e tal.” (Elise)

Além disso, Maria, Michele e Antonia não acreditavam que o corpo feminino fosse capaz de passar por um parto normal:

“Tem uma linha que diz que isso aí é muito saudável para criança, mas eu, particularmente, não me imagino passando num funil durante dez horas. Tentando passar por um lugar e não conseguindo. Achando isso normal.” (Maria)

“E a imagem do parto normal, você vê nascendo, aquilo ali me chocou. É horrível. É horrível. A cabeça e você vê saindo, não.” (Michele)

“Porque, assim, é mais do que perder o controle. A mulher na hora, cada mulher é diferente. Então, assim, por mais que você se prepare, tem gente que fala assim: ‘Mulher quando se prepara não passa por algumas coisas.’ Eu não sei como é que vai ser, eu não sei se na hora eu não vou conseguir abrir as pernas, eu não sei se a dor vai ser tamanha e eu vou aguentar. Tipo, assim, são coisas que eu não sei.” (Antonia)

Com relação à possibilidade de programar a data e hora do nascimento, nem todas as gestantes queriam programar uma data e horário para o nascimento. Maria não marcou a data do nascimento da sua primeira filha e preferiu aguardar a criança sinalizar que chegou hora:

“Eu não marco a cesárea. Eu sempre espero um sinal que tá na hora de nascer. Eu não planejo nada, porque me gera uma expectativa horrorosa. Eu vou numa consulta e, numa dessas, eu sei que vou ficar. Esse negócio de dia quatro: “Dia quatro às dez horas da manhã.” Eu não posso determinar o nascimento e nem a morte. Eu espero alguma coisa acontecer.”

Com o decorrer da entrevista, Elise descreveu como seria a negociação entre ela e seu obstetra sobre a data e hora do parto. Nesta negociação, estava incluído o horário do consultório do seu médico e a possibilidade de marcar a cirurgia para o final do dia em uma maternidade: “Eles (maternidades) fazem agora que é ótimo: Eles marcam de noite. É, geralmente, os médicos marcam no final do dia, porque todo mundo tem seu consultório. Tem o consultório e depois vai para o parto. Então, eu acho que o dele (seu obstetra) deve ser o mesmo esquema. Então, eu vou olhar o calendário dele, ver quando ele pode e acho que vai ser assim.” (Elise) Antonia brinca com a possibilidade de marcar a cirurgia para data do aniversário do seu marido, após minha pergunta sobre o nascimento: “Meu marido, ainda tem

mais essa, calhou do meu filho poder nascer com 39 semanas no dia do aniversário do meu marido. É o que ele quer. Preciso te dizer mais alguma coisa? (risos)” (Antonia)

Elise contou a experiência de uma amiga durante a gestação. A amiga estava grávida e a obstetra tentou convencê-la sobre a possibilidade de passar pela experiência do parto normal, mas a mesma optou por marcar a cesariana: “Essa minha amiga, ela disse: ‘Marca aí o dia tal.’ Até a médica dela queria o parto normal: ‘Você está tão bem vamos tentar o normal.’ E a minha amiga: ‘Não, não, não. Vamos marcar. Vamos ver qual o melhor dia. Esse dia não, porque é aniversário da minha mãe. Esse dia não, porque não sei o que.’ Ela teve três filhos. Mãe parideira total, mas os três de cesárea” (Elise)

A experiência de amigas e familiares influenciou a escolha pela cesariana de Elise e Michele. Os familiares e amigos possuíam mais experiências positivas com cesárea do que com o parto normal:

“Então, assim, no meu entorno, as experiências com cesárea são sempre melhores do que com o normal. Mesmo os que foram normais e que não deu certo. Aí deu cesárea. Fez cesárea e saiu tudo bem. O primeiro filho da minha mãe foi parto normal, mas ela não tinha dilatação. Ela levou mais de sessenta pontos interno e externo. E o médico vai, vai. A criança passou e saiu arrastando tudo. Eles cortaram com força e a minha mãe sempre falou: cesariana mil vezes do que normal.” (Elise)

“Essa outra (amiga) que teve na maternidade pública. Ela disse que tava em pé: ‘Ai tá doendo, tá doendo.’ Ela falou que a enfermeira foi tão show de bola, porque a enfermeira falou assim: ‘tá doendo mesmo e não se preocupe porque vai piorar. Continua aí, porque vai piorar. Tá achando que tá ruim? Ainda não piorou nada. Pode continuar, não precisa gritar não, porque vai piorar, fica aí.’ E ela em pé sentindo dor, sentindo dor. Acho que ela teve normal, acho que o dela não foi cesárea não. Mas correu tudo bem assim, apesar dessas coisas todas.” (Elise)

“Então tem o (marido da amiga) e a (amiga). Queria, queria, queria (parto normal). Chegou na hora o médico em cima dela empurrando. Só que a cabeça do (nome do filho dos amigos) estava virada, ele não passava. Chegou na hora teve que cortar. Ele (marido da amiga) falou: ‘Se eu soubesse, eu já tinha mandado cortar isso há muito tempo.’ Porque ela sofreu para caramba, o neném não saía e não teve dilatação.’ Acho que ela ficava em oito e não passava de oito. Fazendo força e se arrebentando. O médico falou: ‘Olha (nome da amiga), você já tá

sofrendo, a neném também, vamos fazer cesariana.’ E ele falou (marido da amiga): ‘Se eu soubesse, já tinha feito cesariana desde o início.’ (Elise)

“Aqui (na hidroginástica) tem uma menina (gestante) que ficou sete horas em trabalho de parto, porque queria parto normal. Sete horas! A médica falou: ‘Se você quiser, a gente pode ficar mais vinte e quatro horas, mas eu acho que já tá na hora da gente parar.’” (Elise)

“Eu acho que a experiência da sua mãe acaba influenciando na sua escolha. A minha mãe tem duas filhas. Uma foi parto normal, que de sete horas da manhã ela só foi ter, com dor, foi ter a minha irmã sete horas da noite. E a outra que sou eu, ela teve cesárea. Então quer dizer, a experiência da minha mãe é que cesárea é a melhor coisa do mundo. Ela fazia força errada, ela ficou com isso aqui (pescoço) dela tudo dilatado. Então, ela tem trauma de parto normal e a cesárea foi uma maravilha. Então, eu sempre pensei desde que eu pensei em ter filho: ‘Eu acho que é melhor cesariana.’ (Michele)

Para as gestantes desta categoria, a cesárea é tranquila durante a fase de recuperação:

“Eu e meu outro irmão, a gente foi de cesárea. E a minha mãe, no dia seguinte da cesárea, estava lavando banheiro. Então, é frescura esse negócio de cesárea é pior que você se recupera com mais dificuldade.” (Elise)

“Eu tenho uma amiga que é minha comadre. Tem três filhos. Os três foram cesariana com hora marcada. Foi tudo direitinho. Ela não teve nenhuma complicação (no pós-parto). Foi tudo tranquilo.” (Elise)

“A recuperação não foi essa coisa que todo mundo fala. Sente dor. Acho que, se você tomar os remédios, você não vai sentir dor. Desde que siga tudo que a médica fale.” (Michele)

Quando questionei sobre o posicionamento do obstetra, nenhuma delas descreveu uma tentativa de convencimento sobre a experiência com o parto normal:

“A minha obstetra me perguntou na última consulta, porque ela ficou me cozinhando até agora. Ela não quis tocar no assunto. E ela (médica) perguntou: ‘Qual o tipo de parto que você está pensando em ter?’ Eu falei: ‘Olha só, eu quero cesárea, não quero normal não.’ Ela falou, assim: ‘Então tá.’ Ela falou para mim que é uma escolha minha de antemão, mas isso salvo todas as coisas. Se o neném quiser vir antes, se acontecer alguma coisa e precisar operar. Enfim, tem várias coisas que podem acontecer, né?” (Antonia)

“Ah, Dr. (nome do médico) e aí? Vai ser normal ou cesárea? O que o senhor acha? Ele, assim, ficou sério e falou: ‘Vamos ser realistas, a gente vive numa outra época. Claro, cada parto é um parto. A gente pode preparar para o parto normal e chega na hora e você não tem dilatação. Vou ter que te abrir. Pode ser da gente marcar a cesárea e você passar mal no dia anterior e ser normal. Ele não falou que ia fazer a cesárea, mas ele deixou claro que cesárea tem as suas vantagens. Você se preparar, mas obviamente que você vai fazer quando o neném tiver pronto e quando eu tiver pronta. Não vai deixar nada adiantar, não vai adiantar. Depois dessa conversa, eu achei que ficou bem claro que vai ser cesárea na hora certa.’” (Elise)

“Não, na verdade ela, assim, meio que já foi por cesárea também. Como eu não tive nenhuma objeção. Ela disse: ‘Tá muito difícil hoje em dia marcar o parto normal, porque os hospitais estão lotados e o médico que tem essa responsabilidade de marcar o hospital, né?’” (Michele)

A ginecologista de Elise defendeu a segurança da cesárea e foi contrária ao parto normal: “A minha ginecologista ela falou comigo: ‘Eu respeito quem quer parto normal, mas eu penso diferente. Eu não faço parto normal. Eu já aviso logo. Ficar andando de madrugada para ir atrás de gente. Hoje em dia, eu já não faço mais. Primeiro, hoje em dia, a gente mora num lugar que não dá para ficar saindo de madrugada sozinha, pegar carro. Não sei se eu vou poder largar meu filho e para ficar descontando na criança ou no paciente eu prefiro não fazer. E tem a episiotomia que acaba complicando e tendo que depois fazer períneo. Depois fica cheia de hemorroida. Então, por conta disso eu só faço cesárea, aviso logo. Eu falo para todos os meu pacientes’.”

Além disso, a ginecologista amenizou as dificuldades do pós-operatório da cesariana e ressalta os benefícios da cirurgia para saúde fetal: ‘É melhor, a recuperação hoje. Antigamente eu nem dizia, mas hoje em dia a recuperação é rápida. Tem cinta, tem uma porção de coisas, tem negócio de silicone. Então, não tem essas frescuras. É melhor mesmo, é melhor para você, para o neném, é tudo melhor.’ (Elise reproduz a fala da sua ginecologia)

4.2.2 Mulheres que desejam o parto normal

Esse grupo foi formado por seis gestantes: Alice, Sara, Paloma, Flôr, Docinho e Renata. Separei essas gestantes do grupo posterior, pois expressaram o desejo pelo parto normal e afirmaram receber apoio médico. De acordo com o discurso destas gestantes, estes

não criaram dificuldades para o parto normal com base no risco ou dificuldades de vagas hospitalares. Conheci o desfecho da gravidez de duas gestantes deste grupo: Sara e Alice. Como não foi possível conversar com todas as gestantes no pós-parto e ter acesso às suas experiências sobre o nascimento, optei por inserir os relatos sobre o parto das duas gestantes acima citadas nos anexos desta dissertação. Desta forma, tentei evitar dificuldades de compreensão dessa categoria.

Todas as gestantes expressaram o desejo pelo parto normal por considerá-lo mais saudável para mãe e bebê e por influência de familiares:

“Eu quero normal. Igual a médica falou: ‘Depende dele (o bebê)’. Porque a minha vontade é ser normal por todos os benefícios que o parto normal traz, né? Para criança e para própria gestante também. A recuperação, ativar o corpo para receber aquele neném fora da barriga.”
(Docinho)

“Eu sempre quis parto normal. É questão de recuperação. Eu acredito. São algumas teorias que não tem confirmação, mas eu acredito que tenham menos crianças alérgicas que nasceram de parto normal e menos doenças respiratórias de crianças que vieram de parto normal. Mães mais saudáveis no pós-parto. A recuperação é rápida. Fora a experiência que eu tive com a minha mãe. Ela é uma pessoa que passou por aquilo ali e ninguém diz.” (Flôr)

“Eu quero normal, quero muito. Então, ela já tá com a cabecinha para baixo, mas aí agora é ver se não vai ter nenhum problema que impossibilite. Mas, eu quero muito que seja normal. Eu acho que tudo é mais fácil no parto normal. É mais fácil para o neném. Só tem benefício para o neném. Tem benefício para mãe. A mãe depois vai está muito mais apta a tomar conta do neném. Já vai sair andando e tranquila. Enquanto que a cesárea é uma cirurgia como outra qualquer. Então, exige repouso e cuidados no local. Então, eu acho muito mais chato cesárea.”
(Renata)

“Ah, porque eu acho que é menos agressivo para mulher. É uma coisa mais, como o próprio nome já diz, normal. Imagina se eu faço uma cesárea e depois eu vou ter o ponto da cesariana, a dor, né? Toda a cirurgia, você tem um tempo de recuperação. Só que você tem um peso para segurar que é o bebê e que você tem que amamentar. Os primeiros dias de amamentação não são fáceis e simples. E no normal você tem uma recuperação muito mais rápida e pode dar

mais atenção para o seu bebê. Então, essa é uma preocupação que eu tenho. Então, eu queria tentar o parto normal.” (Sara)

Paloma e Alice expressaram o desejo pelo parto normal, mas que não fosse traumatizante e sem radicalismo:

“Olha, o parto eu nem fiquei muito na dúvida. Eu achava que deveria ser o parto normal, justamente por ser fisiológico mesmo. Porque fazer uma cirurgia, se pode ser um parto normal. Mas, a minha conversa com o meu médico é: ‘Se for para ser parto, vai ser parto. Não tenho vontade de ter um parto normal nessas condições que, as vezes, não é para ser e você fica ali horas e horas tendo contração, sem ter dilatação, toma ocitocina e faz isso e faz aquilo.’ Eu conversei com ele, eu não gostaria que fosse assim, justamente, porque eu não gostaria que fosse uma coisa traumatizante. A gente vai esperar. Se for tudo bem. Um belo dia eu começar a ter contração à noite ou qualquer hora do dia. Vou para lá, começar a ter contração, o negócio evoluir e eu tiver dilatação. E der para ser parto normal, será parto normal. Agora, se for aquela coisa que você fica tendo contração ali horas e nada de dilatação. Tem pessoas que querem ter o parto a qualquer custo.” (Alice)

“Olha, eu adoraria que fosse parto normal, mas eu não sou daquelas loucas psicopatas que vão ficar, sei lá, não sei quantas horas em trabalho com o neném enrolado e sentado só porque quer ter parto normal, de jeito nenhum. Adoraria entrar em trabalho de parto e depois adoraria que fosse da forma que melhor indicada pelos médicos. Eu quero só que flua bem. Adoraria entrar em trabalho de parto.” (Paloma)

Alice durante a gestação foi amedrontada pelas pessoas do mundo em geral sobre o parto normal e a cesariana: “Várias pessoas vêm te botar medo, né. Pessoas do mundo em geral. Têm pessoas com a opinião muito certa: ‘Nossa! parto normal!? Deus me livre. É horrível.’ Porque, realmente, para algumas pessoas é uma experiência horrível. Então, eu tinha consciência que eu conheço algumas pessoas que tiveram experiências que não foram ruins com o parto normal e tem pessoas com experiências traumatizantes. A mesma com coisa com a cesariana.” (Alice)

No caso da cesariana, Alice também ouviu que a cirurgia havia evoluído e contou a experiência de uma amiga: “Parece que cesariana deu muito uma evoluída. As pessoas que eu conheço que estão fazendo cesariana agora. Toma uma anestesiuzinha, um cortezinho pequenininho, no outro dia. Tenho uma amiga que ela ficou super bem, o pós-operatório dela foi super tranquilo. Não abriu ponto. Ela ficou em casa sozinha com o bebê e com o marido fazendo tudo desde o início. Eu sei que nem para todo mundo é assim. Tem gente que tem um

pós-operatório com problemas com cesariana. Mas, não é mais aquela cesariana de antigamente. Que na minha cabeça era aquela coisa. Aquela coisa horrível.” (Alice)

A família de Paloma defendia a cesariana: “A minha família é de médicos. Eles pensam na gente diferente. O meu pai é de uma linha que é pró-cesárea total, mas eu não sou assim igual a ele. Ele fala assim: ‘Vai matar a minha neta. Vai amassar minha neta toda. O mundo evoluiu.’ Por um lado, eu concordo, mas eu acho que cesárea marcada é uma coisa que nunca me pareceu natural. Cesárea marcada, né. Deixa a criança vir ao mundo no dia que ela quer vir, né? Não no dia que os pais decidiram, né? Tem gente que marca cesárea pra criança nascer do signo tal, né? É louco também.” (Paloma)

Flôr recebeu o apoio do seu marido na escolha pelo parto normal, mas a família dele foi contra a ideia: “Ele (o marido) não, com certeza parto normal. A família dele é completamente contra. Ele (o marido) ficou junto comigo. Os pais deles são mais antigos. Eles têm 70 anos. Na cabeça deles, o parto normal é coisa de antigamente e, nos dias de hoje, você fazer um parto normal seria uma coisa ultrapassada. A gente que escuta isso, não dá, não dá. A minha mãe é o contrário. Minha mãe teve dois partos normais, completamente normais e defende essa causa.” (Flôr)

As gestantes referiram receber apoio dos seus obstetras
 “Tem muito pouco parto normal, apesar que há um estímulo hoje de mostrar o quão é importante o parto normal. A gente sabe que os índices são baixos, né? Até pela programação das maternidades. Você marcando o parto, você sabe o dia, quantas pessoas vão entrar e quantas vão sair e o médico sabe o horário. Então, eu não tive preocupação com essa minha médica. Ela respeitou a minha opção e, segundo, eu senti um apoio dela, entendeu? Então, isso é bom também.” (Docinho)

Flôr denominou seu obstetra de amigo do parto normal: “Eu escolhi ele em função disso. A gente brinca que ele é amigo do parto normal. É porque tem que ser a filosofia de vida daquele obstetra. E ele vai esperar, porque ele é assim, tranquilo. Não vai tá nenhum pouco ansioso. Se demorar doze horas tudo bem. É o primeiro filho. Então, assim, eu queria alguém que tivesse nessa briga junto comigo. Alguém que, se ele chegar pra mim e falar: ‘Eu acho que você precisa fazer uma cesariana.’ Eu não vou nem perguntar o porquê.” (Flôr)

O primeiro obstetra que atendeu Sara e seu marido durante o pré-natal declarou não realizar parto normal: “Eu falei para ele (médico): ‘Ah, eu gostaria de fazer parto normal.’ Ele (o obstetra) falou que não fazia parto normal, só cesárea. Eu não posso escolher o parto que eu quero fazer, entendeu? Aí eu não fiquei. Então, esse eu já saí fora, porque ele na nossa cara falou que ganhava mais dinheiro fazendo um monte de cesárea. E o parto normal ele podia

demorar doze horas esperando até a criança querer sair e com ele era a vontade dele. Não era a vontade da criança. E eu achei aquilo um absurdo. Como que eu vou confiar a minha vida e a vida do meu filho durante nove meses num profissional desses, né? Que profissional é esse? Aí desse eu decidi que não ia ficar.” (Sara)

Alice procurou um obstetra que proporcionasse a experiência do parto normal: “Eu queria um médico que fizesse parto normal. E aí eu fui ao (obstetra) e eu queria um médico que fizesse parto normal e a (nome da pessoa que indicou o médico) havia falado do (nome do obstetra).” (Alice)

Alice e Paloma classificaram seus obstetras como não radicais para nenhum dos partos. Isto foi apresentado de forma positiva por ambas:

“O bom dele é que eu senti exatamente isso (não ser radical). Ele quer o que for melhor para você, para o bebê, para situação ali. Ele falou: ‘A gente vai tentar. A gente tenta inclusive fazer com o mínimo de intervenção, mas a gente tem que ver. Eu não tenho a menor intenção de marcar uma cesárea, mas vamos ver.’ (Alice)

“Conversei com ela já duas vezes, a princípio ela não é uma radical nem de um lado nem de outro, tá? E eu acredito nela, né?” (Paloma)

O tempo de trabalho de parto, que para outras gestantes é um problema na primeira gestação, virou brincadeira entre flôr, seu marido e o obstetra durante as consultas de pré-natal: “Eles brincam com isso várias vezes na consulta. Ele (o marido) fala: ‘Olha Dr. (nome do médico), vamos fazer o seguinte. Eu vou para lá (maternidade), o senhor não vai, porque demora muito. Aí a gente vai lá e fica em acompanhamento. Quando estiver ritmado, bonitinho e começar a dilatar, eu ligo para o senhor e o senhor vai. Não vai perder sua noite de sono, assim não.’ O meu marido já fala para ele (o obstetra): ‘Não, faz o seguinte, quando eu estiver indo para maternidade, a sua casa fica no caminho, eu passo aqui e levo o senhor junto.’ ” (Flor)

Docinho também não considerava um problema o tempo do trabalho de parto. “Isso é bom, também, porque, na verdade, ela (a médica) fica à disposição. Eu fico à disposição dele e ela também. Porque a qualquer momento, ela (obstetra) pode ser chamada. E fora a gente não sabe quanto tempo dura, vai durar o parto, né? Porque o parto normal pode durar duas horas ou pode durar dez horas, entendeu? Aí ela fica a disposição também disso.” (Docinho)

Durante a entrevista, Flôr e Sara fizeram uma análise sobre as possíveis causas dos altos índices de cesariana no Brasil. Sara apontou os interesses econômicos. Flôr apontou a falta de preparo profissional e o medo feminino do parto normal:

“No Brasil, a porcentagem de mulheres que dão a luz pelo parto tipo cesariana é muito alta. É mais alta do que a recomendada pela Organização Mundial de Saúde. E aí eu me pergunto: ‘Por que isso? Se o outro é que é o normal?’ Então, eu vejo isso como uma questão mais financeira do que outra coisa. Então, eu não sei até que ponto os médicos pensam na saúde da mulher, no bem estar do bebê e na recuperação.” (Sara)

“A realidade de hoje é a cesariana. Os novos médicos, os novos enfermeiros, os novos obstetras tem menos experiência no parto normal. Eu acho que a indicação de cesariana tá prejudicando ainda mais isso. Quanto mais cesariana fizer, menos se vai saber fazer parto normal. As mães indicam cesariana, né? Não sei, eu vejo, as mães se assustam com o parto normal quando chega perto. É, alguma coisa muda no final da gestação, que sempre indica cesariana. Coisas com uma indicação relativa, coisas que não existem. Aí, a mãe junto com o obstetra decidem pela cesariana. É mais fácil. Você tem hora marcada, você tem hora pra começar e para acabar. É uma segurança e uma estabilidade dentro da carreira que é muito difícil dentro da obstetrícia. Facilita muito.” (Flôr)

A crítica de Sara se estende aos médicos que, segundo ela, enganam as mulheres durante a gestação e na hora H fazem uma cesariana sem tentar uma indução: “Porque você ouve também muita história que o médico vai te engabelando. É parto normal, é parto normal. Chega na hora H dizem: ‘Não tem dilatação.’ Eles sequer tentam alguma coisa pra induzir, entendeu? Eu já ouvi, já vi muito isso.” (Sara)

4.2.3 Mulheres que desejam o parto normal e seus obstetras, durante o pré-natal, enfatizavam os riscos e as dores do parto normal

Este grupo foi formado por cinco gestantes. Letícia, Talia e Bela estavam na sua segunda gestação. Júlia e Carla vivenciavam a primeira. Todas declararam o desejo pelo parto normal e, tal como o grupo anterior, o desejo foi justificado por considerar este tipo de parto mais saudável, com melhor recuperação e por influência de familiares:

“Porque era uma coisa de cuidados melhores, eu queria tentar o parto normal.” (Carla)

“Primeiro você tem, como a maioria das mães, vontade de ter parto normal. Poxa, é bonito e tal.” (Letícia)

“Ah, eu gostaria de ter o normal. Tanto que eu chorei muito quando eu fui ter a Isabela e falaram que tinha que ser cesárea, porque eu queria passar pela experiência do parto normal. Acho que pela experiência de vida, sabe? Eu escutei a minha avó a vida inteira falando que ela teve os três filhos dela, inclusive, um parto de gêmeos que o segundo nasceu de bunda e todos normais. Uma questão de honra feminina, sabe? (risos)” (Bela)

“Eu antes de engravidar sempre disse: ‘Vou fazer cesariana, porque eu não tenho condição de ter um parto normal, não tenho estrutura.’ Quando eu descobri que tava grávida e fui pesquisar eu falei: ‘Gente, o parto normal é muito melhor. Tenho que conseguir isso!!Aí a gente fez até um curso de preparação para o parto e comecei a ler.’ (Júlia)

As três que estavam na segunda gestação passaram por uma cesariana na gravidez anterior. Na primeira gestação, Letícia, apesar do desejo inicial pelo parto normal, optou pela cesariana, após participar do grupo de gestante e devido a opinião de seu obstetra sobre a segurança da cesariana: “Naquele curso completo fizeram a besteira de me mostrar um parto normal. Naquele dia eu desisti. Eu não preciso passar por isso. Uma criança coroando, uma mulher se rasgando, eu falei: ‘Gente, isso não é normal. Isso não é normal, isso não é natural gente!’ Só que o meu obstetra ele também fala assim: ‘Eu acho mais seguro a cesárea, né?’ E aí tem essa onda que os obstetras preferem fazer cesárea, porque eles podem programar. Mas, cara, ele é da minha família, se tivesse que ser normal não ia ser por causa disso, sabe? É porque ele acha mesmo que é mais seguro e tal, que é mais controlado, porque ele fala.” (Letícia)

Letícia explicou os motivos defendidos por obstetra para considerar a cesariana mais segura: “Você consegue tirar a criança com mais segurança. Na hora que faz o parto, pode estar com circular de cordão, pode não afetar, mas pode afetar. Você pode ter um encurtamento do cordão. A criança vai e volta, a criança vai e volta. Então, assim, é muito fator surpresa que pode dar problema, né? Embora, enfim, isso seja o parto mais natural, o parto normal.” (Letícia)

Letícia tinha medo de cirurgia, mas foi tranquilizada durante os nove meses de gestação sobre a tranquilidade da cesariana: “Eu nunca tinha operado nada na minha vida, morria de medo de operação e de qualquer coisa. Mas, ele (o obstetra) me tranquilizou ao longo dos nove meses.” (Letícia)

O obstetra de Letícia afirmou que fazia a episiotomia e isto para ela foi um ponto a mais para a cesariana: “Ele falava o seguinte: ‘A gente faz o normal na boa, mas eu gosto de fazer a episiotomia, porque eu já vi depois o neném vai e arranca tudo e você vai ficar toda lascada embaixo. A gente faz o corte em volta.’ Eu falei: ‘Para ficar com ponto lá embaixo eu fico com o ponto de cima.’ (Letícia)

Bela desejava o parto normal, mas seu obstetra justificou a necessidade da cesariana baseado no envelhecimento placentário: Eu não entrei em trabalho de parto e a placenta começou a perder função. Tava de II para III. Isso, o obstetra no dia que eu fiz a ultrassonografia, que foi no dia 16 de abril, me ligou no dia seguinte, né? No dia 17, falando: ‘Olha, tem que ser hoje, a placenta não tá legal.’ Eu fiquei muito tempo na ultrassonografia e a (filha de Bela) não se mexeu. Então, já era muito preocupante, né?.” (Bela)

Além do envelhecimento placentário, o obstetra utilizou o tamanho do bebê para justificar a indicação certa cesariana: “O parto da (filha de Bela), o que aconteceu? Tinha incompatibilidade do tamanho da cabeça com a parte da região pélvica, por isso que ela não nasceu. Foi isso que o médico chegou à conclusão na hora que fez a cirurgia. Ele falou assim: ‘É o tipo de conclusão que a gente só consegue ter quando faz a Cesárea.’ Pelo menos foi o que o meu médico lá em São Paulo falou.” (Bela)

O obstetra de Bela, na segunda gestação, enfatizou os riscos de ruptura uterina e histórico de bebê grande para justificar a adoção da cesariana: “Como esse médico, o meu médico (médico da gestação atual), é super antenado em artigos e congressos, eu acho ele bastante atualizado. Ele me apresentou um artigo para me comprovar. Algumas pesquisas têm sido feitas em cima do percentual de mulheres que tem a ruptura da cesárea anterior. Eu já tenho uma cesárea. Durante o parto normal, após uma cesárea, após duas cesáreas, após três cesáreas. Após uma cesárea, tem um percentual de 30% que rompe e sofre de hemorragia e que é um quadro clínico complicado. Na segunda, acho que 98% das mulheres tinham rompimento e na terceira era óbvio que tinha um percentual muito alto, né? Ou seja, além de ocorrer hemorragia, o quadro clínico fica agravado. Claro, eu só tenho uma, mas de qualquer forma 30 a 40% de chance de romper, eu fiquei um pouco assustada. E o que ele comentou comigo foi o seguinte: ‘Olha, a princípio a gente vai fazer sim uma cesárea, mais por questões de segurança, da sua saúde e do bebê. Mas, eu não cometo o que a gente chama de pecado da obstetrícia. Aí eu falei: ‘O que é o pecado da obstetrícia?’ Ele falou: ‘Vamos supor a bolsa estoura com 39 semanas. A gente não marcou nem data e nem hora. A gente tá acompanhando para ver o período que o bebê tá realmente pronto para nascer. Então, chegou com 39 semanas, a bolsa estourou e você tá com 7 de dilatação, 6 de dilatação e o bebê tá

ótimo. Ele pode nascer de parto normal. Tá tudo fluindo e tá tudo lindo. Não tem porquê, a gente faz o parto normal, claro. Mas não nasceu, não nasceu. Você já tem um caso, o parto da (filha da Bela), o que aconteceu? Tinha incompatibilidade do tamanho da cabeça com a parte da região pélvica, por isso que ela não nasceu.’ Então, como eu já tinha esse histórico.” (Bela)

Letícia, na segunda gestação, optou pela cesariana, devido a experiência positiva com a cirurgia na primeira gestação: “O meu pós-operatório (primeira cesariana), eu acredito que tenha sido tão bom quanto de um parto normal. Porque eu levantei, tomei banho, lavei a cabeça e segui a vida e não sentia nada. Não é assim que dizem que é de um parto normal? Se antes eu tinha dúvida sobre normal e cesárea. Agora, é cesárea de vez, agora é cesárea de vez.” (Letícia)

O desejo de Talia pela laqueadura influenciou a escolha pelo o tipo de parto na segunda gestação: “Não, hoje eu até gostaria que fosse parto normal, mas só se tivesse, assim, a condição de na mesma hora ligar pelo o umbigo, porque eu precisaria ligar. Aí, não podendo, de repente, vai ser cesárea pra aproveitar e ligar.” (Talia)

Talia e Bela também consideraram tranquila experiência com a primeira cesárea: “Tranquilo, nada do que falam assim. De manhã eu tava bem, nasceu nove e pouca da noite, eu passei a noite dormindo, né? Ele nem veio logo para o quarto, porque ainda tava com anestesia. Cinco horas da manhã, eles trouxeram. Eu já estava bem. Tomei banho, levantei e foi tudo bem. Sem dor, sem nada. A cicatrização foi ótima. Eu tinha perdido (peso) praticamente o que eu ganhei.” (Talia)

“Hoje eu entendo, tenho mais maturidade. Eu entendo, obviamente, que a tecnologia está aí para não deixar a gente passar por situação de risco. Então, não tenho aquele bicho da cesárea que muita mulher ainda tem. Esse monstro não existe mais pra mim, porque eu já passei por uma tranquilamente.” (Bela)

Letícia elogiou o trabalho de artista plástico feito na cicatriz cirúrgica e não se arrepende da cirurgia: “A cicatriz é muito lá embaixo. Não tem nem como, não chega nem perto de aparecer num biquíni. Tirou do osso assim pubiano. Ele (obstetra), realmente, faz um trabalho de artista plástico. Você procura a cicatriz e está lá embaixo. Aí fica muito leve. Eu não me arrependo da cesárea.” (Letícia)

Não posso dizer qual foi o tipo de nascimento de Júlia. Mas sua obstetra comportou-se tal como as outras gestantes que vivenciavam a segunda gestação. A obstetra foi ressaltando os riscos do parto. Júlia, após a descoberta da gestação, soube dos benefícios do parto normal, por isso ela e o marido fizeram o curso de preparação para gestação. No entanto, o discurso da

sua obstetra enfatizava os riscos do parto normal: “Quando eu descobri que estava grávida e fui pesquisar, eu falei: “Gente, o parto normal é muito melhor. Tenho que conseguir isso! Aí a gente fez até um curso de preparação para o parto. Só que a minha médica ela é muito cautelosa. Ela atende em hospital público. Ela tem um pouco de restrição a essas pessoas muito xiitas com parto normal. Ela fala: “Canso de consertar um monte de besteira que as pessoas fazem por aí nessa forçação de ter um parto normal acima de tudo. Costurar reto, enfim, umas emergências brabas. Ela fala: “Para mim, parto normal tem que ser quando tá tudo indicando pra ser.” Ela acha que eu estou super ansiosa. Ela não quer que eu crie expectativa. Então, ela fala que a gente vai conversar na semana 38, antes disso ela não fala de parto. Aí eu já desisti também, falei ah, então tá.” (Júlia)

Os avós de Júlia defendiam a cesariana, pois a cirurgia é mais tecnologia: “A minha avó acha que eu tenho que ter cesárea, ela acha um absurdo esse negócio de parto normal. Porque ela teve os três filhos de cesárea e ela acha que é muito sofrimento que a cesárea é muito mais tecnologia.” (Júlia)

Carla, apesar do seu desejo pelo parto normal, optou pela cesariana, devido o medo da dor e a opinião de seu médico: “Na verdade eu fiquei muito tempo durante a gravidez meio tensa pensando o que eu ia fazer. Se ia fazer parto normal ou se ia fazer cesárea. Ele, por ele, ele (marido) torcia muito pelo parto normal. Porque era uma coisa de cuidados melhores. Eu queria tentar o parto normal, mas eu tinha muito medo da dor e de todo o esforço do parto normal e acabar fazendo uma cesárea. Até que eu resolvi que ia fazer cesárea e tomei a decisão. Fiquei mais tranquila. É, a minha médica conversou comigo também, ela falou que é a favor do parto normal, mas ela diz que há um problema hoje de vagas no hospital. Ela citou o problema de não conseguir vaga no hospital. Isso também pegou, mas não foi o peso maior. E uma coisa de tentar ser um pouco mais programado do que totalmente. ” (Carla)

É interessante como Letícia, em tom de crítica, vai descrevendo como a mulher logo que fica grávida tem o desejo do parto normal, identifica os incentivos governamentais ao parto normal e, por outro lado, os altos índices de cesariana. Por fim, ressalta os riscos do parto normal e o compara de forma pejorativa aos índios, às mulheres mais velhas e o associa a morte. E ressalta a segurança da cesariana: “E toda essa coisa de recuperação. Que cesárea é muito pior do que a recuperação do parto normal. E para não entrar nas estatísticas da cesárea do Brasil. Tem toda aquela história de que o Brasil é o país que faz mais cesáreas. É, é verdade. Mas você começa a querer fazer parto normal. Aí você vê o que é um parto normal. Você fala: “Gente, isso é um risco, isso não funciona. Como é que as índias tinham isso? Como é que as avós tinham em casa? Ué, tinham, mas morria não sei quantos, né?”. Enfim,

ele falou (seu obstetra): “Se eu tivesse que sugerir eu acho mais seguro fazer cesárea, mas você faz o que você quiser.”” (Letícia)

4.3 Tecnologias no parto normal: a episiotomia e analgesia de parto

Descrevi nesta categoria as representações das gestantes sobre a analgesia de parto e a episiotomia. Esta categoria não é referente às experiências com o uso dessas tecnologias, já que entrevistei mulheres no final da gestação e não no pós-parto. Primeiramente, irei falar sobre a analgesia de parto e, posteriormente, sobre a episiotomia. Por último, discuto nesta categoria as representações das gestantes sobre o parto natural.

O parto normal sem analgesia está fora de possibilidade, pois a esta é essencial:

“Não, pra mim na lógica o normal seria com anestesia. Porque sem anestesia não tem nenhuma condição.” (Carla).

“Acho que a anestesia é essencial. Tudo eu comparo com odontologia. Eu acho que não dá para mexer no dente de alguém sem anestésiar, sabe? Então, eu acho que tem que ter anestesia mesmo.” (Margarida)

A dor do trabalho de parto é percebida como um complicador da experiência do nascimento. A analgesia seria uma maneira de tornar a experiência mágica, mais fácil e confortável:

“Eu quero peridural. Eu acho que a dor conta mais do que todo o trabalho de parto em si. Qualquer situação que a gente tenha dor, fica muito cansada, preocupada e caída. Não tem porque um dia que é pra ser mágico, que eu vou precisar de um fôlego extremo, a partir dali eu ter passado horas e horas de muita dor. Todo mundo fala que a dor é muito forte.” (Flor)

“Não, eu não tenho essa coisa não. Assim, eu acho que a anestesia, se é pra facilitar, né? Vamos facilitar. Eu posso ter algum conforto naquela hora? Posso. Então eu vou usar aquilo, entendeu?” (Sara)

“Só ajuda a mãe. Isso não impede de ter a contração, de fazer força e aliviar ao mesmo tempo a dor. É uma dosagem pequena, uma coisa rápida que não prejudica em nada o neném.” (Renata)

Algumas gestantes admitem o uso da analgesia caso este seja realmente necessário. No entanto, não deixa de ser entendido como uma forma de livrar a mulher dos sofrimentos proporcionados pelo trabalho de parto e, desta forma, garantir a participação feminina: “Se no momento tiver que ter, porque é necessário, entrar com analgesia, mas sem tirar justamente o controle motor, que é o que elas fazem hoje, né? Só para analgesia mesmo e você participa do parto, você faz a coisa acontecer, deixa a coisa acontecer, né? As contrações e a expulsão. Porque, assim, não adianta também eu ficar urrando, morrendo de dor e dificultando o nascimento. Então, para ter um equilíbrio, se eu vou poder trabalhar melhor no parto, tendo um pouco de analgesia, né? Por que não?” (Docinho)

O médico de Alice falou sobre a possibilidade de tentar o parto sem o uso da analgesia e somente utilizá-la caso seja necessário: “A gente tenta inclusive fazer sem o mínimo de intervenção (o parto). Você entrar em trabalho de parto e conseguir suportar as contrações. Conseguir ter o trabalho sem precisar tomar uma anestesia. Ele nascer mais naturalmente possível mesmo. Sem anestesia, sem a episiotomia. Para você conseguir que ele nasça naturalmente mesmo.” (Alice)

No entanto, Alice considerava difícil passar pela experiência sem ser traumatizante. Por isso não se importava de usar a analgesia: “E creio que deve ser bem raro, mas parece que tem pessoas realmente que conseguem ter um parto todo normal sem nenhuma intervenção e sem ser traumatizante. Eu tenho um pouco de medo e eu não me importo de tomar a anestesia, pelos menos, não. Eu não me importaria de tomar uma anestesia, assim dependendo da situação.” (Alice)

Por outro lado, há aquelas gestantes que não tomariam a analgesia, devido ao risco proporcionado ao bebê e outra pela necessidade de aguardar um momento ideal para aplicação do anestésico, o que implicaria passar por toda a intensidade das dores:

“Não quero com analgesia não. Assim, daquela que a gente vê que umas crianças nascem todas chumbadas. Porque o parto normal para. Por mais que você tenha todo o esforço de orientar, sabe? Minha experiência não é muito boa. Desde lá da Neo (serviço de neonatologia), onde eu trabalhava.” (Talia)

“Ah, mas tem que chegar a seis centímetros de dilatação né!!!Se eu demorar dez horas para chegar a seis centímetros de dilatação...Não vai rolar, né!!!!!!” (Maria)

Não usar a analgesia é descrito como romantismo e associado de maneira pejorativa aos índios: “Então, eu ia, eu ia tomar se fosse parto normal. Não tenho esses romantismos,

não precisa ser que nem índio. Acho que a gente tá em 2011, a medicina evolui para isso. É fogo, né?” (Letícia)

No caso da episiotomia, havia gestantes que desconheciam o procedimento cirúrgico e não haviam conversado sobre o assunto com seu obstetra: “É eu sei que tem, né? Mas, eu não sei. Eu não conversei com ele (o obstetra) como que é o procedimento dele..” (Margarida)

Talia naturaliza a existência deste procedimento. Não o considera ideal, mas que na prática não é o que acontece: “Tem que fazer, né? O ideal era que fosse natural, natural, mas também a gente vê que o dia a dia não é isso que acontece.” (Talia)

Flôr e Renata não haviam conversado com seu obstetra, até o momento da entrevista, sobre a episiotomia. Renata amenizou os efeitos do procedimento e Flôr o considerou uma segurança para mulher:

“Eu acho que é super tranquilo, são pouquinhos pontos e é um cortezinho. Se você teve a peridural, durante as contrações nem vai sentir o corte da episio.” (Renata)

“A episio, para mim, não existe restrição nenhuma. Acho que ela é uma segurança para mulher. A episio não médica, ou seja, aquela que você não fez, realmente, cria complicações horríveis. Fístulas muito complicadas e não vejo porque não fazer.” (Flôr)

Por outro lado, a episiotomia é fonte de estranhamento e pode ser um dos motivos pela preferência da cesariana. Como foi o caso de Letícia e Antonia:

“Eu falei ah, pra ficar com ponto lá embaixo eu fico com o ponto de cima.” (Letícia)

“Desculpa a expressão, mas eu já vi muita periquita "liiinda" pra não dizer o contrário, principalmente, depois do parto vaginal. Porque assim, aonde eu tive experiência era: ‘não consegui passar, corta’. E assim, não eram coisas pequenas, era serra elétrica, sabe? Cortava tudo. Os pontos podem infeccionar da cesárea e você acha que lá embaixo também não infecciona?” (Antonia)

No caso de Alice, ela sentiu estranhamento, mas não chegou a desistir do parto normal: “Isso aí, é que eu acho estranho. Um das coisas mais estranhas do parto normal, eu acho isso daí. Eu fico achando que isso daí e esses pontos devem ser mais estranhos que uma cesariana. Eu acho que é uma região mais sensível para mulher fisicamente e psicologicamente do que eu estiver com pontos aqui (aponta para barriga)”

Alice e Docinho reconhecem que este procedimento só é realizado se for necessário: “Em algumas mulheres não é necessário fazer essa intervenção aí.” (Alice)

“Se for necessário, até porque ela é feita, se for necessário. Vai depender de como a coisa tá acontecendo, da posição, né?” (Docinho)

Apesar de não introduzir o tema parto natural na entrevista, todas as gestantes espontaneamente fizeram críticas a este tipo de parto quando conversávamos sobre tecnologias. O parto natural foi considerado radical e reprovado:

“Eu sei que tem pessoas que não querem tomar de jeito nenhum. Tomar de jeito nenhum a anestesia. Porque isso eu vejo em sites de pessoas com parto natural falando. Umhas pessoas que são mais radicais.” (Alice)

“Não vai ser aquele parto natural, entendeu? Eu não sou tão radical ao ponto de não querer nenhuma anestesia, não querer indução, não querer nada disso, entendeu? Mas eu queria que fosse pela via vaginal.” (Sara)

“Porque tem gente que quando fala normal quer tudo natural, né? Que nem na selva, assim, não quer a interferência de medicamento nenhum, eu não sou tão radical assim.” (Renata)

“Esse negócio de parto natural, na água, não sei aonde, em casa. Não, eu prefiro anestesia no hospital direitinho, mesmo sendo normal.” (Margarida)

“Essas coisas de eu vou fazer em casa. Não, tô fora, forérrima. Nada a ver. Porque aquele pessoal fala assim: ‘não porque a Gisele Bündchen fez em casa e na piscina.’ A Gisele Bündchen tem dinheiro para pagar, para ter um médico, uma UTI móvel, ter tudo dentro de casa, né? Aí é outro esquema, mas mesmo assim, nada a ver aqueles partos na piscininha no quarto e fica todo mundo olhando, não. Não, não sou natureba assim. Nunca fui, nunca fui, sou muito prática, pá pum.” (Elise)

5 MULHERES ATENDIDAS NO SETOR PÚBLICO

5.1 Entrada no campo: primeira preocupação do trabalho etnográfico - transformar o familiar em exótico

Lembranças de um “passado um pouco distante” emergiram no momento que iniciei o primeiro contato com o campo de pesquisa. Saudades da minha experiência como enfermeira obstétrica no atendimento de gestante de baixo risco em trabalho de parto. Logo em seguida, fui tomada por um medo frente ao desafio imposto pela nova experiência. Como despir-me das lentes de enfermeira e passar à pesquisadora naquele universo? Como transformar o que me era familiar em exótico?

A leitura de *Observando o Familiar* de Gilberto Velho (1978) reduziu minha ansiedade sobre a possibilidade de objetificação durante a minha imersão como pesquisadora naquele universo que, pelo menos a primeira vista, parecia-me tão familiar.

Este autor relativiza a noção de distância do pesquisador ao observar o exótico e o familiar. A distância tomada, somente em termos geográficos, poderia deixar escapar outros aspectos relacionados à cultura de *classe* que poderiam proporcionar um distanciamento entre o universo do pesquisador e sujeitos de pesquisa:

O fato é que dentro da grande metrópole, seja Nova York, Paris ou Rio de Janeiro, há descontinuidades vigorosas entre o “mundo” do pesquisador e os outros mundos, fazendo com que ele, mesmo nova-iroquino, parisiense ou carioca, possa ter experiências de estranheza, não reconhecimento ou até choque cultural comparáveis à viagens a sociedades e regiões exóticas. (VELHO, p.40, 1978)

Além disso, a observação do que é familiar envolve dificuldades diferentes de observar o exótico. No primeiro caso o pesquisador possui mapas mais complexos e cristalizados sobre o cotidiano da vida social quando comparado ao segundo caso. No entanto, isso não significa que o pesquisador ao se defrontar com realidades mais exóticas ou distantes não esteja classificando ou rotulando de acordo com princípios básicos através do qual foi socializado. Assim, com maior ou menor número de dúvidas ou hesitações existentes de acordo com grau de familiaridade do pesquisador, os mecanismos classificadores estarão sempre operando (VELHO, 1978).

Assumi como objetividade a definição de Velho (1978, p.43):

A realidade exótica ou familiar sempre é filtrada por um determinado ponto de vista do observador, ela é percebida de maneira diferenciada. Mais uma vez não estou proclamando a falência do rigor científico no estudo da sociedade, mas a necessidade de percebê-lo enquanto objetividade relativa, mais ou menos ideológica e sempre interpretativa. (VELHO, 1978, p.43)

Além desse autor, a leitura de Geertz em uma *Nova Luz sobre a Antropologia* possibilitou uma nova percepção sobre as dificuldades enfrentadas pelo pesquisador frente ao envolvimento moral e político com a realidade social analisada. No caso desta pesquisa, o meu envolvimento moral e político na defesa do Movimento de Humanização do Parto e Nascimento.

O cientista social deve combinar duas atitudes em relação à realidade social, a engajada e a analítica, numa atitude única. Esta atitude representaria o distanciamento, ao contrário, do vácuo moral. O distanciamento não seria alcançado assumindo a postura do pesquisador como uma câmera ou com camadas de armaduras metodológicas, mas através da tentativa de realizar o trabalho científico com a capacidade de olhar as pessoas, os acontecimentos e para si mesmo com o olhar ao mesmo tempo frio e interessado (GEERTZ, 2001).

Segundo Geertz (2001):

No trabalho de campo em antropologia, o distanciamento não é um dom natural nem um talento fabricado, mas uma conquista parcial e laboriosamente alcançada e precariamente mantida. O pouco desprendimento que se consegue atingir não vem da inexistência de emoções, de seu conhecimento nos outros, tampouco do ensinamento num vácuo moral. Provém de uma submissão pessoal a uma ética vocacional. (GEERTZ, 2001,p.44)

5.2 Breve perfil da estrutura física do centro-obstétrico

O trabalho de campo na unidade pública iniciou no dia dezesseis de agosto e foi finalizado no dia vinte e um de setembro de 2011. Neste período, realizei um total de dez visitas à unidade para realização da etnografia de partos de gestantes sem nenhum problema de saúde durante a gravidez e acima de dezoito anos no centro-obstétrico da unidade.

O centro obstétrico é o local destinado para o nascimento dos bebês, além de outros procedimentos cirúrgicos, mas que não necessitam ser descritos neste estudo, pois não fazem parte do objetivo da pesquisa. O local ficava no segundo andar da maternidade. As mulheres

internadas no centro-obstétrico vinham encaminhadas da admissão (porta de entrada da unidade e onde é realizada a primeira avaliação médica), do terceiro e do quarto andar. O terceiro andar era destinado às mulheres que já haviam tido seus filhos (puérperas) e o quarto às gestantes que por alguma complicação da gestação necessitaram de internação.

A porta de entrada do setor permitia acesso a um grande corredor. No lado direito do corredor havia duas salas. Uma para médicos e outra para enfermagem. Lá os profissionais poderiam tomar café, assistir televisão e interagir uns com os outros. Durante as observações não consegui observar a permanência de médicos na sala de enfermagem ou vice-versa. Só percebi o contato pela porta para solicitação de algum serviço ou quando fui apresentada à equipe médica. Este foi um primeiro momento que me levou a levantar a hipótese de conflito entre as equipes.

Ainda no lado direito, ficava disponível um banheiro para uso das pacientes. As gestantes em trabalho de parto poderiam utilizar o banheiro para o banho morno de aspersão para relaxamento e redução das dores. Não existia banheira no pré-parto.

No lado esquerdo do corredor, de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde, existiam seis salas de parto individualizadas para gestante em trabalho de parto. No interior da sala ficavam disponíveis: uma cama PPP (Pré-parto e parto – permite o parto verticalizado); o local para cuidados com recém-nascido; prateleiras com material hospitalar necessários à assistência; bandeja de parto (contendo instrumental para o parto); um foco de luz com espelho (este permitia a mulher visualizar a saída do bebê); a bola utilizada para auxiliar na evolução do trabalho de parto; e pôsteres na parede com ilustrações das diversas posições de parto fora da cama e no leito, com o objetivo de incentivar a participação feminina.

Além disso, os profissionais de saúde incentivavam durante a observação: a presença de um acompanhante da escolha da mulher durante trabalho de parto e as mulheres eram estimuladas a deambulação e ao banho morno para o relaxamento. Por outro lado, entre as mulheres de baixo risco, percebi a prescrição médica de rotina da dieta zero e soro glicosado com ocitocina.

No lado esquerdo do corredor, além dos seis quartos para o parto, havia o pré-parto. Este era formado por três leitos. Neste local, mulheres com alguma emergência ou complicação eram internadas para estabilização e monitoramento do quadro clínico. Em frente ao pré-parto, havia um banco onde mulheres encaminhadas das enfermarias ou admissão aguardavam procedimentos eletivos. Por fim, no final do corredor estava o centro-

cirúrgico com duas salas de cirurgia, uma sala no final à esquerda para curetagem e uma grande área para mulheres em recuperação anestésica após as cirurgias.

5.3 Equipe de trabalho

No primeiro dia de visita, seguindo as orientações do comitê de ética da unidade, procurei a chefia de enfermagem do serviço e esta me apresentou à chefia de enfermagem do centro-obstétrico. A partir deste dia, obtive permissão para visitar o centro-obstétrico e participar das atividades de trabalho do setor utilizando um crachá de identificação como pesquisadora e roupão verde característico do setor. Visitava a unidade duas ou três vezes por semana. Nos dias de trabalho de campo, me apresentava à equipe de saúde do plantão, examinava quais mulheres poderiam participar do estudo, através da análise dos prontuários e uma pré-conversa com a própria gestante. Em seguida, com a autorização das gestantes, iniciava a observação participante da assistência ao parto (normal ou cesariana).

Inicialmente, a minha presença no setor me trouxe duas barreiras a serem enfrentadas para realizar o estudo. O estranhamento das equipes de trabalho e a aceitação das mulheres num momento tão difícil e frágil para elas.

Com relação às equipes, a maior preocupação era a minha apresentação como enfermeira obstétrica aos médicos e como isto poderia afetar minha relação com os mesmos durante o período de trabalho de campo. Acreditava que com a enfermagem seria tudo muito tranquilo, já que era da enfermagem, enfermeira obstétrica e conhecia algumas profissionais da unidade. Assim, tínhamos três pontos que nos uniam, mas e com os médicos? A rivalidade entre enfermagem e médicos é antiga. No entanto, para piorar a minha situação, somava-se a minha especialidade em enfermagem obstétrica.

Esse foi meu primeiro grande engano. Apesar de não esperar por isso, vivenciei o estranhamento e o incômodo proporcionado pela minha presença no setor proveniente das equipes de enfermagem e médica. Até as enfermeiras obstétricas demonstraram este estranhamento e, algumas vezes, ignoravam minha presença. Inicialmente, não sabia onde poderia ficar sem ser de alguma forma ignorada ou olhada com olhares desconfiados. Sentia vontade de ir embora. Foram alguns anestesistas e pediatras, algumas vezes, os mais cordiais e acolhedores.

Tentei não falar a minha especialidade e restringir minha apresentação à enfermeira e com mestrado na área de saúde coletiva. No entanto, durante as apresentações à equipe médica, as enfermeiras obstétricas do plantão, antigas colegas de trabalho, falavam a minha especialidade. Após a apresentação, todos os médicos falavam: “Então você só vai participar do parto das enfermeiras e do parto normal?” A partir desta resposta, explicava que participaria não só dos partos das enfermeiras, mas dos médicos também. E que gostaria de participar das cesarianas.

Numa das apresentações, eu não falei que era da saúde coletiva e um dos médicos questionou o local que estava realizando o mestrado e se era na enfermagem. Quando esclareci que era em saúde coletiva, a conversa desenvolveu-se mais facilmente. A partir desta percepção, nunca mais deixei de incluir a saúde coletiva na minha apresentação. Acredito que por mais que eles não soubessem definir muito bem o que era saúde coletiva, isto era melhor que ser na enfermagem.

Nesta primeira etapa de classificação e reconhecimento dos profissionais, passei por momentos difíceis e outros até engraçados de serem vivenciados. Engraçados, mas difíceis de serem vivenciados. Foi a leitura da etnografia de Menezes (2000) num CTI adulto que, muitas vezes, confortou os meus sentimentos de desânimo frente a algumas situações. Menezes (2000) havia passado por situações semelhantes e, então, sabia que tudo aquilo era esperado. Uma técnica de enfermagem ao saber que observaria todo trabalho oferecido à gestante falou: “Então meu nome não é (nome da profissional).” E sorrindo correu em direção contrária a minha.

Logo após o término do nascimento, as técnicas de enfermagem ficavam responsáveis pela higiene da mulher. No término de um dos partos, os profissionais saíram da sala e eu fiquei conversando com a mulher e sua acompanhante. Fomos interrompidas pela abertura brusca da porta e um chamado em voz alta, na verdade, um grito: “Vamos mãe?!!!”. Quando a técnica me viu ficou envergonha e falou: “Você está aí?! Eu não sabia.” E mudou a postura com a paciente e passou a falar um pouco mais baixo.

Com relação à equipe médica, percebi algumas posturas que, inicialmente, estranhei vinda de um médico. Numa delas, uma obstetra foi questionada sobre o uso da episiotomia pela gestante. A médica respondeu: “Só vou fazer o corte se for necessário.” Achei aquilo incrível, mas desconfiei da veracidade da informação. Naquele parto ela realizou a episiotomia. Pensei que talvez tenha sido necessário e resolvi aguardar. Posteriormente, percebi que tanto aquela obstetra e os outros realizavam episiotomia de rotina em todas as gestantes.

Além disso, ao término de um parto realizado por obstetra o mesmo falou, após o término da sutura da episiotomia: “Esta é a última maldade.” E realizou o toque retal. Esta prática é necessária, após a episiotomia, com objetivo de avaliar a possibilidade de lesão retal. Ele estava falando aquilo para mim. Já que sabia a minha especialidade e às críticas dispensadas a episiotomia de rotina pelo movimento de medicina baseada em evidências e que a enfermagem obstétrica vem se apropriando e orientando sua prática. Para confirmar a minha suposição, o profissional ao término do nascimento questionou o objetivo do meu trabalho.

Uma residente médica durante a assistência à mulher explicava a gestante todos os procedimentos realizados. Achei interessante aquilo. Ao término do trabalho veio questionar: Você está pesquisando a relação médico-paciente? Parecia querer confirmar se estava agindo da maneira correta aos objetivos da minha pesquisa.

Uma residente de enfermagem durante os partos realizados por médicos falava: E aí o que você achou? O parto é humanizado ou não? Você viu o tamanho da episiotomia? Ele falou para gestante ficar na cama, você viu? Ela parecia querer, ao mesmo tempo, demonstrar que sabia o que era parto humanizado e investigar os propósitos da pesquisa. A mesma residente ao me apresentar a sua amiga, também residente de enfermagem obstétrica, falou: “Ela está observando tudo o que a gente faz de errado. Sai anotando tudo. Anota tudo!!”

A conversa com alguns técnicos de enfermagem, no primeiro dia de trabalho de campo, me deixou assustada sobre as possíveis atitudes profissionais futuramente. Conforme orientação da chefia de enfermagem da unidade e o comitê de ética, a minha entrada no centro-obstétrico deveria ocorrer via enfermeira obstétrica do setor. Assim, o fiz. Fiquei aguardando a chegada da mesma no meu primeiro dia de trabalho de campo. Enquanto isso, técnicos de enfermagem conversavam entre si sobre a sobrecarga de trabalho e demonstravam se muito desanimados. Um deles interrompeu a conversa entre eles e dirigiu se a mim: “Você é enfermeira ou residente?” Falei que era enfermeira e estava fazendo a minha pesquisa de mestrado.

O outro logo falou: “Ela vai dar aula da teoria. Vai ganhar mais e não vai ficar mexendo em sangue! E continuou: “Ela vai ganhar mais. Ela é mais uma humanizada. Eu sou tecnocrata. Faço Kristeler, coloco ocitocina e a criança sai logo no colo do pai. Ela está vindo para perturbar a gente. Você tem que convir que nem toda gestante quer parto humanizado, né!”

Fiquei sem palavras e quem respondeu por mim foi uma técnica de enfermagem: “Ah, a gestante tem todo direito ser informada. Algumas mulheres, você conversando, você convence.” Fiquei com vontade de ir embora. Mas, continuei aguardando a enfermeira. Já

conhecia a enfermeira do plantão. Após a chegada da enfermeira, expliquei a pesquisa e percebi muito desânimo da profissional. Ela não era estatutária e sim funcionária contratada por uma Organização de Saúde (OS) e, por isso, trabalhava sob tratamento diferenciado. Com maior carga horária de trabalho e cobrança da chefia. Além das OSs, a exigência do Ministério Público para redução de vínculos públicos dos funcionários parecia causar muito estresse. Isto seria uma estratégia para redução de carga horária de trabalho semanal considerada alta entre profissionais de saúde, principalmente, na enfermagem.

Já é conhecido o conflito existente entre enfermagem e médicos nas unidades de saúde. No entanto, nas maternidades onde existe o trabalho da enfermeira obstétrica na atenção ao parto, além da rivalidade histórica já existente entre as equipes de saúde, soma-se o conflito entre enfermagem obstétrica e obstetrícia médica tradicional. Primeiro, pela constante disputa médica por exclusividade e hegemonia na atenção ao parto. Segundo, pelas diferenças entre os modelos de assistência adotados por cada equipe. Nesta unidade, não vivenciei nenhuma discussão ou ofensa entre as equipes de atenção ao parto, fato comum em outras unidades. Parecia mais com um conflito velado, mas que era perceptível na falta de integração e troca entre as equipes. Percebia alguma troca, e mesmo assim muito superficial, quando a enfermagem solicitava a presença dos médicos por alguma possível intercorrência.

Uma mesma mulher poderia receber avaliações de médicos e enfermeiras. Mas cada avaliação era estanque da outra, com orientações e condutas totalmente diferentes dada à mulher por cada equipe. Além disso, havia a disputa por parto entre às equipes de residente. Residentes de enfermagem e de medicina disputavam entre si quem iria atender a mulher na hora do nascimento. A enfermeira dizia às residentes de enfermagem: “Vocês vão ficar do lado da mulher logo, pois se não vocês sabem que eles vão roubar o parto.” Houve casos de discussão entre as equipes por esta disputa, mas não os vivenciei. Fiquei sabendo por uma residente.

As próprias residentes de enfermagem reclamavam desta disputa. Chegando a casos de estarem acompanhando a parturiente durante todo trabalho de parto e, por um momento que saíram da sala de parto, a residente de medicina roubou o parto.

Médicos e enfermeiros trabalhavam com condutas divergentes com relação ao nascimento. Os primeiros mantinham práticas mais conservadoras e intervencionistas de acordo com o modelo médico tradicional de atenção ao parto. As segundas em diferentes graus tentavam romper com o modelo hegemônico de atenção ao parto e caminhavam, dentro das limitações do contexto hospitalar de trabalho, em direção ao modelo humanizado.

As residentes de medicina e as de enfermagem durante o processo de aprendizagem da especialidade apoderavam-se do modelo orientador das práticas dos seus respectivos staffs, a reproduzir os conflitos entre as equipes e a não trabalhar como equipe.

Um exemplo desta cisão do trabalho entre as duas equipes era a verbalização de residentes de enfermagem e enfermeiras durante o plantão a seguinte frase: “Hoje não tem ninguém para gente.” Aquilo de início me soou um pouco estranho, pois havia pacientes internadas. Depois entendi que as enfermeiras possuíam um protocolo que definia quais mulheres poderiam acompanhar o parto. De acordo com a Lei de exercício profissional de Enfermagem, o enfermeiro com especialidade em obstetrícia pode realizar o pré-natal de mulheres de baixo risco e acompanhar o parto normal eutócico. Por isso, entendo ser de suma importância definir os limites da prática da enfermeira como uma forma de proteger o profissional no exercício da sua profissão e garantir a qualidade e segurança da assistência oferecida.

No entanto, quando este tipo de dispositivo passa ser utilizado como uma maneira de eximir a co-responsabilidade sobre pacientes fora deste protocolo passa a ser um complicador. Não quero com isso acusar a enfermagem de negligência, mas apenas salienta este tipo de perigo e que é mais ameaçador em equipes que convivem conflituosamente.

Num dos dias de trabalho de campo, preferi não convidar uma paciente em trabalho de parto para o estudo, pois a mesma havia sofrido abuso sexual pelo pai durante a infância e teve um pré-natal muito complicado emocionalmente. Uma das profissionais de enfermagem solicitou à enfermeira obstétrica ajuda com a paciente em trabalho de parto, pois a mesma estava muito nervosa e sofrida e não permitia o toque vaginal pela equipe médica. A resposta da profissional foi a seguinte: “Essa paciente não é do protocolo e, então, não é para gente. Os médicos vão lá tocam de hora em hora e rompem bolsa. Totalmente diferente da gente.”

Outra enfermeira da unidade veio ao setor, não sei se enfermeira obstétrica, e proporcionou apoio físico e emocional para aquela mulher. Quando estava nascendo chamaram os médicos e o bebê nasceu muito bem. Foi muito bonito o trabalho daquela enfermeira.

Um dos limites da minha observação, foi a maior dificuldade para desenvolver contato com os obstetras. As conversas com a equipe médica se resumiam aos momentos de observação do nascimento. Nenhum deles deixou de aceitar minha presença durante as observações, mas, de forma mais acentuada em uns do que em outros, todos mantinham uma barreira que dificultava uma relação mais próxima.

Por fim, mesmo sem perceber diferenças nas práticas profissionais por sexo, vale ressaltar que nos dias que realizei as observações havia um maior número de mulheres fazendo parte da equipe de trabalho nos plantões. Esta composição da equipe corrobora com os dados de Bruschini (2002) sobre diferenças de participação entre homens e mulheres na estrutura ocupacional na década de noventa. De acordo com os dados da autora, havia a persistência de determinados *guetos femininos*⁴⁹ no mercado de trabalho. Por exemplo, em ocupações que exigem nível superior, havia uma maior concentração feminina nas áreas de linguística, letras, artes, nas ciências humanas, nas ciências biológicas e nas ciências da saúde. Estas ocupações possuem um elevado contingente de mulheres e, devido a essa característica de gênero, detém menor prestígio e menores níveis de remuneração (BRUSCHINI, 2002).

A saúde foi a área que teve maior crescimento do número de mulheres na década de noventa. Neste grupo, se insere os cursos de medicina, enfermagem, odontologia, educação física, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, ortótica, psicomotricidade, terapia ocupacional, dentre outras. Mais de 70% dos empregos do setor formal na área de saúde eram ocupados por mulheres no fim da década de noventa (BRUSCHINI, 2002).

Além disso, no curso de medicina, considerada uma profissão de prestígio e exercida na sua maioria por homens, houve aumento da composição de mulheres neste curso, porém com maior proporção em especialidades médicas que exigem paciência e persistência ou que reproduzem seu papel no espaço privado, são elas: pediatria, ginecologia, obstetrícia e doenças crônicas (BRUSCHINI, 1999).

5.4 As mulheres

O contato inicial com as gestantes foi muito difícil para mim. Primeiro, por ser um momento vivenciado como sofrido, doloroso e tenso para gestante e o acompanhante. Recebi respostas negativas ao convite de participação e, algumas vezes, de forma grosseira: “Eu não quero participar de nada!” Segundo, mulheres e acompanhantes estavam sempre desconfiadas da qualidade de atendimento oferecido a elas e os possíveis riscos à saúde do bebê. Isto pelas representações sobre os serviços de saúde público e privado. O setor público associado à baixa qualidade e para pobre, já o privado representante do melhor atendimento.

⁴⁹ Grifos meus para indicar que o termo utilizado pela autora

Além disso, o sucateamento dos serviços e a precarização das relações de trabalho nas unidades de saúde pública reforçam estas representações, além das mesmas serem veiculadas, constantemente, pela mídia. A população, ao procurar respostas às demandas de saúde, encontra dificuldades de acesso ao atendimento médico de qualidade e aos recursos tecnológicos necessários ao diagnóstico e terapêutica. Além disso, profissionais, no cotidiano de trabalho, submetem a população a julgamentos preconceituosos provenientes de valores culturais e de classe impregnados nas práticas de saúde.

A organização dos cuidados oferecidos às gestantes centrada no procedimento dificultava o estabelecimento de espaço de subjetividade e formação de vínculo entre profissionais e gestantes. Isso associado ao fato das gestantes, atendidas nas unidades de saúde pública, não conhecerem os profissionais responsáveis pelo cuidado oferecido às mesmas, gera barreiras, ainda maiores, para a criação de vínculos de confiança e responsabilização entre profissionais e gestantes. A alta rotatividade do setor e os dias de superlotação agravavam esta situação.

As gestantes haviam procurado a unidade aos primeiros sinais de dor e foram internadas antes de iniciar o trabalho de parto. Isto por considerarem as dores, mesmo fora do trabalho de parto, difíceis de serem vivenciadas, mas também pelo receio da possível peregrinação pela cidade na busca por uma vaga hospitalar para o parto. As gestantes não encontraram dificuldades de acesso à maternidade e, somente uma delas havia procurado, primeiramente, outra unidade de saúde. Mas as experiências anteriores ou de outras mulheres, tornava o receio pela falta de vaga um importante fator na opção pela internação antes do trabalho de parto.

Violeta optou pela internação na unidade de saúde fora de trabalho de parto. Durante a primeira internação, ouviu outras mulheres queixarem-se das dificuldades de conseguir internação em outras maternidades. Após dois dias de internação, os médicos optaram pela alta hospitalar, pois Violeta estava com mesmo quadro clínico. Em casa, Violeta resolveu retornar à unidade para garantir a vaga influenciada pelos relatos das outras gestantes no período de internação: “É outra coisa que dá medo, ir embora e perder a vaga hospitalar.” (Violeta)

Após a aprovação da gestante, iniciava a observação e ficava com ela até o momento do nascimento. Sabia que só a minha presença ali já estava interferindo na interação dos sujeitos. Mas, mesmo assim, tentei, com duas gestantes, não oferecer meus cuidados de enfermeira obstetra para o alívio da dor e apoio emocional durante trabalho de parto, na

tentativa de manter certo distanciamento e influenciar o menos possível na cena. Logo desisti desta ideia, pois era impossível não se envolver num momento tão cheio de energia e pedidos de ajuda.

Com base na experiência etnográfica de Castro (2009) resolvi interagir com as gestantes e proporcionar conforto físico e emocional. Castro (2009) realizou observação etnográfica no domicílio de famílias após a internação e alta de um de seus membros de uma Unidade de Tratamento Intensivo. Durante a realização da observação, a pesquisadora vivenciou um momento crítico de saúde de um dos sujeitos da pesquisa e recebeu pedido de ajuda da família. Com isso, optou pela mudança de papéis: sair da posição de pesquisadora à de enfermeira:

Do ponto de vista de uma pesquisa em ciências humanas, a interferência poderia mudar os rumos da pesquisa como também da vida daquelas pessoas. Aceitar não intervir significaria estar lá junto a eles, como um armário está; assistir como um armário assiste e não como uma enfermeira que, de outra forma, assiste também. (CASTRO, p.173, 2009)

Optei em participar daquela cena, também, como enfermeira obstetra e não mais somente como pesquisadora. Mesmo sob o risco das mulheres me associarem ao serviço e isto influenciar nos resultados da pesquisa. Assim, somente não realizava a avaliação obstétrica como toque vaginal e ausculta do batimento cardíofetal (bcf).

Ao contrário dos meus receios, o apoio físico e emocional oferecido às mulheres durante trabalho de parto nos aproximou e facilitou a minha permanência durante a observação do trabalho de parto e durante as entrevistas. E isso foi muito bom, pois as enfermarias, no local onde realizei as entrevistas, não garantia a privacidade necessária. As enfermarias eram compostas por vários quartos e cada quarto possuía três camas uma ao lado da outra. Era muito difícil falar sem ser ouvida e isso gerava constrangimentos. Além disso, todo momento éramos interrompidas pelos profissionais de saúde para uma possível avaliação do bebê ou das próprias mulheres.

5.5 Cenas de parto

Selecionei seis etnografias das treze realizadas no período que visitei o pré-parto da unidade envolvida no estudo. As etnografias selecionadas foram organizadas em forma de cenas de parto, onde tentei demonstrar algo que foi comum a todas as mulheres que participaram do estudo, claro que com graus diferentes em cada uma delas: o parto como um

grande sofrimento, demorado, a descrença na capacidade de passar pela experiência, a passividade de todas elas frente aos profissionais de saúde que acompanhavam o nascimento e as relações hierárquicas entre mulheres e profissionais. Além disso, optei em descrever duas experiências femininas diferentes do restante e, desta forma, permitir que a riqueza dos dados observados seja exposta.

Com exceção de duas mulheres que participaram do estudo, o restante relatou o desejo pelo parto normal, com base na melhor recuperação: “Eu queria um parto normal. A dor é só na hora e a recuperação é muito melhor. Hoje eu estou bem e ontem foi o meu parto. Depois que saiu a cabeça e o corpinho, eu não senti mais nada.” (Violeta)

A opção pela cesárea era baseada na dor. Uma delas ao final do parto normal falou para equipe médica: “Vocês quando engravidarem vão marcar a cirurgia e tomar anestesia. É muita dor. Não sei por que eles incentivam o parto normal. Eu queria que e anesthesiasse com anestesia geral e que eu só acordasse com ele já nascido.” (Poderosa)

Cena 1: O parto de Violeta

Violeta tinha vinte três anos de idade, negra, possuía o primeiro grau incompleto e estava na sua segunda gestação. Quando a encontrei na sala 1 de parto estava sozinha e deitada no leito. Violeta queixava-se de muita dor, muito sofrimento e sobre a demora do nascimento. O seu primeiro parto havia sido mais rápido, pois a equipe do serviço havia rompido a bolsa e instalado o soro: “As dores pioraram, mas foi mais rápido” (Violeta).

Tal como a primeira gestação, não havia planejado engravidar. Tentou esconder da mãe, mas a mesma desconfiou logo quando o corpo de Violeta começou a apresentar sinais de mudança. Em seguida, sua mãe aceitou e apoiou: “Minha mãe me viu mais gordinha, inchada e sonolenta. E descobriu. Reclamou muito, mas no final ajudou.”

Realizou o pré-natal das duas gestações no mesmo serviço público de saúde e com a mesma médica. Gostou do pré-natal, pois a médica explicava tudo e fez todos os exames, inclusive, a ultrassonografia. Na primeira gestação era marinheira de primeira viagem, mas como tinha cuidado dos sobrinhos foi mais fácil: “Fui marinheira de primeira viagem, mas como tinha muitos sobrinhos ficou mais fácil do que quem nunca cuidou de uma criança. Já tinha experiência para cuidar do meu.”

Quando a encontrei estava sem acompanhante e perguntei o motivo. Ela não tinha conseguido realizar contato com os familiares. Ofereci meu celular para o contato e a mesma, prontamente, aceitou minha oferta. Logo em seguida, sua mãe chegou. Era uma senhora negra muito humilde e com fôceis de muita luta pelas dificuldades da vida. Trabalhava num condomínio ali perto como faxineira. Conseguiu deixar o trabalho para ver Violeta. Quando chegou foi logo falando: “Ah Violeta, ainda não nasceu e você está aí. Eu não vou poder ficar aqui com você!”

Na verdade o que incomodava a mãe de Violeta era o sofrimento de sua filha e das outras mulheres naquela situação. Ela tinha muita pena de todas elas: “Essa dor não é fácil não! Tenho pena dela e das outras.” Era visível a aflição dela. Acho que tudo aquilo fazia a mãe de Violeta lembrar a experiência de sofrimento nos partos dos seus cinco filhos.

Após a chegada de sua mãe, Violeta começou a andar pelo pré-parto. Todos os profissionais, pelo menos no período que fiquei ali, estimulavam as gestantes andarem dentro e fora do quarto. Violeta e sua mãe começaram a conversar sobre a internação, o tempo de trabalho de parto, o sexo do bebê e a evolução do trabalho de parto com as outras gestantes internadas no pré-parto. Violeta parecia ter esquecido as dores.

O tempo passou e já era o período da tarde. A mãe de Violeta ainda estava lá. Ela, apesar da sua aflição, não conseguiu deixar sua filha. Ali permaneceu até o nascimento da neta. Violeta permaneceu deitada no leito, pois estava cansada e com muitas dores. Voltou a reclamar da demora, das dores e os incômodos nas costas: “Está demorando muito e eles não estouraram a bolsa. Será se ficar demorando muito, eles fazem uma cesariana?” Sua mãe respondeu: “Ah!, Eu não sei.” Violeta respondeu: “Parto normal poderia ser assim: Deu uma dor e neném nasceu! E não ficar assim demorando.”

De acordo com os profissionais que avaliaram Violeta, ela estava bem e o trabalho de parto evoluindo. A cada hora os profissionais avaliavam as mulheres em trabalho de parto. Desde que cheguei ao plantão, o acompanhamento de Violeta estava sendo realizado pela enfermagem obstétrica. Somente uma vez a residente de medicina, após avaliação, comunicou a Violeta que iria romper a bolsa. Esta, muito satisfeita, aceitou a conduta médica. No entanto, a médica não conseguiu realizar o procedimento e não retornou lá.

A partir daí, somente a enfermagem obstétrica acompanhou o parto. E Violeta continuava a reclamar para mim e sua mãe que, apesar do soro, não tinha acelerado nada. Frente à queixa de Violeta, a residente de enfermagem tentava explicar que tudo estava bem e que o trabalho de parto estava evoluindo normalmente. Estimulava concentração, exercício

respiratório, deambulação, utilizar a bola para auxiliar a descida do bebê e caso sentisse vontade fazer força de coco poderia fazer.

Violeta, algumas vezes cedia aos incentivos da residente de enfermagem obstétrica e, outras vezes, preferia ficar na cama. Elogiou as massagens nas costas e na panturrilha e agradeceu não estar sozinha durante o parto: “As massagens nas costas e nas pernas me ajudaram muito. Alivia as dores. Não estar sozinha também, você (eu), minha mãe e aquela outra obstetra, não, enfermeira obstetra me ajudaram muito.”

A residente de enfermagem obstétrica usava solução em spray com perfume, como forma de harmonizar o ambiente e ajudar a concentração de Violeta. Conseguiu encorajar Violeta a usar a bola. Fazia massagem na região lombar da gestante para alívio das dores. Violeta inicialmente estranhou, mas gostou, pois melhorava o incômodo na região lombar.

Isto tudo era estranho à experiência de Violeta. Ela não conseguia entender que já estava em trabalho de parto. Ela não aceitava a situação, pois havia aprendido, com a experiência do parto anterior, que parto era colocar soro com ocitocina, romper bolsa, o bebê nascer logo e o sofrimento acabar.

Num determinado momento, Violeta falou: “Por isso que um monte de mulher quer cesariana! É por causa da dor. Questionei a ela se a cesárea seria realmente melhor: “Ah! Antes não, mas com essa dor toda e essa demora. Ah! Eu quero uma cesariana!”

Diante do sofrimento da filha, a mãe de Violeta falou: “É assim mesmo, Violeta, não tem jeito. Eu me apego em Deus! Ora e pede a Deus força! A enfermeira obstetra e a residente chegaram à sala de parto de Violeta, a mesma estava deitada na cama e pediu para romper a bolsa contando sobre a experiência do primeiro parto: “Tá demorando muito. No outro parto foi mais rápido depois que rompeu.”

A enfermeira resolveu romper a bolsa, pois na sua avaliação Violeta estava sem motor. A residente questionou a atitude da enfermeira: Como ela está sem motor se ela está com nove centímetros, então elas são efetivas. A Enfermeira: “Mas, como será o expulsivo sem motor.” A residente aceitou calada a opinião de enfermeira, mas com feições de reprovação da conduta.

Romperam a bolsa. Violeta estava com nove centímetros e o neném precisava descer. A Enfermeira: “Eu colocaria ela na bola, verticalizaria ela. Só não colocava no banquinho, pois não está 100% apagado.”

Violeta preferiu ficar no leito. Antes da enfermeira obstétrica e a residente saírem da sala de parto, a mãe de Violeta falou sobre seu nervoso durante o parto, e a enfermeira a interrompeu: “Nervosa? Por quê? se é um momento de alegria?” E a mãe de Violeta

respondeu: “Não, é porque eu fico com pena delas (sua filha e das outras mulheres internadas) porque é muito sofrimento.”

Logo após isso, Violeta passou a reclamar mais das dores fortes, estava mais descontrolada e parecendo estar mais séria. Não aceitou sair da cama: “Eu tô sentindo essa dor e ele não nasce. Será que eu vou conseguir? Tá demorando muito!”

Numa das contrações, Violeta levantou o corpo da cama e falou de uma pressão no ânus. Quando ela abaixou o corpo na cama olhei sua vagina e vi a cabeçinha do bebê chegando. Falei para ela: É ele! Violeta!! Chamei a enfermagem obstétrica e elas vieram prontamente. Posicionaram Violeta na cama. O bebê nasceu logo em seguida sem a episiotomia.

No dia posterior, fui encontrar Violeta na enfermaria para a entrevista. O momento da entrevista acabou tornando-se uma conversa coletiva. Durante a conversa sobre o nascimento, a própria Violeta ao falar da sua experiência chamou a adolescente e a acompanhante ao lado para falarem dos seus partos. Ao falar de si, Violeta olhava para as mulheres ao lado. Seu olhar foi o convite. Assim, nossa conversa transformou-se numa troca a quatro: Eu, Violeta, a acompanhante da adolescente e a adolescente.

Cada uma contava sua experiência. Uma mais sofrida e doída que a outra. Contavam o sofrimento sorrindo uma da experiência trágica da outra e desejando nunca mais passar por aquilo: “Esse negócio de ficar sofrendo em pré-parto? Nunca mais! No meu primeiro filho, eu cheguei com ele nascendo. A médica só aparou e eu que fiz tudo. A força toda. O parto do segundo foi pior. Eu sofri muito. Me joguei no chão e tudo! Eles colocaram um monte de agulhas nas minhas costas e aí a dor melhorou e ele nasceu. Eu não sei o que eles fizeram.” (Acompanhante da Adolescente). A adolescente: “Eu também sofri muito. Me joguei no chão e gritava: Eu tô ficando maluca!”

Violeta: “Eu não dilato rápido, mas quando rompe a bolsa e (faz sinal de pressão na vagina), ele nasce logo. Depois que rompe a bolsa e coloca o soro, eu entro em trabalho de parto e aí nasce logo. Ele não fica entupido, indo e voltando. Ele vem logo. Os médios dão anestesia e dão o corte para ajudar. No parto dele nem precisou. Depois que eu entrei em trabalho de parto, ele veio com tudo. Não teve anestesia. Ele que veio me rasgando.”

Como nossa entrevista não foi gravada, Violeta pediu para escrever no meu caderno de anotações: Escrevi aí! Escreve aí: Filho nunca mais! A dor foi tanta! É horrível! É horrível!

Caso 2: Parto de Laura

Laura morava no Maranhão e veio ter seu filho no Rio de Janeiro, pois poderia contar com ajuda dos familiares do seu marido. Mulher branca, formada em Pedagogia e trabalhava como professora pela prefeitura de São Luís. Ela estava na sua segunda gestação e a primeira foi aos 22 anos, mas acabou perdendo. A gestação atual foi planejada. Ela casou no ano de 2008 e aos 32 anos resolveu engravidar: “Quando eu tinha 22 anos eu perdi um, né? Aí dessa vez foi planejado, né? Casei em 2008 e quando foi agora resolvemos ter a bebezinha, né?”

Encontrei Laura na sala de parto deitada sobre a cama de parto com fáceis de muito sofrimento e cansaço. Ela queixava-se de muitas dores, cansaço e pedia cesariana aos profissionais. Estava sem acompanhante, pois não tinha ninguém da família disponível para estar com ela. Pedia cesariana aos profissionais médicos, já que estava internada desde segunda-feira com três centímetros de dilatação, sentindo dores, com fome e o trabalho de parto não evoluía. Não aguentava mais aquela situação: “Estou muito cansada, não sei se vou aguentar. Está doendo muito. Faz uma cesariana, pois não vou aguentar.”

Laura justificava não conseguir comer, devido às dores. Apesar do estímulo dos profissionais e da orientação que trabalho de parto na primeira gestação é demorado, insistia em permanecer no leito queixando-se das dores e pedindo a cesariana. Não respondia a nenhum estímulo de força. A equipe médica, preocupada com o caso de Laura, discutia a possibilidade de uma analgesia, pois o plantão estava tranquilo e, por isso, poderiam pedir aos anestesistas a peridural. Por fim, as obstetras indicaram a analgesia e comunicaram a Laura a decisão.

Além de Laura, uma adolescente negra acompanhada da mãe chorava e gritava com muitas dores. Estava com sete centímetros de dilatação. A mãe parecia muito tensa e preocupada com a situação da filha e do neném, mas permanecia calada o tempo todo. A adolescente dizia não aguentar mais. Os anestesistas analisando a situação discordavam da indicação de analgesia somente para Laura e não para adolescente que parecia sofrer muito também. Apesar de não entenderem, não questionaram a equipe médica. Segundo eles, naquele dia o plantão estava calmo e poderiam realizar a peridural: “Hoje estamos fazendo a peridural nela, pois o plantão está calmo. Não podemos fazer em todo mundo todos os dias, já que não temos número de anestesista suficiente no serviço público.”

Após o parto de Laura, questionei a residente de obstetrícia como era feita a indicação de analgesia e ela me respondeu da mesma forma que os anestesistas: “A gente não tem como

fazer em todo mundo, pois não temos anestesiastas suficientes. Então, quando está calmo e dependendo do anestesiasta a gente pede. O Ministério da Saúde não garante isso no parto. E a gente vê como é doloroso. É um absurdo ele não cobrir isso para o parto.”

Pensei em dois motivos para as obstetras não anestesiarem a adolescente. O primeiro associado à capacidade reduzida de negociação da adolescente e sua mãe com a equipe médica. Além de negra e de menor nível socioeconômico, o que já representa um grande distanciamento da equipe médica, a mãe da adolescente estava sempre calada e aguardando passivamente alguma resposta médica ao choro e grito da adolescente. Diferente de Laura, branca e com nível superior, que, apesar de visivelmente sofrida, solicitava resolução médica ao seu sofrimento, mas não através de choro e grito desesperados. Dialogava com a equipe a possibilidade da cesariana frente ao tempo do sofrimento e a estagnação do trabalho de parto.

Além disso, a indicação obstétrica da analgesia parecia não ser somente baseada no sofrimento da parturiente, já que a adolescente também sofria, mas, ao contrário de Laura, estava com sete centímetros e com o trabalho de parto evoluindo. A indicação parecia, também, baseada na classificação do trabalho de parto: como casos fáceis ou demorados/difíceis. Assim a analgesia viria como uma tecnologia facilitadora das dificuldades oferecidas pelo trabalho de parto.

Os anestesiastas realizaram a analgesia e explicaram a mim sobre o procedimento e as consequências de sua utilização para mãe: “Esta anestesia peridural irá aliviar as dores, mas a paciente ela tem que ajudar, tem que continuar a fazer força forte quando vier a contração. Pois ela tem a contração, mas não tem o puxo⁵⁰. Então é preciso que a mãe faça força. Depois da analgesia, o colo fica mais amolecido e chega até uns seis a sete centímetros. Depois da analgesia é necessário ocitocina. Se não as contração param e o trabalho de parto para.” Após falar isso, aumentou a velocidade do soro com ocitocina.

Após o procedimento anestésico, estimularam Laura fazer força quando a contração viesse. As obstetras, logo após a analgesia, posicionaram Laura deitada no leito e realizaram o toque vaginal para avaliação da dilatação. Durante a avaliação a obstetra abriu um grande sorriso de aprovação da indicação realizada. Laura antes da analgesia estava com três centímetros, logo após, estava com oito centímetros. O trabalho de parto havia evoluído muito. Novamente, todos na sala explicaram a Laura que após a analgesia ela deveria ajudar fazendo força, “como se fosse fazer cocô”, para ajudar o neném nascer. Ela teria que ajudar.

⁵⁰ Vontade feminina involuntária de fazer força de evacuar no momento que o bebê está passando pela pelve feminina.

Laura ainda muito cansada não respondia aos estímulos da equipe. Durante a entrevista falou sobre como cansaço a impediu de participar: “Na hora mesmo que precisava do meu esforço, quando precisava do meu esforço foi complicado porque eu já estava desgastada, eu não estava forte o suficiente para ajudar o máximo possível o que precisava ajudar.”

As dores haviam aliviado, mas não cessado: “Melhorou, claro que não passa totalmente. Eles (os médicos) passam, assim, como se a gente não fosse sentir dor e tudo, mas é pra poder dar força, né?” Continuou queixando-se sobre a demora do nascimento, sobre o cansaço e afirmando que não iria conseguir. Brincando perguntei se queria algo instantâneo e ela sorriu e balançou a cabeça confirmando minha pergunta.

Obstetras e anestesistas vinham, a todo o momento, solicitar à Laura força. E Laura sempre resistente em querer participar. Laura pedia para ficar deitada e descansar. Ela tentava e logo em seguida parava. Na entrevista associou a demora a sua falta de participação: “É, se eu não tivesse cansada, talvez não teria demorado tanto. Se eu tivesse mais força, né, para ajudar, né? Chegou uma hora que eu achava que não ia conseguir, mas graças a Deus consegui, mas foi muito esforço.”

As residentes de medicina vinham avaliá-la com maior frequência. Assim, realizavam o toque com maior frequência, aumentavam a dosagem de ocitocina e conversavam entre si durante o toque vaginal: Você não acha que é muito estreito (canal vaginal)? E o bebê, será que vai passar? A outra achou que iria nascer sim. Em seguida, veio a obstetra e solicitou a Laura que deitasse direito no leito e, assim, poder avaliá-la. Uma das residentes fez a mesma pergunta a obstetra e a mesma confirmou que o bebê nasceria por parto vaginal: “Não, ele vem.”

Após a avaliação, o fórceps foi solicitado à técnica de enfermagem. Antes da médica realizar a episiotomia, Laura perguntou: “Vai cortar, né?”. A médica, com a cabeça, afirmou que sim. A residente fez a episiotomia e passou o fórceps. O bebê foi puxado e nasceu. Laura não gritava de dor quando o fórceps foi passado. Após o nascimento, devido ao cansaço, não quis ficar com o neném. Quando nasceu sua menina, Laura parecia morta e muito desgastada.

A anestesista retornou a sala para saber como havia sido o nascimento: E aí nasceu? Teve fórceps? Com se quisesse ouvir o contrário. Mas, a residente de obstetrícia sorriu e falou: “Quando tem oportunidade a gente aproveita para aprender.” A anestesista fez uma cara de reprovação. Não sei se consegui disfarçar o tamanho da minha indignação sobre a postura médica durante todo o parto de Laura. Tantos toques vaginais, tanta ocitocina, tanta invasão. Para agravar a situação, o uso do fórceps, somente, para aprendizagem do residente.

O fórceps havia machucado o olho da criança. Além disso, o bebê foi encaminhado à UTI neonatal por dificuldades respiratórias ao nascer, o que preocupava muito Laura no dia da entrevista.

Na avaliação de Laura, o uso do soro e episiotomia foi uma forma de ajudar e facilitar a evolução do trabalho de parto: “Ajudou, ajudou sim. Só que depois que eu fui pra lá (pré-parto), que resolveram fazer aquele procedimento, que as coisas andaram. Fazendo o corte facilitava. Se não fosse daquela forma, eu não ia ter. Não estava conseguindo. Três dias e não estava conseguindo dilatar o suficiente para ter o neném. Se não fosse daquela forma, ia ser cesárea, né? Eu acho que cesárea, eu pedi a cesárea, mas com medo, também, né? Porque a cesárea tem as suas desvantagens, né? Tem suas complicações. E eu nunca pensei em cesárea.”

Apesar das dificuldades de participar fazendo as forças, Laura ficou mais calma com a anestesia. Percebi que com a anestesia, se por um lado é bom, pois alivia o sofrimento da paciente com a dor e pode facilitar sua participação, por outro, para os obstetras ficava mais fácil realizar as manobras invasivas tradicionalmente utilizadas pela medicina no modelo tecnocrático de atenção ao parto. Pode-se realizar o toque vaginal mais frequentemente, reduzir colo e forçar o períneo feminino sem a queixa da paciente. Realizar episiotomia e passar fórceps. No parto de Laura o kristeler não foi utilizado, pois foi substituído pelo fórceps.

Caso 3: O parto de Gabriele

A gestação de Gabriele, apesar de querida por ela e o seu marido, não aconteceu no momento que ela desejava. Ela tinha 22 anos, branca, nascida no Ceará e seu marido na Paraíba. Eles estavam juntos há nove anos. Antes da gravidez atual, ela havia passado por dois abortos com necessidade de curetagem. A última curetagem foi em 2009 e, não estava planejando engravidar: “Só que essa agora, eu não queria, no momento eu não queria. Então, como eu já sabia que eu tinha dificuldade de engravidar. E pensei: “Ah, se acontecer, aconteceu.” Porque eu sempre tive dificuldade para engravidar. Aí quando eu menos esperei estava grávida dela.”

Encontrei Gabriele no banco em frente ao pré-parto. Neste banco, ficavam mulheres aguardando o momento de passar por procedimentos eletivos, tais como: uma curetagem,

cesariana eletiva entre outros. A maioria era encaminhada da enfermaria. Na enfermaria eram avaliadas por um médico e encaminhadas ao pré-parto, caso fosse necessário. Este foi o caso de Gabriele. Ela estava com bebê pélvico e precisava passar por uma cesariana eletiva, já que o parto normal não era indicado. Ela, tal como as outras mulheres, queixava-se do tempo de esperara, já que estavam com fome e sede desde o dia anterior.

Enquanto conversávamos chegou um médico questionando: “Quem é que está com bebê sentado?” Ela se identificou. Ele: “É a primeira gestação e você está sentindo alguma coisa?”, Ela: “Tive duas perdas e não estou sentindo nada.” Logo em seguida, foi encaminhada pela enfermagem ao centro cirúrgico. Lá foi posicionada na cama cirúrgica e sondada pela enfermagem. As anestesistas chegaram e apresentaram-se à Gabriele. Questionaram se era a primeira gestação e se possuía doença ou alergia. Gabriele falou das duas perdas e negou ter doença ou alergia. A anestesista: “Foi espontâneo?”, Gabriele: “Os dois”, Anestesista: “Então, esse bebê é muito esperado.”

Questionei-me qual seria a resposta da anestesista, caso o aborto fosse provocado. Infelizmente, é ainda uma rotina no trabalho cotidiano das maternidades a culpabilização das mulheres que realizam o aborto. Margareth havia sofrido isso na sua primeira curetagem num serviço da rede municipal de saúde: “Na (nome da maternidade) eu não gostei, porque a médica quis impor que eu tinha tomado alguma coisa para perder. E era minha primeira gravidez e como eu queria aquela gravidez. Eu fiquei muito triste com ela. Ela falou que eu tinha que falar e que eu tinha tomado alguma coisa para perder a criança.”

Desde esse momento, nada mais foi dito à Gabriele até depois do nascimento quando o pediatra mostrou o bebê à ela. Na sala de cirurgia: Gabriele estava deitada de na mesa cirúrgica, os obstetras na posição cirúrgica, os anestesistas atrás de Gabriele, os pediatras próximos à unidade de avaliação do recém-nascido e a técnica de enfermagem circulando o procedimento cirúrgico. Nesta disposição, os profissionais conversavam entre si sobre questões pessoais.

Nem no momento do nascimento, nada foi dito a Gabriele. Ela permaneceu calada e quieta, desde a abordagem médica e da enfermagem fora do centro-cirúrgico até dentro da sala da cirurgia. Gabriele falava, apenas, para responder aos questionamentos dos profissionais e obedecia aos comandos da equipe. Na hora do nascimento, lágrimas desceram dos olhos de Gabriele. Ela permaneceu calada, até mesmo, no momento que os pediatras em voz alta trocavam informações sobre o exame-físico do bebê. Durante a conversa diagnosticaram, também em voz alta, que o bebê tinha uma pequena má formação nos dedos do pé esquerdo. Nada foi falado para mãe nem durante ou após a cirurgia. A má formação foi

mostrada aos outros profissionais, mas para Gabriele nada foi dito e ela, também, nada questionou.

A enfermagem levou o bebê para os cuidados imediatos e o silêncio permaneceu na sala. Somente era interrompido quando os obstetras ou anestesista trocavam informações pessoais ou dirigidos à Gabriele para que a mesma não colocasse a mão no campo cirúrgico. Os pediatras saíram da sala, após finalizarem o exame do bebê e o mostrarem para mãe. Nem nesse momento esclareceram o diagnóstico do bebê. Logo em seguida, o obstetra (este saiu no início da sutura da pele) saiu e, por último, a residente. Esta, ao finalizar a sutura da pele, parabenizou a mãe e perguntou se ela havia visto o bebê e saiu. A enfermagem realizou a limpeza e encaminhou Gabriele à área de recuperação pós-anestésica (RPA) dentro do centro cirúrgico. Ali Gabriele permaneceu até ser liberada e encaminhada à enfermaria.

Presente na cena como pesquisadora, não como enfermeira, percebi que a impessoalidade poderia estar disseminada em todas as categorias profissionais durante as relações estabelecidas com as pacientes dentro do setor e independente do tipo de parto. Fiquei muito decepcionada.

Não estou afirmando que todos os profissionais envolvidos no cuidado sejam desta forma. Estou apenas refletindo sobre a nossa capacidade, enquanto unidade de saúde representada por profissionais e gestores, de reduzir as experiências humanas aos procedimentos. Como se os procedimentos estivessem deslocados de todo contexto de vida e história de cada gestante. Claro que é necessário para o serviço e a equipe profissional estabelecer rotinas e organizações de fluxos, mas isto não prescinde da necessidade de espaços para subjetividade e a possibilidade de relações que permitam o acolhimento, responsabilização e confiança.

Gabriele permaneceu calada e sem saber o diagnóstico da sua filha até o dia seguinte. Quando conversávamos sobre a cesariana, falou sobre a atitude do pediatra: “não gostei de um detalhe que o médico conversou lá entre eles e ela nasceu com defeito no pé com dois dedinhos grudados. Ele não chegou e falou para mim. Ficaram lá conversando entre eles lá, e, no fim, a gente fica nervosa né? Porque às vezes é uma coisinha de nada, mas a gente pensa que é um problemão depois.”

Caso 4: O parto de Renata

Renata tinha 22 anos, branca e com segundo grau completo. Estava na segunda gestação. A primeira havia perdido. Logo após três meses, praticamente de propósito engravidou novamente do seu namorado: “Praticamente foi de propósito.” Ela foi internada na enfermaria para iniciar a indução para o parto com misoprostol. Iniciou a indução pela manhã e foi encaminhada à noite ao pré-parto. No dia seguinte, encontrei Renata pela manhã e estava acompanhada do seu marido e deitada de barriga para cima na cama de parto. Ele sempre calado, com a cara de cansado (de quem passou a noite numa cadeira), pouco participativo e de cabeça baixa. Era um jovem negro e parecia ter a mesma idade de Renata.

Renata estava gemendo de dores e queixando-se da demora. Pedia repetidamente ajuda a equipe médica. Solicitou que fosse chamar a médica. Chamei a residente que prontamente veio ao encontro da gestante em nítido sofrimento. Ao chegar na sala a médica falou: “Vamos colocar esse neném para nascer?!!” Renata: “Tira ele! Tira ele!!! Parecia um pedido de socorro e resolução que deveria vir da equipe médica. Como se ela nada pudesse fazer. Somente aguardar os médicos acabarem com todo aquele sofrimento. E pedia desesperadamente: “Rasga, rasga e tira logo.” A residente de medicina enquanto realizava o toque vaginal dizia: Não posso, se não irá rasgar seu útero. Você deita de lado e quando vier a contração levanta a perna e faz força de fazer cocô.”

A residente saiu e voltou logo depois. No período que ficamos na sala de parto sem a médica, Renata permaneceu deitada e tentava, sem muita vontade, fazer força. Estava muito cansada e não conseguia participar do nascimento. Nas palavras dela durante nossa entrevista: “Eu parecia uma fracassada!”

A residente anterior voltou acompanhada de outra residente. Renata estava com nove centímetros e o bebê estava em baixo. Após avaliação, começaram a série de procedimentos médicos para, na concepção médica hegemônica, ajudar a criança nascer mais rápido. Ela deitada com a barriga para cima foi submetida a cada uma deles: redução de colo, kristeler, episiotomia e fórceps. Enquanto uma realizava a redução de colo a outra fazia o kristeler. Renata tentava ajudar fazendo força a pedido das duas residentes e queixava-se: “Eu não vou aguentar! Estou sem ar!”

As residentes começaram a preparar a sala para o nascimento. Chamaram a pediatra e a enfermagem. Para completar pediram a enfermagem para colocar ocitocina no soro. Mas, mesmo com kristeler, redução de colo e soro, o bebê não nascia. O obstetra foi chamado pela

pediatra. Ele tentou mais vezes kristeler e culpava a gestante pelo fracasso da manobra: “Desse jeito você não deixa eu te ajudar! Por isso, o neném não nasce.” Renata estava cheia de dor e não conseguia respirar de tanto peso sobre a barriga. Parecia impossível para ela não reclamar e conseguir fazer força naquela situação.

O obstetra saiu de cima de Renata e fez um toque vaginal e, novamente, reduziu o colo. E voltou ao Kristeler. A residente, após toque vaginal, falou em tom de aprovação “Você conseguiu reduzir o colo todo e eu estou aqui há horas tentando.” Imaginei a dor daquela mulher.

Todos na sala solicitavam Renata: “Força! Faz força!.” A sala, naquele momento, estava cheia de gente: As residentes, a pediatra, uma técnica de enfermagem e um professor com alunos de medicina. Todos olhando para vulva de Renata aguardando a saída do bebê. O pai calado permaneceu ao lado de Renata. Eu permaneci no canto da sala com cara de assustada com o sofrimento daquela mulher. Fiquei chocada com aquela cena.

Chegou outra obstetra de plantão que diante daquela situação solicitou o fórceps. Fez a episiotomia e passou o fórceps. O neném nasceu. O neném, de acordo com a pediatra, nasceu sem respirar. Foi necessária utilização de tubo e ventilação por ambu. Após a manobra, o bebê chorou. O nascimento não foi uma celebração ou momento de alegria. E nesse caso, nem ao menos o bebê nasceu bem. Como naqueles casos que as mulheres falam que, apesar de todo o sofrimento, o neném nasceu bem. Isso como uma forma de compensação. Mas, felizmente, a pediatra conseguiu recuperar o quadro inicial do bebê.

Renata, exausta, questionava: “Porque meu filho não chora?!!!” Ao ouvir o choro, Renata começou a chorar. Nesse instante a pediatra que, inicialmente, parecia reprovar toda aquela cena inicial anterior ao nascimento, falou: “Como se pode mudar a vida das pessoas. Alguém que sabe passar um fórceps e uma pediatra competente. Nem parece aquele bebê de minutos atrás. Esse bebê estava com sofrimento agudo, porque ele ficou entupido.”

E, assim, com os alunos, continuou a exaltar os méritos de uma boa equipe obstétrica e pediátrica no nascimento. Por fim, compartilhou os méritos da equipe médica com o bebê: “Claro, se esse bebê fosse cardiopata, com outros problemas ou sofrimento intra-útero crônico, talvez não recuperasse tão bem com o tubo e ventilação.”

Renata, após o nascimento, passou por revisão de colo e sutura do mesmo. Ao término da sutura a residente falou para as acadêmicas de medicina: “Vocês são sortudas!! Vocês viram tudo (todos os procedimentos)!”

Renata com a cara de exausta respondeu ao meu questionamento sobre o parto: “Foi horrível!! Eu sofri a noite inteira. Senti muita dor, mas agora estou mais aliviada. Antes queria

cesárea, mas a dor da cesárea depois é pior. Minhas irmãs também passaram pela mesma coisa. A minha irmã mais velha teve oito em cima dela.”

A conversa com Renata no dia posterior foi rápida. Ela estava cansada e muito insatisfeita com o que passou. Enquanto conversarmos sobre o parto, Renata procurava entender o porquê da utilização de cada procedimento realizado, desde o soro ao fórceps. Ao mesmo que eu tentava explicar, Renata fazia uma avaliação de cada um deles de acordo com a sua experiência: “Fiquei passando mal a noite toda com meu marido. Uma profissional, não sei o que ela era, me ensinou uma posição que me ajudou muito. Ajudou muito a dor passar mais rápido. Ela foi muito maneira. Tomar banho quente aliviava muito. O fórceps: “Ah, foi um alívio que ela nasceu e acabou (fez uma cara de alívio). Machucou a cabeça dele.” A pressão na barriga foi péssima, machucou muito. Não tinha mais ar e fazia força e nada. O cara acabou comigo. Esse médico acabou comigo. Ele queria que eu fizesse força, mas já não tinha mais força.”

E nós continuamos. A medida que eu respondia as suas dúvidas, ela iria completando com sua experiência: “Aquele corte dói muito agora. Tá incomodando muito. Achei estranho. Ele é para o lado? Eu: Ele é para o lado e não para baixo. Ela: Para não rasgar o anus. Tá incomodando muito. Aquele soro não ajudou em nada. Ele serve para ele nascer? Eu: ele serve para aumentar a dor. Ela: É. Ele não ajudou em nada.”

Por fim, parecia que Renata queria se convencer que aquela realmente foi a melhor forma de seu filho nascer. Era engraçado que durante nossa conversa, ela parecia estar ao mesmo tempo descrevendo e analisando cada situação: “Eu queria uma cesárea por conta da dor que eu estava sentindo, mas sempre quis um parto normal, pois a recuperação é mais rápida. Mais do jeito que eu estou me sentindo aqui hoje (faz cara de arrasada e ficou em silêncio). A recuperação não está sendo fácil. Mas com a cesárea deveria ser pior (faz uma cara de dúvida e ficou calada).”

Caso 5: Parto da Racheli

Racheli era negra, tinha 20 anos e iria iniciar a faculdade quando descobriu a gravidez. Por isso, optou não iniciar a faculdade no mesmo ano. Estava na primeira gestação e todos da família e o pai da criança a apoiaram após a descoberta. O que a tranquilizou muito diante de todas as mudanças no cotidiano provenientes da gravidez.

Quando Racheli chegou ao centro-obstétrico estava com cinco centímetros. Ao invés de desespero com a intensidade da dor, demonstrava calma junto ao pai da criança. Seguiu as orientações de ajuda da enfermeira. O pai da criança era muito carinhoso com ela e lhe proporcionava muito apoio. Ela havia ido, naquele dia, trabalhar mesmo com as dores. No trabalho continuou a contar a frequência das contrações. Quando começaram a vir de dez em dez minutos e, às vezes, até menos, procurou a maternidade.

Racheli estava tão tranquila quanto à dor: “É, vim tranquila. Vim contando, tava de dez em dez minutos. Quando estava chegando aqui (maternidade) foi diminuindo e passou para cinco em cinco minutos as contrações. E aí foi tudo tranquilo, deu para segurar bem. Tanto que eu vim até de ônibus, né. Minha mãe falou: “Vamos de táxi”. Eu falei: “Não. Não está doendo tanto.””

Ela havia recebido orientação da mãe sobre a atitude médica com mulheres que gritam muito durante trabalho de parto: “Minha mãe e todo mundo sempre falou comigo: “Não adianta ficar gritando, porque os médicos não gostam. Vão te deixar lá sentindo dor.” Aí eu procurei me segurar o máximo que pude quando a dor estava bem forte. O único grito que eu soltei mesmo foi na hora do parto lá. Quando estava saindo, porque não teve como não gritar. Fora isso, foi tranquilo. Segurei direitinho. Deu para aguentar.”

Em menos de uma hora, Racheli já estava com sete centímetros de dilatação. A enfermeira dizia: “Tá evoluindo muito rápido. Esse parto vai ser logo, logo.” E foi o que aconteceu. A residente de enfermagem e a enfermeira obstétrica ofereceram a Racheli o banquinho, apagaram a luz e fecharam a porta da sala de parto. Ela aceitou e seu marido ficou por trás apoiando as suas costas. A sala estava escura e com, apenas, um foco de luz aceso apontado para vagina de Racheli. Assim, as enfermeiras poderiam avaliar a descida do bebê.

A enfermeira e a residente ficaram sentadas no chão da sala de parto aguardando o nascimento do bebê. O neném nasceu ali mesmo no banquinho sem a episiotomia. Logo após o nascimento do bebê, a enfermeira me pediu para chamar a pediatra. Fui até o estar médico e comuniquei o chamado da enfermeira obstétrica. A pediatra respondeu: “Eu fui lá e estava tudo apagado e saí da sala. Ainda está tudo apagado?” Eu respondi que não com uma vontade de sorrir da cara de reprovação da pediatra. Achei que ela deveria estar comentando sobre isso com a obstetra, pois, enquanto a pediatra falava, a obstetra mantinha um sorriso também de reprovação. E ela continuou: “É, pois estava tudo apagado. Já estou indo lá.”

O parto foi muito rápido. Aconteceu em menos de duas horas e era o primeiro filho de Racheli. Ela havia internado com cinco centímetros. No primeiro parto, geralmente, o processo é mais lento. A dor havia sido forte para Racheli, mas a presença do seu marido,

ajuda das enfermeiras e o banquinho, a fizeram passar de forma mais tranquila e ter gostado da experiência: “Acho que foi legal e ter o pai do meu filho ali comigo. Ali do meu lado. Eu gostei muito. Com o banquinho foi bem mais rápido. Achei bem melhor do que deitada. Deitada ia demora ainda mais. Eu gostei do parto. As enfermeiras foram bem atenciosas comigo, gostei muito. A dor foi difícil, né? Mas tirando a dor foi muito tranquilo.”

Caso 6: Parto de Rafaela

Encontrei Rafaela na sala de parto acompanhada de uma mulher que, inicialmente, foi apresentada a mim e à equipe de enfermagem que acompanhou o parto como sua sogra. Rafaela estava na sua terceira gestação, tinha 22 anos, parda, com ensino fundamental incompleto e trabalhava como camelô. A gestação atual, diferente das duas primeiras, não havia sido planejada. Aconteceu quando estava separada do marido.

Após um tempo de separação, ela e o marido reataram a relação. As dificuldades financeiras vivenciadas por ela e o marido, levaram-na optar por doar a criança que estava gestando. E a acompanhante era a pessoa que iria criar sua filha. Ao mesmo tempo em que contava, pedia para eu não ter raiva dela: “Se eu contar um negócio você não vai ficar chateada não? Ela (a bebê) não é filha dele (do marido). Ele sabe. Só que aí a (acompanhante – chamarei de Ruth), ela não é minha sogra, ela que vai criar ela”.

Primeiramente, pensou em abortar, mas desistiu da ideia. Logo em seguida, optou por dar a criança e teve apoio da sua mãe. Já que a pessoa que iria cuidar da criança tinha condições econômicas para oferecer uma boa vida a criança. E com ela e o pai a criança poderia morrer de fome. Rafaela me confidenciou isso chorando muito. Choramos juntas. Queria poder ajudá-la, mas como? Na verdade, percebi que Rafaela só queria desabafar a dor que sentia. Repetia copiosamente como ela havia sofrido e agora tinha que dar a criança.

O desejo de ficar com a criança era muito grande, mas esbarrava com a realidade econômica que a fazia desistir da ideia: “Você viu o que eu passei lá, naquela sala de parto? Para depois eu não ter condições de criar minha filha. O pai sabe, agora tá querendo correr atrás. Agora já resolvi que eu vou dar. Ele não vai criar. A minha mãe estava falando: “O seu filho vai está bem se você dá para ela (Ruth). Porque aí não deixa com o pai. Porque, se for

para morrer de fome com pai, melhor morrer de fome do seu lado.” Mas dá tanta pena. Quando eu saí daqui, eu vou chorar tanto. Mas ela tem condição, ela vai cuidar bem dela.”

Logo em seguida, começou a falar que era muito ligada às suas duas primeiras filhas. A primeira morava com ela e eram muito agarradas. A segunda, apesar de criada pela família do marido, a chamava de mãe e a via sempre. Ao falar das outras filhas, parecia tentar convencer a mim e a si mesma que era uma boa mãe e reduzir sua culpa por não ficar com a criança.

Encontrei Rafaela deitada no leito. Ela estava deitada e acompanhada de Ruth. Havia sido transferida na madrugada da enfermaria para o pré-parto e queixava-se de sono, cansaço e das dores. As enfermeiras incentivavam a deambulação e assumir outras posições. Na avaliação das enfermeiras, as contrações de Rafaela estavam irregulares, por isso Rafaela precisava assumir outras posições e não ficar deitada. Na última avaliação de Rafaela foi prescrito um soro com ocitocina. A enfermeira conversou com Rafaela que talvez precisasse do soro para ajudar nas contrações. Mas a mesma não quis o soro, pois assim as dores eram mais fortes.

A enfermeira, à pedido da gestante, não instalou o soro, mas insistiu que a mesma saísse do leito. Assim, Rafaela saiu do leito para cadeira e insistia em dizer: “Eu não vou conseguir, eu não vou aguentar essa dor. Eu não vou conseguir fazer força!!” Em seguida, as enfermeiras, após avaliação, posicionaram a paciente no banco, mas Rafaela negou-se a ficar na posição, pois as dores haviam aumentado e retornou ao leito.

No leito Rafaela insistia em dizer que não iria aguentar: “Eu quero dormir, eu quero descansar. Eu não vou aguentar.” As enfermeiras incentivavam a participação no trabalho de parto e pediam para Rafaela pensar positivo: “Isso é trabalho de parto e é necessário sua participação. O nome já diz: trabalho de parto e não para dormir. As suas contrações são irregulares deitada. O soro vai ajudar a regularizar.”

A gestante negou o soro, mas aceitou ir para cadeira. Durante todo o período a acompanhante insistia em questionar se não era melhor estourar a bolsa e instalar o soro. No parto do seu filho, os médicos romperam a bolsa e colocaram o soro e tudo acabou mais rápido. A dor havia aumentado, mas desta forma, dor acabaria mais rápido e o bebê, também, nasceria logo. A acompanhante, também, incentivou muito a participação de Rafaela.

Na cadeira permaneceu até o nascimento do bebê. Recebeu apoio físico e emocional durante trabalho de parto das enfermeiras (residente de enfermagem obstétrica e enfermeira obstétrica). A bolsa rompeu espontaneamente na cadeira e a bebê nasceu. Rafaela olhava estranhamente para cabeça do bebê que surgia ao poucos.

Logo em seguida vieram os pediatras, a técnica de enfermagem e a enfermeira do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para colher o sangue do cordão. Rafaela foi colocada no leito e o bebê entregue pelo pediatra à ela, após avaliação pediátrica. Devido ao olhar muito cansado e incomodado, perguntei se gostaria que o bebê fosse colocado no berço aquecido e ela, prontamente, aceitou a ajuda. Enquanto as enfermeiras aguardavam saída da placenta, a profissional do INCA falava sobre o procedimento de coleta de sangue do cordão umbilical à Rafaela. Esta sem parecer entender muito bem e entregue aos cuidados da equipe concordou com a profissional.

Posteriormente, foi a vez do pediatra realizar a anamnese em voz alta na sala de parto: “Estudou até que série? Seu nome é? Fez pré-natal? Quantas consultas? Só duas consultas? Porquê? Rafaela respondeu que havia iniciado o pré-natal num posto, mas não gostou do atendimento e não conseguiu atendimento em outro lugar. O pediatra com tom de reprovação continuou: Não gostou do pré-natal, mas o pior é ter feito somente duas consultas. A última foi em fevereiro.”

Como não foi realizado episiotomia, logo após a saída da placenta não foi necessário fazer muita coisa. Após higiene realizada pela técnica de enfermagem, Rafaela foi encaminhada à enfermaria.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria das mulheres expressou o desejo pelo parto normal e a opção por este tipo de parto foi feita com base no caráter natural/fisiológico, por isso mais saudável para mãe e bebê, e na melhor recuperação. A expressão deste desejo veio acompanhada do medo e ansiedade sobre o nascimento. As mulheres do estudo reproduziram a cultura do sofrimento e risco do parto normal presente no universo médico hegemônico.

Além disso, a ideia de *evolução de cesariana*⁵¹ estava presente entre as mulheres atendidas no setor privado. A cesariana, diferente de antigamente, hoje é menos agressiva, menos dolorosa, com uma recuperação tão boa ou melhor que o parto normal e com uma cicatriz cirúrgica sem comprometimento estético. Isto é importante ao pensar propostas de

⁵¹ Termo utilizado por algumas mulheres atendidas pelo setor privado.

incentivo ao parto normal centradas nos aspectos de risco e morte pela cesariana, o que pode ser contraditório com o universo sociocultural pelo qual estas mulheres estão inseridas.

As mulheres, que declararam preferir a cesariana, justificaram o desejo com base na associação da cirurgia à modernidade, praticidade, maior segurança, ao maior controle, a fuga das dores e da violência do parto normal e como uma forma de distinção e status sociais. A mulher moderna ao optar pela experiência da cesariana se libertaria do atraso, dos riscos, da morte e do sofrimento imputados pelo tipo de parto vivenciado pelas índias e pelas mulheres pobres atendidas pelo SUS.

A *pessimização sexual e reprodutiva*⁵², descrita por Diniz (1997), contribui para a adoção de tecnologia no nascimento. A pessimização ressalta a incapacidade corporal feminina em passar pelo parto vaginal e transforma a tecnologia utilizada no nascimento como instrumento que facilita e ajuda a evolução do processo. Na maioria das vezes, as complicações no parto normal, que comprometem à saúde fetal ou materna, são justificadas pelos riscos intrínsecos ao parto e não pelas intervenções médicas consideradas pela OMS como desnecessárias. Todas as mulheres, em diferentes medidas, reproduziram esta cultura. Para maioria delas, a episiotomia e anestesia peridural facilitavam o processo, ao invés, de prejudicá-lo se utilizadas sem necessidade ou em momento inadequado.

Apesar de não se tratar de um estudo com amostragem estatística, as diferenças sócio-demográficas entre os dois grupos de mulheres que compuseram os sujeitos de pesquisa deste estudo refletem as desigualdades estruturais presentes na sociedade brasileira. As mulheres atendidas pelo setor privado eram moradoras de bairros de classes média e alta da cidade do Rio de Janeiro, todas com nível superior, brancas, com idade entre 25 e 40 anos. No setor público, as gestantes tinham entre 18 anos e 31 anos, nove delas não tinham o nível básico completo, duas com nível médio e duas com nível superior e a maioria negra.

O estudo realizado por Barros et al (2001) retratou o Brasil como um país extremamente desigual na distribuição de renda e oportunidades de inclusão econômica e social. Os negros e pardos fazem parte da maior parcela da população pobre e indigente brasileira. Quando comparados com os brancos: os negros possuíam menor renda, menor acesso a educação formal, principalmente, quando se avançava nos níveis de escolaridade e se aproximava da universidade, maiores taxas de desemprego e trabalhavam mais na informalidade e viviam em piores condições de habitação. (HENRIQUE, 2001).

⁵² Termos de Diniz (1997)

Soares (2000) estudou a discriminação no mercado de trabalho sofrida por homens negros, mulheres brancas e mulheres negras, tendo como referência o homem branco. Todos possuíam menores rendimentos que os homens brancos, porém, por processos sociais distintos. As mulheres brancas eram tão ou mais qualificadas que os homens brancos, ocupavam os cargos nos mesmos setores e regiões cujas remunerações eram idênticas, mas era na hora de negociar o valor salarial que acabavam ganhando menos que os homens.

Os homens negros recebiam menores salários que os brancos, ocupavam cargos menos qualificados e com vínculos inferiores no mercado de trabalho e possuíam menor qualificação profissional. Nas palavras de Soares (2000, p.24) sobre a discriminação no mercado de trabalho: “As mulheres brancas sofrem apenas na etapa da formação dos salários, os homens negros sofrem, principalmente, devido à sua qualificação.”

Já as mulheres negras, em pior situação, sofriam todo o peso dos preconceitos de cor e de gênero. Com isso, acabavam submetidas à discriminação maior que a dos homens da mesma cor e das mulheres brancas (SOARES, 2000).

Desta forma, a assistência ao nascimento é outro local onde as desigualdades sociais, de gênero e raça presentes na sociedade brasileira são reproduzidas. As mulheres atendidas pelos setores público e privado de saúde vivenciam o uso de tecnologia desnecessárias no nascimento, mas em contextos e relações diferenciadas.

No setor privado, a expressão do desejo pela experiência do parto normal veio acompanhada da percepção do nascimento como um momento de risco e medo. Além disso, de acordo com o relato das gestantes, o discurso médico, ao invés de reduzir a ansiedade e medo feminino e da família, reforça, por um lado, as dores e o risco do parto normal e, por outro, a segurança da cesariana.

O parto normal e a cesariana podem ser vivenciados de maneira diferenciada, de acordo com o local e as condições socioeconômicas da mulher. No parto normal, o acesso à analgesia faz toda diferença na qualidade da experiência feminina ao serem submetidas às intervenções médicas. Como falei, anteriormente, as mulheres no SUS não possuem acesso a esta tecnologia e no privado a maioria das mulheres recebe a analgesia.

Neste estudo, durante a observação dos partos, a gestante que teve acesso à analgesia no SUS era branca e com nível superior. Segundo os médicos, o plantão estava calmo e, por isso, poderiam solicitar aos anestesistas realizarem a analgesia. Mas, o curioso disso, foi que, além dessa gestante, havia uma segunda, também, em trabalho de parto queixando-se de dores intensas, mas não obteve acesso à tecnologia. Esta era uma adolescente negra acompanhada pela mãe. A adolescente, através do choro e gritos, solicitava ajuda à equipe para acabar com

seu sofrimento. A mãe da adolescente, muito nervosa e calada, permanecia passiva frente ao sofrimento da filha e sem esboçar tentativa de negociação com a equipe médica.

Por outro lado, a gestante branca e de nível superior com maior capacidade de negociação com a equipe obteve acesso à analgesia. Além dos aspectos socioculturais, que podem ter influenciado a adoção médica da tecnologia para uma gestante e para outra não, parecia que, entre os obstetras, a analgesia não era, somente, fonte de alívio do sofrimento materno, mas também uma forma de acelerar a evolução do processo e facilitar a adoção de outras tecnologias.

Após a analgesia, Laura que estava com três centímetros passou rapidamente para oito e isso foi comemorado entre as médicas que indicaram o procedimento. Além disso, Laura passou a suportar melhor as dores da contração, agora aliviadas com a analgesia, ao aumento da infusão de ocitocina, aos toques vaginais repetidos e ao fórceps. Além disso, respondia mais facilmente aos pedidos de força da equipe médica.

A equipe médica no serviço público submete a experiência feminina à necessidade de aprendizado do residente. Claro que o período da residência é essencial para o aprendizado profissional, mas a crítica que faço ao processo de ensino-aprendizagem é sobre a supremacia do ensino da técnica e do poder de decisão do médico em detrimento do acolhimento, do vínculo, da valorização e respeito da história e experiência feminina, da condução da assistência compartilhada e negociada com a mulher e da interdisciplinaridade.

Alice optou passar pela cesariana, após desistir de esperar mais tempo pelo trabalho de parto espontâneo. A cesariana ocorreu com o obstetra que realizou seu pré-natal e num ambiente que, segundo ela, foi muito acolhedor. Durante a anestesia seu obstetra segurou sua mão e com carinho reduziu seus medos e ansiedades. O anestesista, durante o procedimento, explicava tudo que estava fazendo e, por fim, foi operada ao som da música de Adriana Calcanhoto.

Já na cesárea de Gabriela, a impessoalidade predominou durante todo o processo cirúrgico. Durante a cirurgia todos da equipe conversavam entre si menos com Gabriela e parecia que a mesma não fazia parte da cena. Além disso, após o nascimento do filho de Gabriela, o pediatra diagnosticou um problema no pé do bebê, mas nada foi dito a quem mais interessava saber.

Vale a pena ressaltar a influência de fatores como a formação profissional e os problemas estruturais do Sistema Único de Saúde sobre a prática profissional e a qualidade da assistência. O SUS convive com o problema do financiamento do sistema, sucateamento dos serviços, precarização das relações trabalhista e a organização da assistência com base no

procedimento. Não pretendo me aprofundar nesses temas, pois correria o risco de fugir do escopo desta dissertação. Mas não posso deixar de considerá-los, pois de outra forma poderia simplificar o problema do SUS aos profissionais.

No Sistema Único de Saúde, as mulheres foram submetidas à tecnologia inadequada, por meio de relações hierárquicas com os profissionais médicos e com escassa participação nas decisões sobre o tipo de assistência recebida na unidade de saúde. Na relação entre parturientes e médicos, cabia às mulheres, mesmo que muitas vezes desejassem a intervenção para acelerar o processo e acabar com o sofrimento, o papel de se submeter à autoridade médica e às sensações dolorosas da intervenção, e ao médico o poder de decisão isolada das condutas técnicas.

Na unidade de saúde que realizei o estudo, havia rotinas e práticas profissionais nos moldes da humanização da assistência ao parto e nascimento. As enfermeiras obstétricas e as residentes de enfermagem eram as mais sintonizadas com o ideário de humanização do parto. Trocavam entre si e, as vezes comigo, as experiências nos considerados “partos lindos” ou “partinhos”⁵³ que haviam assistido. Os partinhos ou partos lindos eram os que mais se aproximavam ao modelo do parto humanizado. Além disso, queixavam-se das pacientes que demonstravam insatisfação com a assistência oferecida, não cooperavam com os incentivos às práticas humanizadas e/ou verbalizavam o desejo pela intervenção, devido à demora do trabalho de parto. De maneira contrária, as pacientes que demonstravam-se cooperativas às práticas humanizadas eram classificadas por algumas enfermeiras como “uma gracinha” e “ótimas”.

Além disso, nas relações com as enfermeiras, apesar de menos hierarquizada, as parturientes pareciam, apenas, aderir, muitas vezes contrariadas ou sem o menor entendimento das condutas, às prescrições técnicas das enfermeiras obstétricas. Assim, mesmo o ideário de humanização, ainda que considerado o mais correto, pode receber formatos normativos e não negociado com as gestantes, contrariando a própria lógica que o desenhou.

Violeta não considerou a sua experiência prazerosa, mesmo com as condutas humanizadas na assistência. Pelo contrário, a descreveu como horrível. No caso de Rafaela, a mesma com cara de nojo e reprovação desqualificou sua experiência com o parto verticalizado na cadeira, ver e segurar o bebê, após o nascimento do mesmo.

⁵³ Termos usados pelas enfermeiras obstétricas para se referir aos partos que mais se aproximavam ao modelo humanizado.

A história de Rafaela é emblemática de como a gravidez que escapa ao delineamento proposto pelo ideário pode ser invisibilizada pelo sistema de saúde. A humanização do parto ao reproduzir categorias como instinto materno e a criar modelos de maternidade ligados à gestação planejada e desejada pelo casal, o parto natural e amamentação pode ficar distante da realidade da maioria das mulheres atendidas pelo SUS e contribuir para aprofundar a violência institucional contra as mulheres que procuram atendimento, incluindo as que passam pela experiência do aborto. Rafaela, no pós-parto, estava chorosa e entristecida por ter que doar a filha, por razões econômicas, a outra família, mesmo depois de passar por toda a experiência do nascimento. Esta demanda por cuidado foi invisibilizada pela equipe de saúde do serviço.

As práticas profissionais, médica e de enfermeiras, quando orientadas para atingir um modelo de parto ou gravidez ideal, mesmo se bem intencionadas, mas desconectadas do contexto sociocultural da gestante, transformam-se em meros procedimentos técnicos e podem ser fontes de violências com graves consequências na experiência feminina.

Seguindo os passos de Ayres (2001), proponho-me a pensar o sucesso das práticas de saúde na assistência à mulher, ao bebê e a família na gestação e nascimento para além dos fins, meramente, técnicos e pensar o *cuidado como compartilhamento de horizontes*⁵⁴. Desta maneira, não estou abandonando minha posição política em defesa da humanização do parto, minimizando os efeitos nocivos do uso inapropriado de tecnologia no parto ou desqualificando as contribuições na melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher pela humanização do parto e nascimento. Mas, pelo contrário, penso contribuir, através desta reflexão, num dos pontos centrais do movimento de humanização que é a garantia da perspectiva feminina.

Na perspectiva do cuidado como compartilhamento de horizontes, o profissional ao encontrar a pessoa alvo das ações de saúde, ao invés de limitar o sucesso de sua prática à intervenção técnica, buscaria estabelecer possibilidades de fusão de horizontes com o outro que se pretende assistir e, desta forma, construir projetos de felicidade no campo da saúde. Sozinho o conhecimento científico positivista é insuficiente para corresponder esta perspectiva de cuidado, sendo necessário o diálogo com outras áreas do conhecimento, tais como a filosofia, direito e ciências humanas e sabedorias práticas de diferentes culturas (AYRES, 2001).

⁵⁴Termos de Ayres (2001)

No campo da atenção ao nascimento, ao invés de reduzir o sucesso da prática de saúde à redução de cesárea, o respeito à fisiologia do parto, a redução de episiotomia, estimular o parto de cócoras, a incentivar o acompanhante, estimular a amamentação, dentre outras recomendações da OMS, que tal chamarmos a experiência de parto prazerosa de projeto de felicidade construído, a partir da fusão de horizontes dos profissionais de saúde e o universo sociocultural da mulher que pretendemos atender. Acredito que seja a melhor forma de garantirmos os direitos sexuais e reprodutivos femininos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Maria Teresa Seabra S. de B.; SILVA, Antônio Augusto Moura da. **Avaliação da qualidade de maternidades: assistência à mulher e recém-nascido no SUS**. São Luís: UFMA/UNICEF, 2000.

ALTHABE, Fernando; BELIZÁN, José M.. Caesarean Section: the paradox. **The Lancet**, v.368, p.1472-1473, oct, 2006.

ALTHABE, Fernando; BELIZÁN, Jose M.; BERGER, Eduardo. Episiotomy rates in primiparous women in Latin American: hospital based descriptive study. **BMJ**, v.324, p.945-946, apr., 2002.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.63-72, 2001.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Tradução de Waltensir. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA, Gisele Peixoto et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1611-1620, nov./dec., 2003.

BARROS, Fernando C. et al. The Challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: finding from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993 and 2004. **The Lancet**, v.365, p.847-854, mar., 2005.

BARROS, Ricardo Paes de; HENRIQUES, Ricardo; MENDONÇA, Rosana. **A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

BÉHAGUE, Dominique P.; VICTORA, Cesar G.; BARROS, Fernando C.. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. **BMJ**, v. 324, p.942-945, apr., 2002.

BELIZAN, Jose M. et al. Rates and Implication of cesarean section in latin America: ecology study. **BMJ**, v.319, p.1397-400, nov., 1999.

BERQUÓ, Elza. Brasil, um caso exemplar - anticoncepção e partos cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v.1, n. 2, p.366-381, 2.sem.,1993.

BOARETO, Maria Cristina. **Avaliação da política de humanização do parto e nascimento no município do Rio de Janeiro**. 2003.141f. Dissertação (Mestrado em saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

BOLTANSKI, Luc. **Classes sociais e o corpo**. 2.ed. Rio de Janeiro: Edição Graal, 1984.

- BONI, Valdete; QUARESMA, Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Santa Catarina, v.2, n.1, p.68-80, jan./jul., 2005.
- BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Tradução Maria Helena Kuhner. 2.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 160p.
- BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha. Sexualização das Ocupações: O caso brasileiro. **Cadernos de Pesquisa** [online], n.28, p.5-20, mar., 1979.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRUSCHINI, Cristina; LOMBARDI, Maria Rosa. Instruídas e Trabalhadeiras: trabalho feminino no final do século XX. **Cadernos Pagu** [online], n.17-18, p.157-196, 2002.
- BRUSCHINI, Cristina; LOMBARDI, Maria Rosa. Medicas, arquitetas, advogadas e engenheiras: mulheres em carreiras profissionais de prestígio. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 7, n.01-02, p.9-24, 1999.
- CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. Medicina, medicalização e produção simbólica. In PITTA, A.M.R. (org). **Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 13-25.
- CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. A Biomedicina. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.177-201, 2005.
- CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de. Tecendo a rede de proteção após a queda: O cuidado após a alta. In: CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de (Org). **Por uma filosofia empírica da atenção à saúde: olhares sobre o campo biomédico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.155-188.
- CHAZAN, Lilian Krakowski. As imagens fetais e a produção do prazer de ver: a construção do feto como pessoa mediada pela ultra-sonografia obstétrica. **Clio-Psyché – Programa de Estudos e Pesquisas em História da Psicologia**, v.1, n.1, 2005.
- CLARK, S.L. et al. Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.200, p.156.e1-156.e4, feb., 2009.
- COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. 2.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983. 282p.
- CONRAD, Peter. **The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 2007. 204p.
- CORDEIRO, Hésio de A.. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.
- CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. 175p.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigmas of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, n.75, p.S5-S23, 2001.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. Cesariana: considerações sobre a trajetória desta cirurgia ao longo do último século. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **O Modelo de Atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: Cenários e perspectiva**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Gênero, Saúde Materna e o Paradoxo Perinatal. **Rev. Bras. Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.19, n.2, p.313-326, 2009.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.627-637, 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. “The Cut Above” and “The Cut Below”: the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. **Reproductive Health Matters**, v.12, n.23, p.100-110, may. 2004.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização do parto e nascimento**. 2001. 254p. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. 1997. 150p. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva), Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

D’ORSI, E.; CARVALHO, M.S.. Perfil dos Nascimento no Município do Rio de Janeiro: Uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.367-379, abr./jun. 1998.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A Operação Cesárea no Brasil: Incidência, Tendência, Causas, Conseqüências e Proposta de Ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.150-173, abr./jun. 1991.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Organização e Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FREITAS, Paulo Fontoura et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.5, p.761-767, out. 2005.

GAMA, Andrea de Sousa et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades públicas e privadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.11, p.2480-2488, nov. 2009.

GEERTZ, Clifford. O pensamento como ato moral: dimensões éticas do trabalho de campo antropológico nos países novos. In: _____. **Nova Luz sobre a Antropologia**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. p.30-46.

HENRIQUES, R. **Desigualdades raciais no Brasil**: evolução das condições de vida na década de 90. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

HOPKINS, K. Are Brazilian Women really choosing to delivery by cesarean? **Social Science & Medicine**, v. 51, n.5, p.725-740, 2000.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; SCHRAIBER, Lilia Blima. Humanização no Contexto de Formação Obstétrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.639-649, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. 152p.

INDICADORES E DADOS BÁSICOS (IDB). Brasil: 2007. site:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm> . Acesso: dezembro de 2011.

JORDAN, Brigitte. **Birth in Four Cultures**. Illinois: Waveland Press, Fourth Publications, 1993.

KNIEBIHELER, Yvone. **Histoire des mères et de La maternité en occident**. Paris: PUF, 1986.

KNIEBIHELER, Yvone. Corpos e corações. In: PERROT, Michelle; FRAISSE, Geneviève (Orgs.) **História das mulheres no ocidente**. São Paulo: Cia das Letras, 1995. p.351-402.

LAQUEUR, T. **Inventando o Sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LEAL, Maria do Carmo. Aumento da prematuridade no país: melhoria de acesso à tecnologia ou prematuridade evitável? In: SEMINÁRIO DE BELO HORIZONTE PELO PARTO NORMAL, 2008, Belo Horizonte. **Anais / Seminário BH pelo Parto Normal**. Belo Horizonte: Associação Médica de Minas gerais, 2008. p.27-32.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELOS, Maria da Penha Costa. Construindo o campo de pesquisa: reflexões sobre a sociabilidade estabelecida entre pesquisador e seus informantes. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16.n.3, p.169-177, 2007.

LEMGRUBER, Julita. **Cemitério dos vivos**: análise sociológica de uma prisão de mulheres. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

MALINOWSKI, Bronislaw. Objetivo, método e alcance desta pesquisa. In: ZALUAR, Alba G. (Org). **Desvendando máscaras sociais**. 2.ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1980. p.39-61.

MATIASEVICH, Alicia. Aumento da prematuridade: prematuridade evitável. In: SEMINÁRIO DE BELO HORIZONTE PELO PARTO NORMAL, 2008, Belo Horizonte.

Anais / Seminário BH pelo Parto Normal. Belo Horizonte: Associação Médica de Minas gerais, 2008. p.33-34.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia.** São Paulo: EPU, 1974.

MARTIN, Emily. **A mulher no Corpo:** Uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 384p.

MEAD, Margaret. **Sexo e Temperamento.** São Paulo: Perspectiva, 1979.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Difíceis decisões:** uma abordagem antropológica da prática médica em CTI. 2000. 98f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementariedade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, jul./set. 1993.

NUNES, Silvia Alexim. **Medicina Social e Regulação do Corpo Feminino.** 1982. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Maternidade Segura. **Assistência ao parto normal:** um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

PAIM, Helena Salvatti. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel. **Doença, Sofrimento, perturbações:** perspectivas etnográficas/ organização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. P.31-47.

POTTER, J.E. et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brasil: prospective study. **BMJ**, v.323, p.1155-1158, nov. 2001.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção ao nascimento e partos: ponderações sobre a política pública. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.13, n.1, p.759-768, 2009.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE e DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê de Humanização do Parto.** São Paulo, 2002. 40p.

ROHDEN, Fabíola. A construção da diferença sexual na medicina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl.2, p.S201-S212, 2003.

ROSENBLATT, Roger A. The perinatal paradox: doing more and accomplishing less. **Health Affairs**, v.8, n.3, p.158-168. 1989.

SALEM, Tânia. **Sobre o casal grávido:** incursão em um universo ético. 1987. 288f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SALEM, Tania. Entrevistando famílias: notas sobre trabalho de campo. In: NUNES, Edson de Oliveira (Org). **Uma aventura sociológica**: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p.47-64.

SILVEIRA, Mariângela F. et al. **Aumento da prematuridade no Brasil**: revisão de estudos de base populacional. Revista de Saúde Pública, v.42, n.5, p.957-964, 2008.

SOARES, S. S. D. **O perfil da discriminação no mercado de trabalho**: homens negros, mulheres brancas e mulheres negras. Rio de Janeiro, IPEA, 2000.

STRAUSS, Anselm L. **Espelhos e máscaras**: a busca da Identidade. São Paulo: Edusp, 1999.

TORNQUIST, Carmen Susana. O parto humanizado e a rehumanização. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE MOVIMENTOS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA, 2., 2007, Florianópolis. **Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia**. Florianópolis: UFSC, 2007. p.145-160.

TORNQUIST, Carmen Susana. Parto e poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. 376f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

TORNQUIST, Carmen Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, sup.2, p.S419-S427, 2003.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: Natureza e Maternidade no Ideário da Humanização do Parto. **Estudos Feministas**, ano 10, p.483-492, 2.sem. 2002.

TRACY, S.K.; TRACY M.B.; SULLIVAN, E. Admission of term infants to neonatal intensive care: a population-based study. **Birth-issues in perinatal care**. v..34, n.4, p.301-307, 2007.

VELHO, Gilberto. Observando familiar. In: NUNES, Edson de Oliveira (Org). **Uma Aventura Sociológica**: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p.36-46.

VIANNA, Cid Manso de Mello. Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-Industrial ao Médico-financeiro. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.375-390, 2002.

VICTORIA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A Medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

VEGA, C.E.P. **Mortalidade materna na cidade de São Paulo de 1995 a 1999, com ênfase em hipertensão arterial**. 2004. Tese (Doutorado em Medicina) - Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

WOLFF, Leila Regina, WALDOW, Vera Regina. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.3,p.138-151, 2008.

ANEXO A - O parto de Alice

Alice foi a única gestante que aceitou minha presença no nascimento do seu filho, mas com a condição de ser sua doula. Fui visitá-la dias antes do nascimento do seu filho. Parecia mais confiante, mas, ainda, preocupada com a dor e como deveríamos agir caso a bolsa rompesse ou perdesse sangue. Conversamos no quarto do seu filho. O quarto estava todo pronto e com nome do (nome da criança) na porta. Durante nossa conversa, várias vezes pessoas ligavam questionando sobre o nascimento e o peso do bebê. Isso incomodava Alice, pois aumenta sua apreensão: “Ainda, não nasceu? É para quando? Vai esperar até quando? E o peso você sabe? Você não sabe o peso?”

Ela e seu marido haviam participado de um curso de preparação para gestante realizado por profissionais de psicologia contratados pela Unimed. Neste curso, o seu maior estranhamento foi ver a expulsão do bebê durante trabalho de parto: “Não me senti bem vendo as imagens da expulsão do bebê (fez cara de estranhamento). Prefiro nem ver o bebê saindo. Nem eu e nem meu marido queremos ver o nascimento.”

Alice começou a sentir dores em baixo ventre na noite em que eu estava de plantão na maternidade onde eu trabalho. Isso impossibilitou minha presença no nascimento. Seu filho nasceu numa maternidade em Niterói, por limitações do seu plano. Desde o dia da nossa entrevista, Alice demonstrava preocupação com o local do nascimento do seu filho. Desejava que fosse num local somente maternidade e não junto com outras clínicas, devido às bactérias. O seu plano de saúde não garantia a maternidade de sua preferência.

Como seu médico era credenciado à Unimed-Niterói não poderia ter seu filho numa maternidade do Rio de Janeiro. Tentou procurar outro médico com a indicação do seu obstetra, mas não conseguiu atendimento com o novo obstetra médico. Desta forma, seu filho teria que nascer em Niterói. Ter que atravessar a ponte Rio-Niterói e todo engarrafamento a deixava muito receosa: “Aí fui no (nome do obstetra) e comecei acompanhamento com ele. E aí quando eu soube do problema do plano que teria que ser o parto em Niterói, eu fiquei com medo por causa da ponte. Com medo de engarrafar. Ele me indicou um médico lá da Urca. Eu tentei ir ao (nome do obstetra), mas ele estava com o consultório muito cheio. E eu fiquei muito tensa com aquilo. Tinha tipo um mês e tanto. Então, já tinha passado do período de voltar. Aí de novo ele desmarcou e eu não sabia quando eu ia ser atendida. Aquilo me deixou muito tensa. Aí eu falei: “Não é para ser. Então, eu voltei para o doutor (nome do obstetra) sem nunca ter conseguido ser atendida (risos).””

A preocupação sobre o momento de atravessar a ponte era um fator preocupante para Alice. Alice aguardou até 41 semanas e quatro dias. No dia da consulta com seu médico, Alice estava com colo muito fundo (“colo posterior”) e o médico não conseguia tocar. Isso indicava que não estava em trabalho de parto. Voltou para casa. A tarde, ao fazer bolo em casa, observou sangramento e algumas cólicas. Entrou em contato novamente com seu médico. Foi até a maternidade e estava sem dilatação. Retornou para casa. Sentia se muito ansiosa com a hora do nascimento: “Se acontecer alguma coisa?!!” Mas, sabia que estava fazendo a coisa certa. Conversou com seu médico e já havia marcado a cesárea para próxima segunda quando iria completar quarenta e duas semanas. Durante a noite, começou a sentir contrações esparsas e cólicas. As dores haviam aumentado e começaram na frequência de cinco em cinco minutos. Estava cansada. As dores não estavam insuportáveis, mas doíam. Andava pela casa e o banho morno ajudou muito. Isto de meia noite até às quatro horas da manhã. Alice havia me ligado na segunda vez que foi a Niterói e retornou para casa.

Ela não me ligou às quatro da manhã. Quatro horas da manhã, ela e seu marido entraram em contato com seu obstetra e marcaram na maternidade. Lá, ela foi avaliada e permanecia sem dilatação, nas palavras dela: “Zero de dilatação!”(aumentava o tom de voz). No caminho para maternidade, ela havia conversado com seu marido que caso chegasse na maternidade e não estivesse com, ao menos, cinco centímetros, não estava a fim de esperar e iria pedir uma cesariana. E foi isso que ela fez, após a avaliação obstétrica: “Eu poderia até esperar mais, mas preferi ser operada.”

Seu médico a apoiou na sua decisão. Na cirurgia, as pessoas foram atenciosas: “Fui muito bem recebida. A equipe foi muito atenciosa. O obstetra segurou minha mão o tempo todo durante a anestesia. Falou que não doía.” Foi colocada a música da Adriana Calcanhoto durante a cirurgia. Logo após a saída do seu filho, o obstetra entregou o bebê ao pediatra. Em seguida, foi encaminhado para ela. O obstetra disse na hora de nascer: “Nunca vi um bebê chorar tão forte.” Frisou a emoção de ver seu filho. O anestesista foi atencioso com ela durante todo tempo e tentava acalmá-la.

ANEXO B - O Parto de Sara

Quando completou quarenta semanas, Sara, no final da gestação, estava muito ansiosa e aflita sobre o nascimento do seu filho. Ela me procurou para questionar sobre os riscos da indução com misoprostol, já que, após conversa com sua obstetra, a mesma informou que se até 41 semanas ela não entrasse em trabalho de parto tentaria realizar a indução. Seus familiares alegavam que os riscos da indução do parto eram maiores do que os da cesárea. Conversamos sobre o assunto e ela ficou mais tranquila.

Enfim, ela não precisou realizar a indução, pois entrou em trabalho de parto na mesma semana. Iniciou com umas dores em baixo ventre e procurou sua médica. Lá ela a avaliou e disse que Sara estava, apenas com dois centímetros, e deveria voltar para casa. A médica a orientou sobre o melhor momento de internação. Sara retornou a sua casa e só procurou a maternidade dois dias depois quando às contrações estavam mais frequentes e com mesmo ritmo. Em vários momentos, pensou procurar atendimento médico, devido à dor, mas desistiu, pois achava que ainda não era o momento.

Ela e seu marido procuraram a maternidade quando as contrações estavam mais fortes. Chegando lá, sua médica lhe avaliou e informou que estava com oito centímetros e que seu filho já iria nascer. O que deu muito ânimo à Sara, pois as dores estavam muito fortes e pensava em pedir cesariana à sua obstetra. Por fim, seu filho nasceu de parto normal.

ANEXO C- Tabela 1: Mulheres atendidas pelo setor privado

Nome Fictício	Gestação Atual	Idade	Escolaridade	Cor
Letícia	Segunda	35	Nível Superior	Branca
Flor	Primeira	25	Nível Superior	Branca
Docinho	Primeira	30	Nível Superior	Branca
Paloma	Primeira	32	Nível Superior	Branca
Talia	Segunda	37	Nível Superior	Branca
Sara	Primeira	34	Nível Superior	Branca
Margarida	Primeira	32	Nível Superior	Branca
Elise	Primeira	36	Nível Superior	Branca
Antônia	Primeira	28	Nível Superior	Branca
Alice	Primeira	35	Nível Superior	Branca
Maria	Segunda	38	Nível Superior	Branca
Renata	Primeira	32	Nível Superior	Branca
Júlia	Primeira	28	Nível Superior	Branca
Bela	Segunda	31	Nível Superior	Branca
Carla	Primeira	35	Nível Superior	Branca
Michele	Primeira	30	Nível Superior	Branca

ANEXO D - Tabela 2: Mulheres atendidas pelo setor público

Nome Fictício	Gestação Atual	Idade	Escolaridade	Cor
Alice	Segunda	22	Fund. Incompleto	Negra
Luna	Segunda	18	Fund. Incompleto	Branca
Gabriele	Terceira	22	Fund. Incompleto	Branca
Renata	Segunda	22	Nível Médio	Branca
Rafaela	Terceira	22	Fund. Incompleto	Parda
Mariana	Terceira	31	Nível Médio	Negra
Nicole	Primeira	26	Nível Médio	Branca
Pérola	Segunda	19	Nível Médio	Parda
Clara Poderosa	Segunda	38	Nível Superior	Branca
Amanda	Segunda	22	Fund. Incompleto	Parda
Violeta	Segunda	23	Fund. Incompleto	Negra
Laura	Segunda	32	Nível Superior	Branca
Racheli	Primeira	20	Nível Médio	Negra

ANEXO E - Roteiro Temático de Entrevista

- Identificação
- História Obstétrica
- Experiência da gestação atual;
- Experiência das gestações anteriores (se for o caso);
- Experiência do parto;
- Conhecer medos e expectativas na gestação e parto;
- As experiências da gestação e do parto ocorreram de acordo com as respectivas expectativas;
- Dificuldades e impasses na resolução dos problemas vivenciados durante gestação e parto;
- Compartilhamento das dúvidas/medos para tomada de decisões (pai da criança, familiares, amigos, outras gestantes e/ou profissionais de saúde do pré-natal);
- Identificar situações que houve violência institucional/profissional;
- Conhecer quando/porque/como mulheres optam pela incorporação da tecnologia na sua experiência de gestar e parir;
- Identificar a adoção de tecnologia desnecessária;

ANEXO F - Questões da entrevista – Setor privado

1. Identificação;
2. História Obstétrica;
3. Como você descobriu esta gestação?
4. O que mudou na sua vida após a gestação?
5. E o pai? Como ele está vivenciando esse momento?
6. Como você deseja o nascimento? Por quê? Qual a opinião do pai, amigos e familiares?
7. Você conversou com seu médico sobre o nascimento? Qual a opinião do seu (ou sua) obstetra?
8. Você sabe onde será o parto? Por quê?
9. Qual a sua opinião sobre a episiotomia? Por quê?
10. Qual a sua opinião sobre a analgesia peridural?

Quando havia gestações anteriores, as gestantes eram questionadas quanto à experiência das mesmas, nas questões: 3, 4, 5, 6, 7, e 8.

ANEXO G - Questões da entrevista – Setor público

1. Identificação;
2. História Obstétrica;
3. Como você descobriu esta gestação?
4. O que mudou na sua vida após a gestação?
5. E o pai? Como ele está vivenciando esse momento?
6. Como você desejava o nascimento? Por quê? Qual opinião do pai, amigos e familiares?
7. Quando você procurou esta unidade de saúde para o parto? O que você estava sentindo?
8. Você procurou outras unidades antes de vir aqui?
9. Como foi a experiência do nascimento?
10. O que você achou da (tecnologia utilizada pelos profissionais)? Por quê?(Nesta questão, questionava sobre a opinião da gestante sobre cada tipo de tecnologia utilizada pelo profissionais de saúde)

Quando havia gestações anteriores, as gestantes eram questionadas quanto à experiência das mesmas, nas questões: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10.