



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Gabriela Macedo Hugues

“Cesárea? Não, obrigada!”: estratégias de uma rede social de gestantes para enfrentar o sistema das cesáreas por conveniência médica no Brasil

Rio de Janeiro

2018

Gabriela Macedo Hugues

“Cesárea? Não, obrigada!”: estratégias de uma rede social de gestantes para enfrentar o sistema das cesáreas por conveniência médica no Brasil

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Heilborn

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

H897c Hugues, Gabriela Macedo
“Cesárea? Não, Obrigada!”: estratégias de uma rede social de gestantes
para enfrentar o sistema das cesáreas por conveniência médica no Brasil /
Gabriela Macedo Hugues. – 2018.
138 f.

Orientadora: Maria Luiza Heilborn

Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Cesárea – Teses. 2. Parto natural – Teses. 3. Parto humanizado –
Teses. 4. Autonomia pessoal – Teses. 5. Planos de pré-pagamento em saúde
– Teses. 6. Sistema Único de Saúde – Teses. 7. Mídias sociais – Teses. 8.
Pesquisa qualitativa – Teses. I. Heilborn, Maria Luiza. II. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 618.5-089.888.61

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

Assinatura

Data

Gabriela Macedo Hugues

“Cesárea? Não, obrigada!”: estratégias de uma rede social de gestantes para desafiar e enfrentar o sistema das cesáreas por conveniência médica

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde

Aprovada em 02 de março de 2018

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Luiza Heilborn

Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Claudia Barcellos Rezende

Instituto de Ciências Sociais – UERJ

Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos

Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Rogério Lopes Azize

Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

Para Victoria e João Pedro, razões da minha vida, aqueles que me transformaram em mãe e pesquisadora.

Para Emerson, meu grande amor e companheiro, meu “*doulo*” de tantos trabalhos de parto, a ponta de racionalidade, aquele que me incentiva e me permite ser a ponta de emotividade e entrega nesta e em tantas jornadas.

AGRADECIMENTOS

Dedico especial agradecimento a duas amigas queridas: Waleska Nunes e Jéssica Ferreira. A primeira, a mulher que, em uma amizade outrora improvável – iniciada em redes sociais – mudou a minha vida ao me instigar a buscar respostas a meus questionamentos sobre parto e maternidade. A segunda, companheira fiel desde os tempos de graduação em Ciências Sociais, sempre acreditou em meu perfil de pesquisadora e me apresentou o Instituto de Medicina Social.

Agradeço profundamente à amiga Ingrid Lotfi por ter tido a ideia de criar a comunidade “Cesárea? Não, obrigada!” e pela confiança depositada ao me autorizar a análise da mesma. Sem a sua iniciativa, esta pesquisa não existiria.

A todas as mulheres que compartilham seus relatos e suas experiências de parto e maternidade neste imenso e profundo oceano desconhecido que é a internet. Sem vocês, esta dissertação não existiria. Especial agradecimento a Adriana, Alessandra, Alice, Amanda, Ana, Andréa, Bárbara, Bruna, Dayse, Nanci, Pâmela e Rebeca por dividirem suas trajetórias e permitirem a análise de suas histórias.

Agradeço imensamente à minha orientadora, professora Maria Luiza Heilborn, cuja orientação impecável foi essencial para o desenvolvimento desta dissertação. As imperfeições são de minha inteira responsabilidade.

Sou grata aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UERJ pelo acolhimento, ensinamentos e discussões enriquecedoras. À turma de 2016 do Mestrado em Ciências Humanas e Saúde do IMS pelas trocas e discussões intensas, sugestões e suporte contínuo em mensagens pelo celular.

Aos professores Claudia Barcellos Rezende, Edemilson Antunes de Campos e Rogério Lopes Azize pelas contribuições no exame de qualificação, que muito enriqueceram esta dissertação.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa concedida à pesquisa.

Aos amigos queridos, minhas “doulas” da vida, Alexandre Coimbra Amaral, Ana Cristina Duarte, Ana Paula Caldas, Andreia Mortensen, Anne Sobotta, Carla Andreucci Polido, Claudia Garcia Magalhães, Daniela Leal, Isabella Rusconi, Leila Katz, Mariana de Mesquita, Melania Amorim, Priscila Teixeira, Roselene Motta e Roxana Knobel. Além do suporte físico e emocional, agradeço toda a ajuda técnica, além dos artigos científicos.

A Emerson Hugues, aquele que além de estar sempre ao meu lado, também é responsável pelos gráficos, figuras e formatações. Sem você, a vida seria mais difícil, inclusive para finalizar esta dissertação.

No nome da enfermeira-obstetra Máira Libertad, que com tanta competência disserta sobre evidências científicas, ativismo, direitos sexuais e reprodutivos, empoderamento, agradeço a todas as moderadoras da comunidade “Cesárea? Não, obrigada!”.

A Priscila Raspantini, pela ajuda em obter dados do SUS. A Bruno Zilli, pela bibliografia sobre pesquisa na internet, quando eu ainda tateava o tema. A Luciana Carvalho Fonseca, pela generosidade em me ajudar com a tradução do resumo.

Entendo aqui por *humanização* (já que tenho falado tanto nela) o processo que confirma no homem aqueles traços que reputamos essenciais, como o exercício da reflexão, a aquisição do saber, a boa disposição para com o próximo, o afinamento das emoções, a capacidade de penetrar nos problemas da vida, o senso da beleza, a percepção da complexidade do mundo e dos seres, o cultivo do humor. A literatura desenvolve em nós a quota de humanidade na medida em que nos torna mais compreensivos e abertos para a natureza, a sociedade, o semelhante.

Antonio Cândido

RESUMO

HUGUES, Gabriela Macedo. “*Cesárea? Não, Obrigada!*”: estratégias de uma rede social de gestantes para enfrentar o sistema das cesáreas por conveniência médica no Brasil. 2018. 138 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

O Brasil é na atualidade o país com a maior taxa de cesáreas no mundo. Contudo, nem todas as mulheres desejam submeter-se a esse procedimento, que pode trazer lesões e repercussões indesejáveis para seus corpos. Esta dissertação baseia-se em uma netnografia de um grupo virtual de discussão sobre parto humanizado denominado “*Cesárea? Não, obrigada!*”, presente na rede social *Facebook*. O referido grupo abriga um número expressivo de participantes que buscam o parto normal; entre elas, há as que migram da atenção privada via planos de saúde para o SUS no momento de parir em busca de maior autonomia e respeito por suas escolhas. Mulheres de diferentes segmentos sociais escrevem no *Facebook* com o intuito de narrar suas trajetórias e o itinerário do parto que obtiveram para informar outras gestantes sobre como lidar com a autoridade médica e as razões alegadas por obstetras para levá-las a cesáreas indesejadas. São doze relatos diferentes analisados nesta pesquisa, com a autorização expressa de suas autoras. Observa-se um movimento de ajuda entre mulheres via divulgação de artigos científicos, vídeos de parto e protocolos de atendimento. Trata-se de transmissão de informação para que as usuárias da comunidade consigam desenvolver esquemas para alcançar seu objetivo: parto normal com bebê saudável e cesárea apenas se for necessária. Foi realizado o acompanhamento diário do grupo pelo período de 60 dias, uma análise a partir das narrativas de partos tornadas públicas na rede, com ênfase nas práticas descritas e nos valores que informam a experiência de parir por via vaginal. O estudo foi estruturado em três etapas. Na primeira, realizou-se a observação participante no grupo virtual. Na segunda, foi empreendido mapeamento da comunidade. A terceira etapa constitui-se na análise das narrativas de parto no SUS, na qual se buscou examinar as categorias que emergem nas histórias de parto e como elas se articulam para a defesa de um ponto de vista específico de contraponto ao modelo tecnocrata hegemônico de nascimento.

Palavras-chave: Parto normal. Cesárea. Humanização. Autonomia. Plano de saúde. SUS.

Netnografia.

ABSTRACT

HUGUES, Gabriela Macedo. “*C-section? Thanks, but no thanks!*”: strategies in a social network of Brazilian expecting women to fight the cesareans at the doctors’ convenience. 2018. 138 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Brazil is today the country with the highest C-section rate in the world. However, not every woman in the country wishes to undergo the procedure, which can cause injury and undesirable outcomes to their bodies. This dissertation is based on the netnography of a group discussion about humanized childbirth in Brazil. The group is called “C-section? Thanks, but no thanks!”, and operates on Facebook. This group is made up by a significant number of participants who seek vaginal birth. Among group participants there are women who migrate from private health care services provided by health plans to the public health system (SUS), in search of greater autonomy and respect for their choices. Women from different social brackets post on the Facebook group in order to tell their stories and share their path to a vaginal delivery in order to inform expecting women on how to deal with medical authority and to warn them against the reasons, given by obstetricians, which led them towards unwanted cesareans. This study analyzed twelve different stories, for which express written consent was obtained. It was found that there is a women’s movement to help women through the dissemination of scientific articles, birth videos, and healthcare protocols. Through the social network group women convey information so that members are able to develop strategies to attain their goal: vaginal delivery and a healthy baby, and a cesarean only if necessary. The group was monitored daily for a period of 60 days, and a study of the birth stories published was carried out, with emphasis on the practices described and the values that describe the experience of giving birth vaginally. The study was structured in three stages. Stage one comprised of participant observation in the virtual group. During stage two, community mapping was undertaken. Stage three was devoted to the analysis of the birth stories of women that delivered through the Brazilian Public Health System (SUS). The analyses aimed to investigate the categories that emerged through the selected birth stories and how they operate towards advocating a particular point of view in opposition of the hegemonic technocratic model of birth in Brazil.

Keywords: Vaginal birth. Cesarean-section. Humanization. Autonomy. Healthcare plan. SUS. Netnography.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 –	Taxa de cesárea no Brasil por regiões (2000-2015).....	27
Tabela 1 –	Taxas de cesáreas de médicos e hospitais que atendem plano de saúde em 2014.....	28
Figura 1 –	Capa da comunidade CNO até dezembro de 2017.....	51
Quadro 1 –	Temas e tópicos fixos da comunidade CNO	52
Figura 2 –	Capa da comunidade CNO a partir de janeiro de 2018	53
Gráfico 2 –	Distribuição de tópicos por assunto	55
Figura 3 –	Foto de cesárea com campo plástico transparente	62
Quadro 2 –	Correspondência entre modelos humanista e tecnocrata	102
Figura 4 –	Categorias positivas do modelo humanista	103
Quadro 3 –	Tabela de oposições: parto quente x parto frio	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BCF	Batimentos cardíacos fetais
BPN	Baixo peso ao nascer
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CG	Casal grávido
CNO	Cesárea? Não, obrigada!
CTG	Cardiotocografia
DCP	Desproporção céfalo-pélvica
DG	Diabetes gestacional
DPP	Data provável do parto
DUM	Data da última menstruação
EO	Enfermeira obstetra
HPP	Hemorragia pós-parto
IG	Idade gestacional
ILA	Índice de líquido amniótico
IM	Intramuscular
ITU	Infecção do trato urinário
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MMA	Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PD	Parto domiciliar
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de parto
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos
UI	Unidade internacional
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

USP Universidade de São Paulo
VBAC *Vaginal birth after cesarean* – parto normal após cesárea
VCE Versão cefálica externa

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	17
1	A CESARIANA	26
1.1	Razões para as elevadas taxas de cesariana	30
1.1.1	<u>Formação médica</u>	30
1.1.2	<u>Medicalização do parto</u>	32
1.1.2.1	Cesárea natural, ela existe?	34
1.1.3	<u>Paradoxo perinatal brasileiro</u>	35
1.1.4	<u>Parto como domínio da medicina</u>	36
1.1.5	<u>O parto violento que vende cesariana. As mulheres pedem mesmo cesárea?</u>	38
1.2	Sistemas de nascimento	40
1.2.1	<u>Modelos de assistência ao parto</u>	41
1.3	<u>Configuração de práticas e crenças do sistema obstétrico brasileiro</u>	42
2	“CESÁREA? NÃO, OBRIGADA!”: A COMUNIDADE	45
2.1	A entrada no campo	45
2.2	Perfil da CNO	47
2.3	Panorama da comunidade “Cesárea? Não, obrigada!”	48
2.3.1	<u>Leiam as regras! Como a CNO é organizada</u>	48
2.3.2	<u>Afastar e aproximar: o mapeamento da comunidade</u>	53
2.4	Perfis das participantes: não-iniciadas, iniciadas, pacientes informadas e profissionais de saúde	56
2.5	A linguagem do parto na comunidade	59
2.5.1	<u>A cultura da cesárea na imprensa</u>	60
2.6	Os conflitos virtuais: as “tretas”	64
3	DO CASAL GRÁVIDO À MULHER EMPODERADA	68
3.1	A MBE e a mudança de paradigma	69
3.2	Mulher empoderada	71
3.2.1	<u>Autonomia</u>	72
3.2.2	<u>“Empoderamento é fortalecimento”</u>	73
4	NETNOGRAFIA DAS NARRATIVAS DE PARTO	76
4.1	Os relatos de parto	80

5	ANÁLISE DAS NARRATIVAS DE PARTO	102
5.1	Apoio	102
5.1.1	<u>Família: rede de suporte e foco de tensões</u>	104
5.1.2	Quem é a doula?	106
5.2	Parto humanizado: as técnicas corporais relatadas	107
5.3	Autocontrole e o parto	108
5.3.1	<u>Lidando com sensações desagradáveis: nojo e repulsa</u>	109
5.3.2	<u>“Partolândia”</u>	110
5.4	Parto quente e parto frio	111
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
	REFERÊNCIAS	117
	GLOSSÁRIO	127
	APÊNDICE A – Carta de anuência para pesquisa em comunidade fechada na internet	129
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	130
	ANEXO A – Regras da comunidade Cesárea? Não, obrigada!.....	132
	ANEXO B – Regras da comunidade Cesárea? Não, obrigada! Edição em 02/01/2018	134
	ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética	136

INTRODUÇÃO

Esta dissertação resulta de minha trajetória de vida: interesses pessoais, formação acadêmica e ativismo. Em primeiro lugar, minha história de maternidade e dos nascimentos de meus filhos que não aconteceram da forma como idealizara. Em segundo, a possibilidade de unir duas formações acadêmicas presentes no escopo da Saúde Coletiva: Ciências Sociais e Obstetrícia. Não menos importante, a busca de resposta às práticas obstétricas vigentes ao constatar, através de grupos de discussão em redes sociais, que minha história obstétrica não era caso isolado. Ao contrário, é um itinerário bastante comum, que tem se repetido ao longo dos anos em todo o país entre mulheres de classes médias urbanas com acesso a planos de saúde. Mudam as personagens; o enredo permanece o mesmo: mulher deseja um parto normal, apresenta gestação de risco habitual e por conveniência médica é submetida a uma cesariana sem indicação clínica clara. Não posso excluir meu percurso no ativismo pelo parto humanizado. Na junção dessas três dimensões surgiu o tema de pesquisa: estratégias de gestantes em busca de assegurar o parto normal.

Ao engravidar pela primeira vez tive uma gestação tranquila e saudável. Já informada acerca da dificuldade para se ter um parto normal no Brasil, busquei informações via internet a partir da rubrica “médicos que fazem parto normal”. Encontrei o site “Amigas do Parto¹”, onde obtive algumas respostas e recebi uma lista de médicos no Rio de Janeiro. Procurei aquele que atendia pelo plano de saúde, o qual me assegurou a possibilidade de ter o parto desejado. Àquela época, ainda acreditava ser apenas uma questão de escolha e ter um médico que dizia ser possível. Sofri um acidente de carro ao completar 40 semanas. Além do susto, fisicamente nada aconteceu. Depois senti muita dor no corpo. Exames físicos e de imagem foram feitos e a gestação permanecia normal. Na mesma noite, entrei em trabalho de parto (TP), mas era um TP diferente de tudo que havia me informado: as contrações não paravam; praticamente não havia intervalo entre elas e duravam muito tempo. No hospital, o médico diagnosticou taquissístolia², anunciando que deveria fazer uma cesariana para salvar a vida de minha filha, já que ela se encontrava em risco. Acreditei e senti muito medo e, depois, gratidão, pois estava com 6 cm de dilatação e a cirurgia seria a opção mais rápida para que ela pudesse “ser salva”. Pouco sabia que o profissional poderia ter agido de outra forma e que nunca houve alguém a ser salvo...

¹ <http://www.amigasdoparto.com.br>

² Taquissístolia: definida pela presença de pelo menos cinco contrações uterinas por dois períodos consecutivos de dez minutos, que podem alterar a vitalidade fetal.

Nove meses depois engravidei novamente e o mesmo médico me diz que tenho tudo para ter um VBAC³, já que as condições do nascimento da primeira filha foram especiais. Ao entrar em TP, algumas horas depois me dirijo ao hospital e sou levada à cirurgia uma vez mais. O motivo: “distócia uterina”, um diagnóstico vago e impreciso. Deitada na mesa, recebendo meu segundo filho nos braços, o luto pelos dois partos “roubados” teve início. Luto pela perda de autonomia, perda de poder sobre meu próprio corpo. Diante de uma experiência traumatizante, senti-me incapaz e o luto foi transformado em energia para buscar repostas.

A resposta óbvia que precisava buscar relacionava-se com a segunda cesariana. Ela fora necessária? Eu jamais dilataria, como o obstetra e o anestesista sentenciaram? Como eu poderia ter argumentado? Poderia argumentar sendo leiga? A primeira medida tomada foi novamente buscar informações na internet, na então rede de relacionamentos Orkut⁴. Deparei-me com comunidades como “Cesárea? Não, Obrigada!”, “Gravidez, Parto e Maternidade”, “Ginecologia e Obstetrícia Baseada em Evidências”, esta última da médica obstetra Melania Amorim, que publicava as evidências científicas atuais à época sobre os mais variados temas de ginecologia e obstetrícia. Hoje, além de lecionar, pesquisar e publicar em revistas científicas, possui um blog chamado “Estuda, Melania, Estuda!”⁵ procurado tanto por profissionais quanto por gestantes que questionam as condutas de seus médicos. Em pouco tempo aprendi ter tido uma internação precoce, durante a denominada fase latente de trabalho de parto e que, naquele momento, nenhuma mulher teria dilatação avançada. Fui levada à segunda cesárea por conveniência médica. Busquei um médico em São Paulo, seguidor da linha “humanista”⁶, cujas taxas de parto normal estão dentre aquelas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e que procura usar a Medicina Baseada em Evidências – MBE⁷ para pautar sua prática clínica. Tomei tal iniciativa no intuito de conseguir respostas aos meus questionamentos. De posse dos dois prontuários cirúrgicos, tivemos uma longa conversa analisando cada um dos documentos mal preenchidos e aquilo que eu no íntimo já sabia foi confirmado de forma clara: as cirurgias poderiam ter sido evitadas. Não há garantias de que as medidas que podem ser tomadas para a condução de uma taquissistolia teriam me garantido um parto normal, mas nada

³ VBAC: sigla para *Vaginal Birth After Cesarean* – parto normal após cesariana, pronuncia-se: “*vee-back*”. Sigla comumente utilizada em comunidades sobre parto em redes sociais.

⁴ Rede de relacionamentos criada pelo estudante universitário turco Orkut Büyükkökten como um projeto acadêmico para identificar a teoria dos seis graus – isto é, se os seis graus de separação entre dois indivíduos no planeta se aplicavam à realidade.

⁵ Estuda, Melania, Estuda! <http://estudamelania.blogspot.com.br/>

⁶ Vide capítulo 1

⁷ Movimento que se baseia em uma prática científica de pesquisa, na qual a decisão sobre o cuidado individual é baseada no uso consciente, explícito e judicioso das melhores evidências disponíveis. <https://library.med.nyu.edu/library/instruction/handouts/pdf/ebmdefinitions.pdf>

foi tentado, a solução imediata foi a via cirúrgica. Esse episódio pode ser analisado como uma estratégia de poder, o do adestramento do corpo feminino (FOUCAULT, 2013).

* * *

Ao acompanhar as histórias de parto de inúmeras mulheres em comunidades virtuais com enredos praticamente iguais aos meus, intensifiquei a busca por informações e me deparei com o livro *Silent Knife: Cesarean Prevention & Vaginal Birth After Cesarean*, escrito por Nancy Cohen e Lois Estner (1993). A leitura dessa obra foi um marco em minha trajetória, pois as autoras são duas mulheres leigas também submetidas a cesarianas e que buscaram seus VBACs. Outros livros vieram e então entrei na única graduação em Obstetrícia disponível no país, tendo me formado em 2014 e daí opto por unir a antiga formação em Ciências Sociais à Obstetrícia.

Proponho assim um estudo sobre mulheres de camadas médias que desejam partos normais e sobre suas estratégias em um grupo de discussão na internet para consegui-los ao trocarem a atenção privada via planos de saúde pela atenção pública no momento do parto.

* * *

Em 06 de janeiro de 2015, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – publicou a Resolução Normativa 368 (BRASIL, 2015) para regular o atendimento obstétrico na saúde suplementar especificamente e diminuir as cesarianas desnecessárias, a qual passou a vigorar em 06 de julho de 2015. Nela, constam:

- a) o direito da usuária ao acesso à informação das taxas de cesariana de médicos e hospitais conveniados ao plano de saúde;

- b) determinação de que médicos preencham o partograma⁸, documento recomendado pela Organização Mundial da Saúde – OMS – desde 1994, durante o trabalho de parto;
- c) determinação da utilização do Cartão da Gestante, o qual fica em posse da mesma e onde são registradas as informações relacionadas à gestação durante as consultas: pressão arterial, ganho ponderal, altura uterina, resultados de exames sorológicos, vacinas, etc. Este Cartão da Gestante deve conter a Carta de Informação à Gestante⁹, que esclarece acerca do direito a um acompanhante de sua escolha, as vantagens do parto normal, o direito a uma cesariana por escolha da mulher com a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, o qual deve ressaltar os maiores riscos inerentes à cirurgia.

Até então, o uso da cesariana no atendimento suplementar à saúde não era regulado. Portanto, essas três decisões trazem como resultado um caminho que pode levar a uma maior autonomia àquela mulher que deseja o parto normal e, conseqüentemente, uma pressão das usuárias para forçar o serviço de saúde a oferecer aquilo que elas requisitam em termos de cuidado em saúde. Se a mulher tem acesso à taxa de cesariana de determinado médico e esta não lhe parecer adequada, ela pode tentar encontrar outra assistência. Além disso, o Cartão da Gestante com toda informação da gravidez permite que ela se desvincule do médico a qualquer momento, sobretudo se houver uma emergência durante a qual seja necessário atendimento sem o médico responsável pelo pré-natal. Este documento deve conter todas as informações cruciais relacionadas à gestação. Em relação ao partograma, há dois desdobramentos: primeiro, ele é um instrumento que auxilia o médico atendente a não intervir de modo desnecessário porque mostra graficamente o mapa da evolução do TP e passa a ser parte essencial para o pagamento do parto pelo plano de saúde para a tentativa de coibir as cesarianas sem indicação clínica. O segundo aspecto refere-se ao desfecho de parto não ter sido aquele desejado pela mulher e ela avaliar ter sido submetida a uma cesariana desnecessária. O partograma auxiliará na compreensão do processo e poderá ser utilizado juridicamente, caso ela deseje acionar o médico ou a instituição hospitalar na justiça.

⁸ Partograma: instrumento de avaliação da assistência ao parto. É uma representação gráfica da evolução do trabalho de parto, no qual são registrados o batimento cardíaco fetal, a frequência e intensidade das contrações, a dilatação cervical e a descida da apresentação fetal, principalmente.

⁹ Carta de Informação à Gestante: orientação dirigida às grávidas que repassa orientações técnicas sobre o parto e os direitos dessas usuárias.

Uma das atitudes tomadas por ativistas do parto humanizado quando a Resolução Normativa 368 passou a vigorar foi unir mulheres do Brasil inteiro para uma busca ativa das taxas de cesariana de médicos, clínicas e hospitais que atendem seus planos de saúde. Elas associaram-se regionalmente em pequenos grupos de trabalho no *Facebook*¹⁰ e depois divulgaram os dados consolidados em planilhas em várias comunidades. Os dados de São Paulo, Santos, Campinas e região, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Niterói foram publicados pela imprensa e, apesar de não figurarem todos os médicos de todos os planos de saúde, há uma amostra considerável para balizar a dimensão de quão difícil é parir com o acompanhamento de médicos associados a planos de saúde. Na referida publicação, de 28 de julho de 2015, constam taxas de cesariana de médicos em sua maioria, mas também de hospitais que têm plantonistas no atendimento ao parto (LIZAUSKAS, 2015). As altas taxas de cesariana de médicos da atenção suplementar à saúde que constavam na referida reportagem – e que já haviam aparecido no inquérito nacional *Nascer no Brasil* (LEAL *et al*, 2014a) – reforçaram a escolha do objeto de pesquisa sobre a atenção obstétrica nos planos de saúde.

Dois dias após a publicação das taxas de cesariana pela imprensa, assisto a palestra “Saúde da População Brasileira” do epidemiologista César Victora, professor da Universidade Federal de Pelotas, ministrada durante o 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Abrascão – durante a qual ele recapitula os achados de uma série de artigos publicados na revista *Lancet* em 2011¹¹. Seu intuito era analisar os desafios que ainda restam em relação à saúde materno-infantil no Brasil (TVABRASCO, 2015). Uma de suas conclusões é a necessidade de combater a “cultura da cesariana”, pois ela está atrelada a uma série de desfechos insatisfatórios, culminando em aumento do baixo peso ao nascer (BPN) e da prematuridade entre gestantes ricas. A cesariana também é responsável por 23% das mortes maternas no Brasil. Em dado momento de sua exposição, ele mostra a referida publicação de Lizauskas (2015) que divulgou as taxas de cesárea dos médicos vinculados a planos de saúde e diz:

Vejam bem quantos médicos têm 100% de cesariana. Eu me dei ao trabalho de contar. Tinha cerca de 500 médicos em SP, dos quais 82% tinham 100% de cesarianas. Então, realmente é um absurdo! Isso é uma agressão à mãe, agressão ao recém-nascido (RN). Esperamos que essa política consiga gerar um movimento nacional de humanização do parto.

¹⁰ Maior rede social do mundo, criada em fevereiro de 2004 por Mark Zuckerberg, Dustin Moskovitz, Eduardo Saverin, Andrew McCollum e Chris Hughes.

¹¹ <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>

* * *

A publicação da Resolução Normativa 386 é, em última instância, parte da ação do movimento de humanização do parto, em especial da rede Parto do Princípio¹² que, em 2006, fez uma denúncia ao Ministério Público Federal (MPF) sobre o “abuso de cesarianas” no país e obteve como resposta duas audiências públicas, uma em 2007 e outra em 2014 – nesta última estive presente – e foi a partir delas que o Juizado Federal iniciou uma ação civil pública para que a ANS regulasse o sistema obstétrico na saúde suplementar (PARTO DO PRINCÍPIO, 2015).

O grupo escolhido para pesquisa encontra-se na rede social *Facebook*. É um espaço virtual de discussão sobre gravidez, parto e puerpério chamado *Cesárea? Não, obrigada!*¹³(CNO). Com cerca de 34.000 membros em janeiro de 2018, composto majoritariamente por mulheres, pauta-se pela “defesa do parto natural e humanizado, com foco no protagonismo feminino nas tomadas de decisão” (trecho da descrição pública da comunidade), ou seja, a comunidade defende o parto normal e a autonomia feminina e, por isso, tem como característica não ter entre seus membros mulheres que defendem a cesariana eletiva e sem indicação. Trata-se de uma comunidade formada por mulheres que desejam ou desejaram um parto vaginal. Há pouquíssimos homens que se caracterizam por uma baixa participação na rede. A partir de relatos de parto e de questionamentos sobre os motivos que seus médicos querem dar ou deram para levá-las a cesáreas eletivas ou intraparto nesta comunidade, observa-se um movimento de ajuda entre mulheres com a divulgação de estratégias, artigos científicos, vídeos de parto e protocolos de atendimento para que as usuárias da comunidade consigam o seu objetivo: parto normal com bebê saudável e cesárea apenas se for necessária, contra a hierarquia na relação médico-paciente no momento do parto, restritiva da escolha por uma modalidade de assistência.

É possível usar a imagem de uma pequena insurreição feminina – não necessariamente feminista – contra o sistema “cesarista”¹⁴ vigente, como possibilidade de resistência das mulheres aos tratamentos “que as oprimem” (MARTIN, 2006, p.23), seja cesariana sem indicação, seja parto violento.

¹² Parto do Princípio: <http://www.partodoprincipio.com.br/sobre>

¹³ <https://www.facebook.com/groups/cesareanao/>

¹⁴ Cesarista: termo usado pelas nativas para designar médicos obstetras que só fazem cesarianas.

Por parto violento entende-se aquele em que intervenções iatrogênicas de rotina são impostas às mulheres, como por exemplo, uso de ocitocina sintética apenas para acelerar o tempo de trabalho de parto, a posição de litotomia (deitada) para dar à luz, os puxos dirigidos, a episiotomia¹⁵, por vezes feita sem anestesia, o uso da manobra de Kristeller¹⁶ (DINIZ, 2005). Os médicos, que deveriam proteger as parturientes pelo princípio ético da não-maleficência – *primum non nocere*: primeiro, não causar dano – são aqueles que os causam. Saliento que essas mulheres escolhem o parto normal, em sua maioria têm gestações de risco habitual, mas não querem este parto a qualquer custo. A cesárea bem indicada é aceita e bem-vinda.

Nesta comunidade há um subgrupo de participantes que usufrui de planos privados de saúde e que, durante a gestação ou na hora do parto, trocam a atenção privada via saúde suplementar pela atenção ao parto em hospital público em inúmeras cidades do Brasil, em virtude das altas taxas de cesariana que passaram a ser reveladas pelos planos de saúde a partir da Resolução Normativa 368. Elas postam relatos detalhados dos partos, escrevem sobre questões íntimas neste espaço virtual composto por 34.000 pessoas.

O objetivo geral da dissertação é a análise do grupo virtual e do movimento de humanização do parto dentro desta rede social a partir de uma perspectiva etnográfica. A capilaridade de troca de informações sobre gestação e parto num grupo virtual no qual a maioria das participantes são mulheres em idade fértil também é parte integrante da análise. As participantes da rede CNO habitam em todas as regiões do país e há também brasileiras que vivem em outros países, assim como algumas poucas mulheres de países de língua portuguesa como Angola, Moçambique e Portugal. Em comum apresentam o desejo de assegurar o direito a um parto normal respeitoso.

Especificamente, viso descrever a trajetória de mulheres gestantes de camadas médias urbanas que usam esta comunidade na rede social *Facebook* para troca de informações sobre gravidez e parto com o objetivo de não serem submetidas a cesarianas desnecessárias no atendimento privado via plano de saúde, atenta ao fato de que muitas migram para atenção pública. De acordo com os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – apenas 24,5% da população brasileira tem cobertura de plano privado de saúde¹⁷ e este número tem

¹⁵ Corte no períneo para ampliar o canal de parto.

¹⁶ Kristeller: manobra de empurrar a barriga da parturiente para acelerar a saída do bebê. É contraindicada pelo Ministério da Saúde por causar inúmeros traumas materno-fetais, tais como ruptura uterina, descolamento de placenta, ruptura de baço, asfixia neonatal e até morte. *A Nascer no Brasil* revela que 37% das mulheres pesquisadas tiveram manobra de Kristeller (LEAL *et al.*, 2014b).

¹⁷ <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>

caído desde 2015 devido à recessão econômica que o Brasil vem sofrendo, o que significa que mais pessoas têm dependido do Sistema Único de Saúde.

No Rio de Janeiro, por exemplo, há pelo menos três maternidades particulares de luxo, com taxas de cesariana que variam entre 80-90%, o que significa, na prática, que as chances de uma gestante saudável, de risco habitual ter um parto vaginal é bastante baixa. As mulheres têm deixado seus planos de saúde e procurado assistência em uma maternidade pública municipal inaugurada em 2012, cuja atenção à gestante de risco habitual é feita por enfermeiras obstetras e cuja taxa de cesariana tem girado em torno em torno de 27%, de acordo com a direção da unidade e 28% no ano de 2014 (ESCÓSSIA, 2014).

No primeiro capítulo, faço um panorama do crescente aumento da cesariana no Brasil e tento elucidar as razões multifatoriais pelas quais as nossas taxas são as mais altas no mundo. Apoio-me na análise de sistemas de nascimento, de Brigitte Jordan (1993) para descrever as práticas e crenças sistema obstétrico brasileiro.

No segundo capítulo, descrevo a comunidade “Cesárea? Não, obrigada!”, os perfis das participantes e a linguagem de parto utilizada na CNO. Em dois meses de netnografia, pude mapear a comunidade e observar como as participantes interagem entre si e como os conflitos emergem.

Faço uma breve análise do casal grávido, o qual na CNO deu lugar ao ideal de mulher empoderada, aquela que busca por autonomia no terceiro capítulo.

O quarto capítulo contém a netnografia das narrativas de parto na qual analiso as trajetórias de gestação e parto de mulheres de camadas médias que trocaram a atenção privada provida por planos de saúde pela atenção pública via SUS.

No quinto capítulo, realizo um exame das narrativas de parto a partir da contraposição entre os modelos tecnocrata e humanista utilizando a análise por relações de oposição entre termos utilizados pelas integrantes da CNO. Tomando os relatos escritos por doze participantes que enviaram respostas à solicitação por mim feita no ambiente virtual, analiso as categorias presentes nos discursos dessas mulheres, buscando apreender significados relativos à experiência da “*Partolândia*”, cuidado e apoio e a avaliação do parto que obtiveram.

1. A CESARIANA

O Brasil apresenta uma chamada “epidemia” de cesarianas (BARROS *et al.*, 1991, 2015; DIAS, 2001; LEÃO *et al.*, 2013), que se expressa em números altos apresentados nas estatísticas vitais publicadas anualmente pelo Ministério da Saúde (MS)¹⁸ e no inquérito nacional sobre parto e nascimento *Nascer no Brasil* (LEAL *et al.*, 2014). O estudo promovido pelo MS e coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz, com base hospitalar, foi realizado com puérperas e RNs da atenção pública, privada e mista à saúde, através de uma amostra de 23.940 mulheres entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. Dentre outros dados, estimou a prevalência de cesarianas em instituições do sistema de saúde brasileiro, segundo tipo de serviço e pagamento: público, privado e conveniado com o Sistema de Único de Saúde (SUS). O resultado geral mostra que o Brasil possui uma taxa de 52% de cesariana e 48% de parto vaginal. A pesquisa revela, todavia, que 89,9% das mulheres com pagamento privado foram submetidas à cesárea no país (DOMINGUES *et al.*, 2014). No entanto, a taxa ideal recomendada pela Organização Mundial da Saúde situa-se entre 10 e 15%, já que uma taxa superior não está associada a melhores resultados como a redução de mortalidade materna e neonatal (WHO, 2015; GIBBONS *et al.*, 2010; YE *et al.*, 2014).

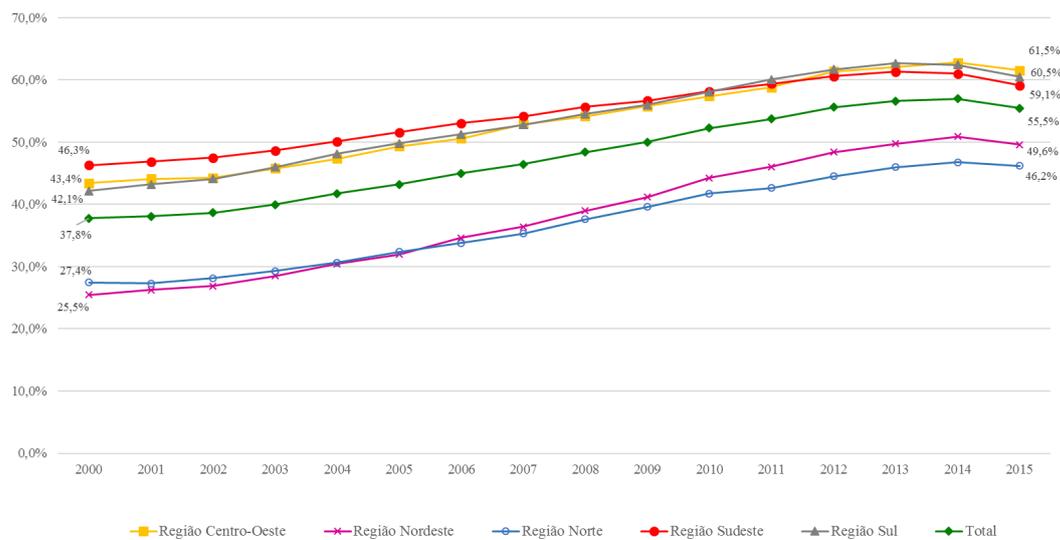
Proporcionalmente, 2/3 dos nascimentos no país têm pagamento público via Sistema Único de Saúde – SUS – e o 1/3 restante tem pagamento privado, cuja maior parte é coberta pela saúde suplementar – planos de saúde – e sua taxa de cesariana chega a 90% (BARROS *et al.*, 2015). Juntamente com a China, o Brasil é responsável por metade das cesarianas feitas no mundo (GIBBONS *et al.*, 2010). Com as mais altas taxas de cesarianas, tendo sido registrados mais de 50% de todos os nascimentos por via cirúrgica – 45% no setor público e alarmantes 90% no setor privado (DOMINGUES *et al.*, 2014), como chegamos a esse patamar? Por que o sistema de nascimento brasileiro recorre tanto à cesariana, muitas vezes sem indicação clínica?

Muito tem-se discutido sobre a alta prevalência de cesarianas no Brasil, cuja tendência tem sido de aumento ano após ano. O MS tem tomado uma série de medidas na tentativa de diminuir estas taxas desde a década de 1980 (BARROS *et al.*, 2015), nenhuma delas ainda com resultados significativos a longo prazo. Em 2016, pela primeira vez desde 2010, o número de cesarianas não cresceu no país, de acordo com informações no site do Governo Federal (PORTAL BRASIL, 2017). Como podemos verificar pelo gráfico 1, que mostra as taxas de

¹⁸ <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

cesariana nas cinco regiões do Brasil, além da taxa nacional, com os dados do período disponibilizado pelo próprio MS – 2000 a 2015 – a tendência é de alta, com leve queda de 2014 para 2015. Dados preliminares do MS apontam a manutenção da taxa de 55,5% de cesariana em 2016.

Gráfico 1: Taxa de cesarianas no Brasil e por regiões (2000-2015).



Fonte: MS/SVS/DASIS -Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos -SINASC

Segundo o DATASUS, o estado do Rio de Janeiro obteve uma taxa de cesárea de 62% no ano de 2014 e a capital, cerca de 57% no mesmo ano. Em 2015, a taxa de cesariana foi de 60,7%, com uma queda de 1,3%. A capital obteve 56,1%, com uma queda de 0,9%. A cidade com a maior prevalência de cesariana em 2014 foi Paracambi, com 99% dos nascimentos por via cirúrgica. De 1.342 nascimentos, 1.328 ocorreram por cesariana.

Quando necessária, a cesariana é uma cirurgia salvadora. Não obstante, se o uso dessa tecnologia não é judicioso, há aumento da mortalidade materna em até 20%, de infecção puerperal e do uso de antibióticos, das internações em UTI neonatal, de parto prematuro, além de aumento da mortalidade neonatal (VILLAR *et al.*, 2006; LEAL *et al.*, 2017). Além de todos esses riscos, o inquérito nacional revela que as mulheres iniciaram o pré-natal preferindo e desejando o parto normal, mas o resultado final é a cesárea, o que sugere que a autonomia das mulheres é uma via de mão única: aquelas que optam pela cesariana são respeitadas; em contrapartida, as que optam pelo parto vaginal, não. Como a autonomia das mulheres no parto parece estar garantida àquelas que desejam a cesariana, discute-se qual o valor dessa autonomia

na tomada de decisão sobre seu parto e seu corpo, que tipo de práticas e condições sociais melhor promovem sua inclusão na tomada de decisão?

Como comprova a *Nascer no Brasil*, o desfecho final do parto por cesariana foi muito superior ao desejado pelas mulheres (DOMINGUES *et al.*, 2014). Potter e colaboradores (2008) afirmam que as brasileiras assistidas no setor privado são persuadidas pelos médicos a aceitar uma cesariana eletiva por condições de saúde inexistentes ou sem quaisquer justificativas. Além disso, acredita-se que as mulheres não recebem informação adequada sobre as consequências da cesariana sem indicação clínica durante a gestação. Tal fato prejudicaria a autonomia e poder de escolha, levando-as a optar pela cesariana sem ter todos os meios para avaliar seus riscos e benefícios (DIAS *et al.*, 2008; GAMA *et al.*, 2014).

A partir da publicação de Lizauskas (2015) com as taxas de cesariana de médicos, clínicas e hospitais que atendem planos de saúde, pode-se verificar cifras semelhantes entre médicos do Rio de Janeiro e São Paulo, conforme tabela 1:

Tabela 1 - Taxas de cesáreas de médicos e hospitais que atendem planos de saúde em 2014.

	Rio de Janeiro		São Paulo	
	N	%	N	%
Médicos e Hospitais	695	100,0%	1.725	100,0%
100% de Cesáreas	471	67,8%	1.190	69,0%
Entre 80% e 100%	635	91,4%	1.504	87,2%
Menor ou igual a 50%	24	3,5%	91	5,3%
Igual a 15%	1	0,1%	0	0,0%
Igual ou menor que 15%	6	0,9%	40	2,3%

Fonte: LISAUSKAS, 2015.

Apesar de sua crescente segurança, a cirurgia cesariana sem indicação clínica não é inócua para a mãe, tampouco para o feto e mesmo com o avanço das técnicas cirúrgicas e anestésicas, há maior morbimortalidade materna comparada ao parto vaginal. Os riscos associados à cesariana, inclusive em mulheres saudáveis, sem indicação para o procedimento incluem admissão em unidade de terapia intensiva, hemorragia, transfusão sanguínea, histerectomia, parada cardiorrespiratória, infecção puerperal grave e morte. Além do aumento da morbimortalidade materna, há também implicações negativas para o RN por prematuridade iatrogênica, como o aumento da morbidade respiratória em razão da cesárea eletiva em todas as idades gestacionais (IG), incluindo $IG \geq 39$ semanas, por prematuridade tardia (HANSEN, 2008). Esses bebês têm maior tempo de hospitalização, admissão em Unidade de Terapia

Intensiva (UTI) neonatal, com repercussão negativa no aleitamento materno, além do risco de doença pulmonar crônica e morte (KESZLER *et al.*, 1992; VILLAR *et al.*, 2007). Além da prematuridade iatrogênica, o baixo peso ao nascer¹⁹ (BPN) – fator subjacente em 60% a 80% das mortes neonatais (UNICEF, 2008) – também está associado a cesarianas eletivas e, segundo Leão e colaboradoras, há um paradoxo em relação ao BPN no Brasil, pois espera-se que cidades com melhores condições sociais e econômicas como Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, tenham taxas menores de RN com BPN do que cidades com piores condições de vida e saúde como São Luiz do Maranhão onde, segundo as autoras, tal quadro não ocorre (LEÃO *et al.*, 2013).

A partir dos dados da pesquisa *Nascer no Brasil* a taxa nacional de nascimento pretermo e seus efeitos foram recentemente estimadas. Os nascimentos entre 37 e 38 semanas de gestação representam cerca de 35% do total de nascimentos no país, o dobro de países do norte da Europa como Dinamarca (18,1%), Finlândia (17,4%) e Suécia (18,5%), e mais alto do que Canadá (24,3%) e Estados Unidos (24,4%). Identificou-se uma alta proporção de nascimentos eletivos (46,7%), iniciados pelo provedor via cesariana, principalmente, ou por indução de trabalho de parto. Destes, 30% era do grupo de mulheres de risco habitual, sem indicação clínica para o nascimento eletivo pretermo. Os bebês de termo precoce nascidos eletivamente sem indicação clínica tiveram piores resultados neonatais comparados àqueles em que havia uma indicação clínica para antecipação do parto. (LEAL *et al.*, 2017)

No entanto, ainda há localidades onde a intervenção da cirurgia cesariana é necessária, porém indisponível. O Brasil vive o que Diniz denomina de “paradoxo perinatal”: apesar de haver mais tecnologia, melhoria em outros indicadores de saúde materna – mulheres têm menos filhos, fumam menos, têm melhor nutrição, acesso a mais consultas, há um melhor rastreamento de doenças e início de pré-natal mais precoce com ampliação do acesso aos serviços de saúde, 98% dos nascimentos acontecem em ambiente hospitalar e com profissionais qualificados – não há evidência de que gravidez e parto no Brasil estão mais seguros, já que não houve o impacto que se esperava na mortalidade materna. De acordo com a autora, temos o pior dos dois mundos: o problema da falta e do excesso: adoecimento e morte por falta de tecnologia apropriada e adoecimento e morte por excesso de tecnologia inapropriada (DINIZ, 2009).

¹⁹ Baixo peso ao nascer: bebês que pesam menos de 2,5 kg ao nascer.

1.1 Razões para elevadas taxas de cesárea

Inúmeras são as razões para os elevados índices de cesariana no Brasil. Elas são fruto de uma série de fatores intimamente intrincados numa teia de relações. Descrevo estes fatores separadamente, tendo em vista, contudo, que são indissociáveis. Alguns especialistas argumentam que mais mulheres necessitam de cesarianas hoje em dia e que a orientação da OMS é equivocada, pois há um aumento do alto risco com gestantes em idades cada vez mais avançadas e mais obesas (LEPERA, 2015). Outros argumentam que a conduta intervencionista do médico é a causa (POTTER *et al.*, 2008). E ainda há aqueles defendem que são as mulheres que pedem cesárea, como aponta Barbosa e colaboradores (2003). Seria um argumento válido, pois há mulheres que querem cesárea desde o início do pré-natal. Entretanto, ele é derrubado a partir dos dados revelados pela *Nascer no Brasil* nos quais as mulheres iniciam o pré-natal com preferência pelo parto vaginal e cujo desfecho é a cesariana (DOMINGUES *et al.*, 2014). De acordo com os números do inquérito, 72,3% das mulheres têm preferência pelo parto normal, 20,2% pela cesariana e 7,5% não demonstram preferência. A via de nascimento final foi vaginal para 44,6% das mulheres que participaram do inquérito. Desse total, foi utilizado fórceps em 1,9%. Tais dados demonstram que pouco mais da metade das mulheres que tinham essa preferência de parto tiveram o desfecho desejado. A cesariana foi a via de nascimento final para 55,4% das mulheres. Outros estudos demonstram a preferências das mulheres brasileiras pelo parto normal (CHACHAM, 1999; POTTER *et al.*, 2001; BARBOSA *et al.*, 2003).

1.1.1 Formação médica

A formação médica é objeto de estudo das ciências sociais desde a década de 1960, quando Becker e colaboradores publicaram a clássica etnografia *Boys in White* (BECKER *et al.*, 1992[1961]) que versa sobre como alunos de medicina tornam-se médicos.

Good e Good, ao estudarem a construção do conhecimento médico na Universidade de Harvard, afirmam que a biomedicina é idealizada e objetifica paciente e doença, a partir do olhar médico descontextualizado e desagregador. “A doença é então reificada e tratada como uma dimensão da biologia humana ao invés de uma miséria ou um sofrimento humano socialmente produzidos” (GOOD e GOOD, 1993, p.82). As escolas de medicina formam

profissionais dentro da perspectiva tecnocrata, nas quais as dimensões de cuidado e competência são justapostas e representam uma tensão cultural entre tecnologia e humanismo, ciência e cultura (GOOD; GOOD, 1993, p. 93). Ao iniciar a trajetória como estudantes de medicina, os alunos preocupam-se em serem zelosos, cuidadosos, preocupados com o paciente e querem praticar uma medicina ideal, que integra cuidado e competência técnica. No entanto, a pressão para aprender as habilidades necessárias para atingir tal competência faz com que eles percam a qualidade do cuidado que os levaram a escolher a medicina como profissão. Os autores afirmam que vários alunos, no entanto, têm a percepção de que a ciência deve ser aprendida, mas o cuidado é uma qualidade humana inata a ser cultivada, não ensinada (GOOD; GOOD, 1993, p. 93) e, assim, é menos valorizada do que a formação técnica.

Portanto, pode-se argumentar que as razões para as altas taxas de cesariana começam com formação médica, cujo modelo é tecnocrático, hospitalocêntrico, com base mais na cura da patologia do que na prevenção de doenças e promoção da saúde, mais na competência do que no cuidado. A ideologia que embasa a formação tecnocrática é a do progresso tecnológico como um valor máximo. Dele decorre poder político e que se expressa em dimensões hierárquicas, autocráticas e burocráticas deste modelo (DAVIS-FLOYD, 2003), no qual o foco da ginecologia e obstetrícia é a intervenção, o controle, a tecnologia e a cirurgia. O corpo humano é visto como uma máquina que necessita conserto. O corpo feminino é uma máquina mais imprevisível do que o masculino e com maior tendência a necessitar correção, o que nos leva à maior medicalização da vida e deste corpo. Segundo Davis-Floyd, o modelo de nascimento tecnocrático exprime uma perspectiva masculina, no qual a mulher é um objeto e o bebê, um produto. Além disso, a saúde do feto é assegurada através de drogas e exames e apenas o conhecimento técnico é valorizado.

Ao analisar a gênese da ginecologia e obstetrícia, Rohden afirma que os médicos ocuparam-se com a tarefa de encontrar evidências da inferioridade feminina, multiplicando suas patologias. “A relação intrínseca entre a patologia e a natureza feminina exigia a criação de uma ciência específica” para as mulheres pois ela era “governada pela sua fisiologia inerentemente patológica” (ROHDEN, 2002).

Sonia Hotimsky, em sua etnografia do processo de ensino-aprendizagem de obstetrícia em escolas de medicina paulistanas, mostra como ciência e técnica são articuladas ao cuidado, como teoria e prática da assistência ao parto acontecem e assinala a dicotomia existente entre uma e outra, já que o desenvolvimento do ensino e conhecimento científico baseiam-se na transmissão oral, sem necessariamente dialogar com a MBE ou com os protocolos de humanização preconizados pelo MS (HOTIMSKY, 2007). Sua etnografia corrobora os achados

de Good e Good (1993), além de descrever a existente dicotomia entre protocolos hospitalares e a prática médica aprendida na teoria.

1.2.1 Medicalização do parto

Para além das questões técnicas da formação médica, a medicalização na Obstetrícia, em especial, pode ser descrita como um movimento no qual um conjunto de processos fisiológicos são definidos e tratados como patológicos e, como consequência, devem ser medicalizados. Ou seja, um processo fisiológico e, portanto, não médico, passa a ser definido e tratado como se o fosse (CONRAD, 2007, p.4) e a cesariana é o auge da medicalização do nascer.

Desde a adolescência até a velhice, o grupo de mulheres recebe olhar sistematicamente patologizante. Iniciando pela menarca, passando pelos períodos menstruais, concepção, gravidez, parto, puerpério e menopausa, todas as fases da vida da mulher são acompanhadas do olhar medicalizante. Gestar e parir são processos fisiológicos do corpo feminino e que acompanharam a humanidade como única forma de nascer pelo menos até a década de 1950, quando as práticas obstétricas sofreram profundas modificações: o parto começou a ser transferido da casa para o hospital e o cuidado feito por parteiras passou para o cuidado de médicos homens. Aliado a este processo de hospitalização do parto, a descoberta do antibiótico e novas técnicas anestésicas e cirúrgicas tornaram as cirurgias cada vez mais seguras.

Um procedimento médico cirúrgico de grande porte, cujo objetivo medicalizante era *a priori* salvar vidas, transformou-se em um tipo de parto, sendo hoje chamado de “parto cesáreo” até mesmo nos manuais do MS, assim como em inúmeros livros de Obstetrícia, o que parece trazer algum abrandamento linguístico transformando-se em eufemismo. “A linguagem tanto espelha quanto define a experiência” (KITZINGER, 2012, p. 84). Segundo o Dicionário Aurélio, parto é o “ato ou efeito de parir”, parir é “expelir do útero (a fêmea vivípara em relação ao ser que ela concebeu); dar à luz” e cesariana é “operação em que se abre o útero materno para retirar o feto” (FERREIRA, 2008). Os livros clássicos de Obstetrícia, por sua vez, definem cesariana como cirurgia de extração fetal.

Para as ativistas do parto humanizado parir não se conjuga na voz passiva e, portanto, no parto normal a mulher é o sujeito da ação. Na cesárea a mulher é paciente, sujeito passivo nas mãos do obstetra que realiza a cirurgia. No ideário do parto humanizado, portanto, uma

cesariana não pode ser um tipo de parto humanizado porquanto não há a participação ativa da mulher no processo. O abrandamento da nomenclatura ao transformar a cirurgia em um tipo de parto é parte do processo de medicalização do corpo feminino. Para as nativas da comunidade estudada, esta questão da nomenclatura é debatida em diversos momentos e às vezes causa conflitos. Entretanto, na comunidade em geral acredita-se há um significado oculto na expressão “parto cesáreo”. Ela levaria ao apagamento da noção de que a cesariana é uma cirurgia. Outros termos e expressões sobre gestação, parto e maternidade também são debatidos. Em um dos tópicos sobre discussão de nomenclatura e o poder das palavras, no qual houve consenso daquelas que entraram no debate, uma das participantes escreve: “o uso da linguagem vai internalizando ações e atitudes, visões e pensamentos, postura e condutas”.

Para Maia, “a medicalização do parto obrigou a mulher a se imobilizar e se deitar” (MAIA, 2010, p.36). Tal procedimento seria justificado por dois motivos: facilitar a visão do médico e permitir a condução do parto ativamente por ele, a descrição de “fazer o parto”. Ao permanecer deitada e imobilizada, o TP é dificultado, o uso de ocitocina é justificado e a anestesia de parto passa a ser uma necessidade. Deitada, sem mobilidade, anestesiada, outras intervenções como a manobra de Kristeller, episiotomia são utilizadas para o controle do parto.

O depoimento de uma médica obstetra formadora de opinião na comunidade é um resumo sobre o controle do médico no processo de parto e como prática e linguagem modificam-se:

Quando eu “fazia” partos, parecia natural que eu tentasse controlar tudo que acontecia: intensidade de contrações, necessidade de analgesia, realização de episiotomia, direção de puxos. Quando eu entendi que eu “assistia” partos, quem “fazia” o parto era a mulher, ficou muito mais simples assumir APENAS a assistência, ou seja, só intervir se necessário. É possível que eu diga que “faço” partos..., mas mesmo assim possa prestar uma assistência humanizada? Sim, é possível. Não são as palavras que fazem a diferença, mas as atitudes. Entretanto, as palavras não condizem com as ações... Há anos nossa sociedade vem diminuindo o poder da gestante, que acabou centrado no médico e nas instituições de saúde. Ser tratada como incapaz ou infantilizada torna a mulher mais suscetível a condução de seu processo obstétrico como participante e não agente.

Os modelos de cuidado podem ser classificados em três tipos: liderados pelo médico, divididos entre médico e obstetrix (ou EO) e liderados por obstetrix (WAGNER, 2001). A revisão sistemática na qual foram identificados 15 estudos envolvendo 17.674 mães e bebês revela que o modelo de cuidado no qual a obstetrix é a profissional que atua desde o pré-natal até o parto tem melhores resultados. Sete desfechos foram analisados: parto pretermo; risco de perda gestacional e no primeiro mês pós-parto; parto vaginal espontâneo; cesariana; parto instrumental (uso de fórcepe ou vácuo-extrator); períneo íntegro e uso de analgesia de parto. As

mulheres cuidadas por obstetizes tiveram partos menos medicalizados: foram menos propensas a ter analgesia, tiveram menos episiotomias e menos partos instrumentais. A chance de parto vaginal espontâneo foi aumentada e não houve diferença em relação a cesarianas. Elas também foram menos propensas a ter partos pretermo e tiveram menos risco de perda gestacional (SANDALL *et al.*, 2016). Entretanto, no Brasil apenas 8% dos partos são assistidos por essas profissionais (VICTORA *et al.*, 2011).

1.1.2.1 Cesárea Natural, ela existe?

“Cesárea natural” é prática cirúrgica descrita por Smith e colaboradores, autores ingleses, a qual qualificam como descomplicada. Como a cesariana é a cirurgia mais realizada no mundo, os autores acreditam ser necessário promover o contato precoce pele-a-pele entre mãe e bebê e o aleitamento na primeira hora de vida. Os procedimentos de rotina em uma cirurgia cesariana são a separação do binômio mãe-bebê para que ele seja avaliado pelo pediatra, o que pode prejudicar a satisfação materna e reduzir o aleitamento. Os autores creem que a “cesárea natural” é uma técnica que aumenta a satisfação materna, além de ser simples. Depois do nascimento da cabeça, os campos cirúrgicos são abaixados e a cabeceira levemente levantada para que a mãe possa ver a saída do bebê. Há uma pausa no procedimento para que o desprendimento do corpo do bebê possa ocorrer a partir da contração uterina, como um mimetismo de parto vaginal “por cima”. O médico auxilia gentilmente a retirada do bebê que é entregue à mãe para fazer contato pele-a-pele (SMITH *et al.*, 2008). Em um editorial da revista *Birth* de 2011, Young faz uma crítica à técnica de cesárea gentil ou natural. A autora afirma que como os Estados Unidos tiveram a alarmante taxa de 33% de cesariana em 2009 e sua prevalência tem aumentado mundialmente, não se questiona a atenção centrada na família também durante a cirurgia, como contato pele-a-pele e aleitamento precoce. No entanto, ela chama atenção para dois fatos: o primeiro é que a diminuição das taxas de cesárea deveria ser o objetivo de cuidado em saúde. O segundo elemento é sua crítica para o fato de Smith e colaboradores afirmarem ser uma técnica “natural” e “descomplicada”, visto não ser possível uma cirurgia ser natural nem tampouco descomplicada, já que traz mais riscos *per se* (YOUNG, 2011).

No Brasil, onde a cesárea transformou-se em um tipo de parto, a cesariana natural pode ser mais um abrandamento da linguagem para o uso mercadológico como a oferta de um

procedimento “mais natural e descomplicado”. Compreendo que o uso do adjetivo utilizado refere-se ao fato de que não é complexo fazer o procedimento centrado na mulher, da maneira como é descrito no artigo. Por mais que os autores tenham as melhores intenções em promover a atenção à cesariana centrada na mulher e na família, eles não a problematizam em cenários diversos do inglês, onde a taxa de cesariana entre 2015 e 2016 foi 27%% (NHS, 2016). O foco é em diminuir as taxas de cesariana, em ascensão mundial. Toda cesariana realizada deve ser gentil, não havendo necessidade de denominá-la natural.

Os autores afirmam que é uma técnica “natural” e “descomplicada” (Smith et al, 2008). No entanto, não há qualquer modificação em relação à técnica cirúrgica em si. Seria similar àquilo que os médicos humanistas entendem por uma atenção humanizada à cesariana, ao abaixar os campos cirúrgicos, fazer o contato pele-a-pele imediato entre mãe e bebê, mesmo que este necessite de reanimação neonatal, feita no colo materno, diminuir a iluminação da sala e subir a temperatura da mesma, pois o RN perde calor com facilidade. Os procedimentos no corpo da mulher, no entanto, continuam os mesmos. O que muda é a percepção da mulher durante o nascimento do filho pela via alta. Além de uma mudança na nomenclatura, a qual, de acordo com as ativistas, mascara o fato de uma cesariana continuar sendo uma cesariana, uma cirurgia de salvamento.

1.1.3 Paradoxo perinatal brasileiro

No entanto, a medicalização do parto não se resume apenas à cesariana. De acordo com Diniz e Chacham (2006), o uso de tecnologias no parto tem o propósito de “iniciar, intensificar, regular e monitorar o parto” para torná-lo mais “normal” na busca de maior qualidade, mas que tem levado à adoção sem restrições de procedimentos inadequados e desnecessários, muitas vezes rotineiramente, de maneira não judiciosa (DINIZ; CHACHAM, 2006).

O Brasil apresenta uma peculiaridade em relação ao ensino da Obstetrícia: um dos livros mais adotados nas escolas de medicina, *Obstetrícia Fundamental* de Rezende, que está em sua 13ª edição, tem no seu capítulo sobre cesariana uma verdadeira apologia à cirurgia, denotando o fascínio do autor por ela e assim, forjando grande parte dos obstetras brasileiros. De acordo com Nakano e colaboradores (2016), como os livros manuais trazem “verdades que não são discutidas”, funcionam como modelos de coação de pensamento. E isso não é diferente com Rezende: o autor defende que a cesárea seja feita para evitar resultados ruins sem, no entanto,

ater-se às evidências científicas que mostram que uma taxa de cesariana acima de 15% começa a piorar os resultados perinatais. Não ter cesariana disponível traz resultados não satisfatórios, assim como uma taxa acima da indicada pela OMS aumenta a iatrogenia, o que caracteriza o nosso “paradoxo perinatal brasileiro” (DINIZ, 2009). A associação entre a possibilidade de problemas relacionados ao parto vaginal com um treinamento obstétrico inadequado explicaria a insegurança do médico em acompanhar um parto por via baixa e a sua preferência pela cirurgia, na qual ele tem controle dos processos.

1.1.4 Parto como domínio da medicina

Outro fator que contribuiu para a extrema medicalização do nascimento no Brasil está ligado ao fato deste ter se institucionalizado no final do século XIX a partir da imposição de médicos, com o apoio do governo. Tal ação “propiciou aos médicos o domínio da arte de partejar” (AMORIM *et al.*, 2017, p. 279) ao longo do tempo, através de diferentes estratégias médicas para rotular, descrever e autorizar experiências com o corpo, com a perda de autonomia (ZORZANELLI *et al.*, 2014) das mulheres e de outros profissionais da atenção ao parto. Vamos além: perda de autonomia para lidar com processos fisiológicos na vasta maioria dos casos. Cursos para formação de obstetristas estava extinto no país desde os anos 1970 a partir da reformulação das universidades.

Em 2005 a Universidade de São Paulo reabriu a graduação para formação de parteiras profissionais que, dentre outros objetivos, possui o de ter na obstetrista “um importante recurso para prover cuidados de saúde às gestantes, parturientes, puérperas e familiares, atendendo às suas necessidades físicas, emocionais e socioculturais; fazer com que a obstetrista tenha perfil e competência para participar ativamente das transformações do quadro epidemiológico da saúde materna e perinatal” (AMORIM *et al.*, 2017, p.283). No entanto, estas 364 profissionais²⁰ formadas e com registro no Conselho de Enfermagem entre 2008 e 2017, assim como as enfermeiras-obstetras, têm autonomia restrita nas relações de poder, vão contra o *status quo* do

²⁰ Dados de janeiro de 2017, obtidos no portal do Conselho Federal de Enfermagem. Em comunicação pessoal com o professor do curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo, Edemilson Antunes de Campos, fui informada que até a última colação de grau em julho de 2017 havia 334 obstetristas formadas pela EACH-USP. Portanto, há obstetristas formadas nos cursos extintos de Obstetrícia com registro no conselho de enfermagem desde então. <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>

poder médico estabelecido e são *outsiders*, como designaria Elias, aquelas pessoas que não fazem parte do *establishment* (ELIAS, 2000). No século XIX, quando se reconhecia a necessidade de criar cursos de parteiras seja porque era necessário incrementar a população do país, seja porque as mulheres se negavam a serem atendidas por médicos, ainda assim eles eram restritos, segundo Mott (1999). Em todo o Império, apenas dois cursos foram abertos em 1832: um no Rio de Janeiro e outro na Bahia. Projetos de abertura de novos cursos ficaram engavetados por anos e foram indeferidos. Ao final do século XIX, mulheres passaram a poder frequentar a faculdade de medicina e homens, a de obstetrícia. Segundo a autora, já havia uma preocupação dos médicos com a disputa pelo mercado de trabalho, pois o parto começava a ser um campo de trabalho também para eles (MOTT, 1999).

Essa preocupação com o mercado de trabalho mantém-se até os dias atuais e continua forte, o que nos leva a analisar o modelo de atenção centrado no médico, independentemente dos fatores de risco da gestante. No Brasil o acompanhamento pré-natal é feito eminentemente por médicos, diferentemente do Reino Unido, por exemplo, onde gestantes de risco habitual são acompanhadas por *midwives* (obstetizes). Há uma supremacia médica na atenção ao período gravídico-puerperal, em que o risco tende a ser minimizado onde se tem alta tecnologia à mão: o hospital. Na ideologia da modernização, o hospital com toda a tecnologia que possui e a atenção à saúde centrada no médico são elementos-chave para a manutenção do sistema de nascimento tecnocrata hegemônico. Em uma perspectiva imbuída de valor, na qual a tecnologia e o saber médico são enaltecidos (McCALLUM e REIS, 2006), há uma hierarquia de cuidado, o médico estaria atrelado ao futuro, à modernidade, à tecnologia e as obstetizes e enfermeiras obstetras (EOs) estariam ligadas à natureza, às tecnologias leves e, portanto, de menor valor.

Obstetizes e EOs podem prestar cuidados de pré-natal e acompanhamento do parto em mulheres de risco habitual no sistema público e fora dele. No entanto, apenas no sistema público elas têm autonomia para, dentro os protocolos de pré-natal do MS e da unidade de saúde às quais estão atreladas, fazer pedidos de exames laboratoriais, por exemplo. Se a gestante tiver infecção urinária, muito prevalente durante a gestação e fator de risco para trabalho de parto prematuro e aborto (BRASIL, 2012), terá que se consultar com o médico, o que não é imediato em muitos dos casos. No sistema privado, obstetizes e enfermeiras não têm qualquer autonomia para o acompanhamento pré-natal no tocante à pedidos de exames e prescrições. Aquelas que atendem partos domiciliares, por exemplo, têm o apoio de médicos que trabalham como seus *back-ups*. São médicos que entendem a importância do trabalho dessas profissionais e compreendem que faz parte da autonomia das mulheres a escolha do local onde se sentem mais seguras para o parto.

O modelo de atenção centrado no médico não é feito em equipe transdisciplinar na saúde suplementar. A gestante tem apenas um médico como cuidador, o “seu” médico, o que pode dar uma falsa sensação de segurança às mulheres. Entretanto essa configuração cuidador-cuidado pode ser bastante perversa tanto para o profissional quanto para a gestante. O atendimento centrado no médico, no qual o profissional não trabalha em equipe e deve estar disponível todos os dias da semana a qualquer hora do dia associado à duração de um trabalho de parto médio de pelo menos 12 horas, leva muitos profissionais ao cansaço físico e mental. Também leva a mais indicações de cesariana, um procedimento no qual há total controle dos tempos cirúrgicos e que não chega a durar uma hora. Sendo assim, a confiança no “seu” médico pode ser um fator que faz com que as mulheres não questionem as indicações de cesariana intraparto nem tampouco as eletivas.

Aliado ao cansaço, ao trabalho solitário, sem equipe de plantão, há a defasagem de honorários pagos pelos planos de saúde no valor das consultas e procedimentos. De acordo com reportagem do jornal Folha de São Paulo, esta defasagem pode chegar a 10 vezes o valor da consulta particular com o congelamento de pagamentos feitos pelas operadoras de planos de saúde por anos a fio (COLLUCCI, 2015). Algumas gestantes acabam usando o plano apenas para exames e internação. Mesmo com pagamento mais elevado para o parto normal – em uma tentativa de promovê-lo e assim, promover saúde e menores custos com internação, UTI adulta e neonatal –, com uma defasagem tão grande de pagamento, não é incomum o profissional dedicar um período do dia no qual ele agenda as cirurgias em sequência. Mesmo recebendo menos por cirurgia, a relação custo x benefício – honorários *versus* tempo – é financeiramente mais vantajoso organizar a agenda de cirurgias e consultório e operar as pacientes em um período pré-determinado, que não irá interferir no seu dia-a-dia.

1.1.5 O parto violento que vende cesariana. As mulheres pedem mesmo cesárea?

Robbie Davis-Floyd descreve o hospital como uma fábrica tecnocrática altamente sofisticada e, como toda instituição capitalista, visa o lucro. Portanto, a organização do quadro de cirurgias reduz custo do hospital, aumenta a margem e a eficiência financeira, numa espécie de linha de montagem automatizada de modelo fordista. Ao hospital que visa lucro não é interessante ter mulheres em trabalho de parto por longas horas nem tampouco um centro cirúrgico à disposição até que o bebê nasça, já que se houver uma mulher em trabalho de parto

e uma cesariana de emergência for necessária, a cirurgia eletiva deve aguardar e o bom andamento do quadro de cirurgias é atrapalhado. Recém-nascidos hígidos são usualmente separados da mãe e passam cerca de duas horas em incubadora rotineiramente para posterior cobrança ao plano de saúde. Cada leito de UTI neonatal utilizado é grande fonte de renda para a instituição. Em suma, a cesariana e a prematuridade iatrogênica interessam aos hospitais e à indústria farmacêutica. Leitos em UTI, profissionais e cuidados intensivos e uso de medicamentos são utilizados em RNs prematuros.

Finalmente há a cesárea a pedido como um dos fatores de aumento nas taxas de cesárea no Brasil. De fato, a cesárea a pedido existe e, de acordo com pesquisas (HOPKINS, 2000; DOMINGUES *et al*, 2014) ela está atrelada, entre outros aspectos, ao medo da dor e também ao desejo de fazer esterilização através da ligadura tubária. Algumas mulheres veem na cesárea um método mais limpo, mais moderno, mais higiênico, controlado e sua segurança é superestimada. Domingues e colaboradores (2014) revelam que experiências negativas em partos vaginais anteriores também podem levar ao pedido de cesárea, fato que Diniz e Cavalcanti afirmam ser uma “venda de cesárea”. Segundo as pesquisadoras, como consequência da violência obstétrica acaba-se “vendendo” cesáreas, procedimento no qual a mulher não terá seu corpo submetido a procedimentos muitas vezes dolorosos e sem consentimento (DINIZ e CAVALCANTI, 2014). Maia (2010) afirma que a cesárea a pedido é fruto do modelo de assistência prestada, uma “demanda por dignidade, já que o modelo de ‘parto normal’ praticado no país é profundamente medicalizado, intervencionista e traumático” (MAIA, 2010, p.40).

Como já mencionado, o inquérito nacional *Nascer no Brasil* mostra uma preferência inicial por cesariana de 27,6%, incluindo ambos setores: privado e público. Ao final do período gravídico, contudo, independentemente do diagnóstico de complicações, há um aumento pela decisão por cesariana, em grandeza muito superior ao inicialmente desejado pelas mulheres (DOMINGUES *et al.*, 2014). Estudos sobre saúde de mães e crianças brasileiras apontam que quase metade das cesarianas no Brasil é agendada e que a população mais privilegiada está mais exposta a este fator de risco que é a cirurgia cesariana (BARROS *et al.*; 2011; VICTORA *et al.*, 2011). A cesárea eletiva sem indicação configurou-se como fato quase exclusivo da atenção à saúde privada e expressa um conflito de interesses, já que o obstetra pode aceitar mais pacientes e ter uma agenda organizada, sem a inconveniência de ter que desmarcar as consultas ou sair durante a noite para atender uma mulher em trabalho de parto.

1.2 Sistemas de nascimento

O livro de Brigitte Jordan, *Birth in Four Cultures*, de 1978, contribuiu para definir o campo da Antropologia do Nascimento e estabelecer os métodos comparativos transversais entre culturas, análises e estratégias para mudanças (DAVIS-FLOYD, 1993, p. ix). Ela descreve os sistemas de nascimento em quatro diferentes lugares: Estados Unidos, Iucatã no México, Holanda e Suécia (JORDAN, 1993). Apesar do processo fisiológico ser o mesmo, diferentes culturas produziram sistemas de nascimento completamente distintos.

Jordan inicia sua obra *Birth in Four Cultures* com a seguinte declaração: “parto é uma transação íntima e complexa cujo tema é fisiológico e cuja linguagem é cultural” (JORDAN, 1993, p.3). Deixa claro que tema e linguagem (ou conteúdo e organização) se complementam e devem ser analisados conjuntamente. Apesar de ser sempre a mesma, a fisiologia do parto, de certa forma apresenta padrões sociais e moldagem consensual de acordo com a cultura, já que na maioria das sociedades o parto é um período considerado como de grande vulnerabilidade tanto para a mulher quanto para o bebê. Para lidar com essa vulnerabilidade cada sociedade tende a produzir um conjunto de práticas e crenças com consistência interna e mutuamente dependentes, as quais servem para lidar com os aspectos sociais e fisiológicos do parto de modo que façam sentido naquele contexto social. Não importa o sistema de nascimento, quaisquer que sejam, os profissionais nele inseridos tenderão a vê-lo como o melhor, o correto, *o modo* de se trazer um bebê ao mundo. Dentro de qualquer sistema de nascimento, as práticas são organizadas em uma rotina uniforme, sistemática, padronizada, ritualizada e moralmente necessária. São configurações de práticas e crenças bastante específicas: quem atende, onde acontece, quem é responsável pela tomada de decisão e como o parto se produz. Logo, aquilo que parece ser uma prática óbvia em um determinado sistema não o é necessariamente em outro. O que torna tais sistemas consistentes, dependentes e moralmente corretos é a definição local, específica daquela cultura do evento do nascimento. De acordo com Jordan, nos EUA, parto é um evento médico com foco na patologia; no estado de Iucatã, México, é um evento estressante, mas que faz parte da vida familiar; na Holanda, um processo natural; na Suécia, um dever cumprido intensamente pessoal (JORDAN, 1993, p.48). No Brasil, assim como nos Estados Unidos, é visto e tratado como um ato médico, de risco, no qual as mulheres transformam-se em pacientes.

A maneira como as pessoas de uma dada cultura vêem o parto é compartilhada e isso garante que, em geral, os participantes tenham ideias semelhantes a respeito do seu manejo. Ao

mesmo tempo, serve de guia para conduzir as intercorrências e justificar as práticas obstétricas. Para Jordan, a definição que o grupo dá ao evento torna-se visível nas próprias noções que os atores têm daquilo que constitui uma justificativa adequada para as práticas em que eles estão envolvidos (JORDAN, 1993, p.49).

1.2.1 Modelos de assistência ao parto

Robbie Davis-Floyd (2003) classifica os modelos de assistência ao parto em **tecnocrático**, **humanista** e **holista**. O primeiro é medicalizado, curativo e centrado no médico, na tecnologia e na instituição hospitalar, em que os corpos são comparados a máquinas que necessitam conserto – análise esta, semelhante à de Emily Martin (2006). Mente e corpo são separados. O segundo é uma forma de reação ao modelo anterior na qual o paciente é sujeito do cuidado, há conexão entre mente e corpo. O uso judicioso de tecnologia aliado ao consentimento informado e à autonomia do paciente são fundamentais para o modelo humanista. No terceiro modelo há unicidade entre corpo e mente, no qual a cura é do corpo inteiro e não de uma doença (DAVIS-FLOYD, 2003).

De acordo com Davis-Floyd, o modelo tecnocrata é o culturalmente dominante na sociedade americana – tendo encontrado solo fértil para sua legitimação no Brasil (MAIA, 2010). Este modelo tecnocrata descrito por Davis-Floyd é o sistema de nascimento dominante nos Estados Unidos descrito por Jordan. Ele não implica apenas uma ideologia de progresso tecnológico, comporta dimensões hierárquicas, burocráticas e autocráticas, tendo se desenvolvido num contexto social de organização que sobrevaloriza a alta tecnologia e os indivíduos que as controlam, além de valorizar também a doença, a dor e desvalorizar técnicas alternativas de cuidado em saúde (DAVIS-FLOYD, 2003, p. 47).

A partir deste modelo, uma gestante praticamente nunca está normativa²¹ para gestar e parir, já que ela se baseia na noção de risco – algo a ser evitado a qualquer custo neste paradigma. A capacidade de lidar com a dor no parto, para citar um exemplo, sem que necessariamente esta dor seja vista como sofrimento – ou patologia – se transforma numa nomeação diagnóstica e, portanto, médica, de uma variação normativa. Tolerar a dor do parto,

²¹ Por normativo entendo o conceito canguilhemiano no qual a medicina é a arte de curar para restaurar e proteger a normatividade e normativo é aquele que institui normas, que desafia as “infidelidades do meio” (CANGUILHEM, 2009).

que, antes de mais nada é subjetiva, e não a transformar em diagnóstico, como atestaria Canguilhem (2009), pelo *furor curandis* dos médicos obstetras insensíveis à percepção de que muitas mulheres querem estar ativas nas decisões, que estão normativas mesmo diante da dor, percebendo-a como um fato da fisiologia, não um problema a ser corrigido. Há mulheres que solicitam analgesia e, para estas, receber o anestésico é o que poderá fazer com que voltem à normatividade perdida. No entanto, há outras que revelam querer sentir tudo, e relatam quão horrível fora não ter sentido nada por causa da anestesia em experiências anteriores e que, por causa dos efeitos dela, elas não se sentiram normativas, não se sentiram capazes de fazer seus corpos trabalharem para parir.

O nascimento é um evento interativo, no qual as pessoas sabem como fazer, mas não necessariamente sabem explicar em pormenores o que fazer ou por que fazer. Isso não quer dizer que quem trabalha na assistência tem uma visão deturpada, mas que é insuficiente para compreender como o sistema opera. (JORDAN, 1993, p.11). Sobre essa visão deturpada, Marsden Wagner, em uma clara crítica ao sistema biomédico norte-americano declarou que “peixes não veem a água na qual eles nadam”, ou seja, profissionais de saúde inseridos no modelo tecnocrata hospitalar altamente intervencionista não conseguem perceber a iatrogenia nas intervenções rotineiras que perpetram sobre quem é objeto de seu cuidado e assim perpetuam práticas obsoletas e arraigadas (WAGNER, 2001). No entanto, Jordan acredita que dentro de qualquer dado sistema, a visão do *insider* será sempre insuficiente para compreender como ele opera e, por isso, há uma falta de avaliação crítica das próprias práticas. (JORDAN, 1993, p.45)

Em um dado sistema de nascimento há um sentimento de adequação, até mesmo moral, compartilhado por todos os participantes: a mulher, a família, o atendente de parto. Portanto, de acordo com a autora, é difícil separar o que é uma necessidade fisiológica daquilo que é produção social. Na Suécia, por exemplo, mulheres e profissionais têm a convicção de que nenhuma parturiente precisa passar pelo trabalho de parto sem alívio farmacológico (JORDAN, 1993, p.45). Por outro lado, as holandesas excluem a analgesia de parto em casos que, nos Estados Unidos, ela seria usada (JORDAN, 1993, p. 49).

1.3 Configuração de práticas e crenças do sistema obstétrico brasileiro

A obstetrícia brasileira dominante é calcada no modelo biomédico norte-americano, o qual é baseado em risco e patologia, em que o processo de gestar e parir é, portanto, um procedimento médico.

Até o século XVIII, tanto na Europa como no Brasil, parto não era considerado um ato médico. Era assunto de mulheres e ficava a cargo das parteiras. De acordo com MAIA (2010), a especialidade médica em obstetrícia só surgiu na Europa na primeira metade do século XIX e, para isso, a mulher havia passado a ser de interesse médico. No fim do século XIX, médicos entram em campanha para transformar o parto em evento médico em ambiente hospitalar, fato que se efetivou no século XX (MAIA, 2010, p.31). O parto passa para o domínio médico e as parteiras veem o declínio de sua profissão ao longo dos anos. Até mesmo os manuais e cursos de capacitação de parteiras passaram a ser produzidos por médicos (MOTT, 1999; MAIA, 2010). No Brasil, não foi diferente. No século XIX, criaram-se cursos para formação de parteiras nas faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. No entanto, eram grandes as exigências para ingressar no curso: as mulheres deveriam ser jovens, com perfil socioeconômico diferente daquele das parteiras tradicionais. Exigia-se que fossem alfabetizadas, soubessem francês, álgebra, aritmética e geometria. Além disso, não podiam ter experiência adquirida de parteiras tradicionais. As aulas eram ministradas pelo professor do curso de medicina. Todas as exigências para restringir a entrada no curso tiveram como resultado um número bastante escasso de profissionais formadas ao longo dos anos. Maria Lúcia Mott questiona:

Será que as exigências para o ingresso no curso de parteiras não poderiam estar relacionadas com o desejo dos reformadores do ensino médico não só de valorizar socialmente a profissão, já que a parturição era um campo profissional que começava também a ser atraente para os médicos, como também restringir o acesso das mulheres ao curso, reduzindo assim o número de parteiras diplomadas? (MOTT, 1999)

O nascimento, um evento familiar, de mulheres, mesmo que privado, ao longo do último século passa para os bastidores, longe da família, dentro de uma instituição impessoal onde se configura como evento controlado, instrumentalizado, com relações humanas seguindo uma lógica processual, impessoal e encadeada, nas quais há redes de interdependência entre os indivíduos e as relações de poder entre eles, como aquela entre médico e paciente e entre médico e parteira. Tais redes estão em contínuo processo de constituição e transformação, não sendo, no entanto, irreversíveis (ELIAS, 1993). Durante o processo de nascimento a tomada de decisão numa perspectiva tecnocrata está nas mãos do médico e a mulher torna-se uma paciente.

Nos Estados Unidos, assim como no Brasil, as mulheres têm partos hospitalares e ela é tratada como paciente. Quem tem poder de decisão sobre o parto é o médico. A percepção da medicina sobre o corpo – especialmente o feminino – domina a construção do seu significado fazendo com que o discurso médico alcance o status dominante. No encontro com médicos, pacientes são forçados a se submeter, permitindo que a profissão médica assumira o controle do comando do tratamento e do processo de tomada de decisão (FOX *et al*, 2005). O problema surge quando um dos participantes não compartilha desses sentimentos de adequação. No caso brasileiro, quando a mulher não deseja ser tratada como paciente durante o pré-natal, quando ela e a família não desejam um parto no modelo tecnocrata dentro das práticas obstétricas convencionais, que tanto podem ser com uso de tecnologias que elas não almejam, desde o uso do hormônio ocitocina, usado rotineiramente para acelerar o processo de parto até a cesariana sem indicação clínica.

2 “CESÁREA? NÃO, OBRIGADA!”: A COMUNIDADE

2.1 A entrada no campo

É fato que a internet está inserida em nosso cotidiano, sobretudo depois da invenção e popularização dos *smartphones*²². Houve uma integração da vida *online* e *off-line* (FRAGOSO, 2016). Este contexto enquadra o campo da presente investigação e a utilização de redes sociais que marca minha participação no ativismo pelo direito à escolha no momento de parir. O grupo de discussão sobre parto humanizado – “Cesárea? Não, obrigada!” (CNO) – do *Facebook* foi o escolhido. No entanto, o fato de ser usuária das redes sociais para estudar, aprender e divulgar informações sobre gestação e parto e a mudança para a posição de pesquisadora, trouxe reflexão e cautela. Devido à necessidade de estranhamento com um objeto de estudo tão próximo, há um grande desafio. Tenho participado da CNO desde a sua criação. O objetivo era afastar-me daquele ambiente como usuária para poder me aproximar como pesquisadora e controlar suposições impregnadas em mim sobre a comunidade, as participantes e as relações entre elas. Como atesta Gilberto Velho, “o próprio trabalho de investigação e reflexão sobre a sociedade e a cultura possibilita uma dimensão nova da investigação científica, de consequências radicais – o questionamento e exame sistemático de seu próprio ambiente” (VELHO, 1981, p.128).

Se, por um lado, houve o aumento expressivo das taxas de cesarianas no Brasil ao longo dos anos, por outro, houve fortalecimento de um movimento de mulheres através da internet e das redes sociais como *Orkut* e *Facebook* pela busca de informações sobre gestação e parto. Esses espaços de trocas virtuais transformaram-se em ferramentas essenciais para divulgação, troca de informações e para a união daquelas que buscam partos normais. O resultado dessas trocas é aquilo que Lévy (2003) denomina inteligência coletiva²³, a qual passa a ser condição basilar para forçar os serviços de saúde e reverter as taxas de cesariana a partir da pressão de mulheres. Aquelas informações que em certa medida eram disponíveis na rede, mas que não necessariamente chegavam à mulher grávida interessada em ter acesso ao parto normal respeitoso passaram a ser mais disseminadas a partir das redes sociais.

²² Telefone celular que combina recursos de computadores com funcionalidades de programas de aplicativos.

²³ Inteligência coletiva é definida como resultado da contribuição individual de todos para a construção do conhecimento. “É uma inteligência distribuída por toda parte, incessantemente valorizada, coordenada em tempo real que resulta em uma mobilização efetiva das competências”(LEVY, 2003, p.28). Em outras palavras, se todos dividem seus conhecimentos individuais, as lacunas de conhecimento tendem a diminuir.

O incipiente movimento de humanização do parto no Brasil na década de 1990 era fundamentalmente formado por profissionais de saúde, tanto da área de Obstetrícia quanto da Saúde Pública (TORNQUIST, 2004). Esses profissionais desejavam melhorar as condições de atendimento às mulheres e RNs, mas era um movimento restrito, que partia muito mais dos profissionais insatisfeitos com os resultados epidemiológicos do que das mulheres, alvo das práticas. Apesar de haver alguma participação de usuárias, as informações não eram disseminadas da forma como hoje o são, graças à internet e às redes sociais. São essas mulheres usuárias da rede de computadores, junto a ativistas pela humanização do parto que atualmente têm ajudado a disseminar informações e dar maior visibilidade às pautas ligadas ao nascimento respeitoso. O foco dessa iniciativa é a retomada do parto fisiológico, sem intervenções desnecessárias, sendo a mulher protagonista do processo.

Minha entrada ativa nas redes sociais aconteceu por volta do ano de 2005, após o nascimento do meu segundo filho. Atuei em diversos cenários e ao tornar-me pesquisadora, a etapa da entrada no campo já era um desafio superado, na medida em que o campo veio primeiro e a familiaridade com a linguagem já havia sido estabelecida. Da busca por respostas passei de leiga a paciente informada²⁴ a profissional da atenção ao parto a pesquisadora.

Por ser ativista da humanização do parto e nascimento, tenho estado envolvida em discussões sobre gravidez, parto e maternidade em comunidades do *Facebook* há mais de uma década. Posto isso, para conduzir a pesquisa decido compreender as mulheres e os seus processos de busca pela humanização e não focar a assistência, o profissional que atende o parto. Também abstenho-me de participar da comunidade, seja como ativista, seja como especialista. Quanto à pesquisa na internet, decidi como método ser não obstrutiva em um primeiro momento e apenas observar, com o objetivo de interferir o mínimo possível nas práticas do grupo, sobretudo nos meses de junho e julho de 2017, quando fiz o levantamento de todas as publicações diariamente. Meu interesse na comunidade centrava-se na interação e nas estratégias das mulheres. Em um segundo momento, sentindo-me mais à vontade com meu papel de pesquisadora e com a pesquisa encaminhada, fiz intervenções, questionamentos pontuais que pudessem esclarecer alguma questão ou categoria nativa, como por exemplo, o que as nativas denominam de “G.O. fofinho do plano” ou questões sobre linguagem como “parir por cesariana” ou ainda qual a definição de empoderamento para elas. Essas intervenções foram

²⁴ Utilizo a categoria “paciente informada” ou *expert* por não encontrar em português uma categoria que traduza melhor o “lay expert” do inglês, já que o termo paciente pode carregar uma conotação de passividade e a última atitude ou desejo das mulheres estudadas é a passividade.

fundamentais para discernir quais as distinções importantes para as nativas, como elas percebem e defendem suas concepções (VELHO, 1981, p.18).

2.2 Perfil da comunidade

A CNO é um grupo de discussão sobre gravidez, parto e puerpério criado em 2012 no *Facebook* pela doula²⁵ e ativista do parto humanizado Ingrid Lotfi. A versão original constou de outra rede de relacionamentos, o Orkut, nos anos 2000 até a extinção deste em 2014. A moderação da comunidade é dividida entre profissionais ligados ao parto e não é fixa: doulas, médicas, obstetrias ou enfermeiras obstetras, ativistas e pacientes informadas. Em janeiro de 2018 a moderação para aprovação de tópicos e membros conta com nove mulheres e, dentre elas, oito profissionais. Quando os tópicos são aprovados, as próprias participantes “conversam” entre si. As profissionais da moderação aparecem para responder perguntas técnicas e para resolver problemas de comunicação. Com cerca de 34.000 membros em janeiro de 2018, pauta-se na “defesa do parto natural e humanizado, com foco no protagonismo feminino nas tomadas de decisão” (trecho da descrição pública da comunidade), ou seja, é uma comunidade em defesa do parto normal e da autonomia feminina e, por isso, tem como característica não ter entre seus membros mulheres que preferem a cesariana eletiva e sem indicação. Há pouquíssimos homens que se caracterizam por uma baixa participação. No entanto, dois médicos obstetras têm tido participação significativa ultimamente ao comentar sobre evidências científicas: um do estado de São Paulo e outro, do Rio de Janeiro.

Carneiro (2014) compreende parto humanizado como “o parto que acontece de acordo com os anseios das mulheres. Geralmente é um parto que não é uma cesárea, no qual a mulher decide quais os procedimentos médicos serão realizados” (CARNEIRO, 2014, p. 244). Por parto humanizado compreendo aquele no qual há uma intersecção da autonomia da mulher como protagonista do evento, o poder de decisão sobre seu corpo e seu parto com uma equipe de cuidado que segue o modelo humanista descrito por Davis-Floyd (2003) e utiliza a MBE

²⁵ Doula: “uma acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente” (TEIXEIRA, 2003, p.1) cujo campo de ação é delimitado. A doula não tem qualquer função técnica na atenção ao parto, ela tem um trabalho não-médico, atuam como “amortecedores afetivos” (FLEISCHER, 2005). As evidências científicas mostram que a presença de uma doula traz benefícios como redução do tempo de TP, de intervenções, de analgesia e de taxa de cesariana (KENNELL et al, 1991; HODNETT et al, 2012).

como respaldo da prática clínica, no qual a tecnologia não é banida, mas usada conforme a MBE e a anuência da mulher. Ele é uma resposta não apenas à medicalização excessiva do parto, mas à conquista da tomada de decisão sobre seus corpos.

A partir de relatos de parto e de questionamentos sobre os motivos que seus médicos querem dar ou deram para levá-las a cesáreas eletivas ou intraparto nesta comunidade, observa-se um movimento de ajuda entre mulheres com estratégias, artigos científicos, vídeos de parto e protocolos de atendimento para que as usuárias da comunidade consigam o seu objetivo: parto normal com bebê saudável e cesárea apenas se for necessária. Trata-se de uma comunidade que visa controlar o que define como abuso de poder médico sobre seus corpos e vontades. É possível usar a imagem de uma pequena insurreição feminina – não necessariamente feminista – contra o sistema tecnocrata “cesarista” vigente, como possibilidade de resistência das mulheres aos tratamentos “que as oprimem” (MARTIN, 2006, p.23), seja cesariana sem indicação, seja parto violento.

Parto violento é aquele em que intervenções iatrogênicas de rotina são impostas às mulheres, como por exemplo, uso de ocitocina sintética sem indicação clínica, usada apenas para acelerar o tempo de trabalho de parto, a posição litotômica para parir, os puxos dirigidos, a episiotomia, por vezes feita sem anestesia, o uso da manobra de Kristeller (DINIZ, 2005). Os médicos, que deveriam proteger essas mulheres pelo princípio ético da não-maleficência – *primum non nocere*: primeiro, não causar dano – são aqueles que os causam. Essas mulheres escolhem o parto normal, em sua maioria têm gestações de risco habitual, mas não querem um parto normal a qualquer custo. A percepção de que uma cesárea foi bem indicada é aceita e bem-vinda.

Nesta comunidade há um subgrupo de mulheres que usufrui de planos privados de saúde e que, durante a gestação ou na hora do parto, trocam a atenção privada via saúde suplementar pela atenção ao parto em hospital público em inúmeras cidades do Brasil. Elas postam narrativas detalhadas dos partos, falam sobre questões íntimas neste espaço virtual e discutem estratégias como qual seria o melhor momento para a internação, qual o papel de uma doula, como contratá-la, quais as intercorrências possíveis e mais comuns. O objetivo destas iniciativas é alcançar um parto respeitoso, mesmo que o desfecho final seja a cesariana.

2.3 Panorama da comunidade “Cesárea? Não, obrigada!”

Durante meu afastamento das discussões na comunidade senti-me cada vez mais próxima a elas. No período de dois meses, entre junho e julho de 2017, pude acompanhar todos os tópicos e mapeá-los por tema. Tal medida possibilitou-me delinear um panorama mais amplo da comunidade.

A CNO é uma iniciativa que une mulheres usuárias, doulas, enfermeiras obstetras, obstetizas, médicas²⁶ num esforço de divulgar conteúdo que seja baseado em evidências. Seu objetivo é propagar “informação de qualidade” às mulheres que têm uma atitude proativa em direção ao empoderamento e à autonomia – temática abordada no próximo capítulo – e sobre seus corpos na busca por um parto respeitoso. Muito já se brincou na comunidade sobre a mulher ter nove meses para se formar em Obstetrícia e não ser levada à cesariana por conveniência médica. A comunidade é um convite a mulheres que querem exercer autonomia de cuidado da gestação e parto a se transformarem em pacientes informadas, promovendo o empoderamento em relação ao período gravídico-puerperal.

2.3.1 Leiam as regras! Como a CNO se organiza

O maior interesse das usuárias é de fato o momento do parto, seus sinais e sintomas. A comunidade é uma rede social de apoio mútuo, já que nas suas relações pessoais – *off-line* – estas mulheres inúmeras vezes deparam-se com a falta de apoio das famílias durante o pré-natal, parto e pós-parto. Relatam também a necessidade de informações diferentes daquelas advindas do companheiro, das famílias extensas ou dos amigos. Ao fazerem escolhas em direção diversa ao que é considerado aceitável em seu meio social, muitas vezes buscam amparo, suporte e acolhimento no grupo *online*, como podemos notar em algumas postagens como a seguinte: “Estou grávida de 24 semanas e gostaria muito de ter um PN (ou de no mínimo não ter uma cesárea agendada). Não conto com o apoio da minha família para isso”. Há incontáveis tópicos que versam sobre o apoio que a comunidade concede, incluindo agradecimentos: “Gostaria de agradecer imensamente o tempo oferecido por todas as mensagens com experiências e informações preciosas! Me acalmou totalmente”.

²⁶ Refiro-me às pessoas da comunidade apenas no gênero feminino porquanto são maioria e aquelas que, de fato, participam. A participação masculina é ínfima e, em geral, de enfermeiros, médicos e obstetizas sobre questões técnicas. Poucos companheiros/pais escrevem no grupo.

É uma comunidade de tipo semiprivada ou fechada, a qual qualquer pessoa pode encontrar a partir de uma busca, mas que requer convite ou aprovação da moderação, portanto, seu conteúdo não pode ser lido por não participantes. A escolha pela privacidade da comunidade tem os seguintes objetivos:

- a) atrair participantes que escolhem/desejam um parto normal;
- b) afastar pessoas que fazem apologia à cesariana;
- c) filtrar perfis falsos, perfis de vendedores, além de assediadores e pedófilos;
- d) evitar que sejam feitos *print-screen*²⁷ por pessoas cujas ideias não coadunam com o ideário de parto humanizado.

A ideia inicial do grupo era aceitar todos os perfis aparentemente verdadeiros e evitar aqueles perfis falsos. Por ser uma comunidade cujo cerne é a defesa do parto normal humanizado, pessoas que preferem a cesariana como modo de nascer não costumam participar. Os pedidos de entrada na comunidade são volumosos e as candidatas a participante passaram a responder duas perguntas para a aprovação de entrada. São elas:

- a) Qual é o seu interesse no grupo?
- b) Qual é a sua ligação com o universo do parto humanizado?

Essas perguntas possivelmente coíbem desavisadas. É provável que haja alguns defensores da cesariana entre quem está no grupo, mas devem apenas ler em modo silencioso, o participante chamado *lurker*. Alguns conflitos com mulheres defendendo cesárea ocorriam com alguma frequência no passado, mas aos poucos foram deixando de existir, já que a essência não é o embate parto normal *versus* cesariana e sim a autonomia da mulher que desejar parir e como conseguir este objetivo. Quando este perfil de pessoa que faz apologia à cesariana aparece na comunidade, as próprias usuárias denunciam, chamam a moderação e esta participante sai em um rompante de raiva ou é retirada da comunidade. Atualmente os conflitos sobre a cesariana estão localizados de maneira mais difusa.

Na página da comunidade, a foto de capa da mesma – pública – mostrava um bebê de expressão irritada com a seguinte legenda: “Leiam as regras!” (Figura 1). Postura que denota uma tentativa de organizar, educar e fornecer ferramentas para que as participantes da comunidade possam se transformar em pacientes informadas e que facilita a busca das usuárias em relação às dúvidas frequentes que já foram respondidas, tanto por profissionais quanto por outras participantes.

²⁷ Print screen é uma maneira de capturar em imagem tudo o que está na tela do computador ou *smartphone*. Em redes sociais é um modo comum de copiar mensagens e passar a outros grupos. Na CNO esse recurso para fazer críticas a pessoas participantes de outros grupos fechados não é aceito pela moderação.

Tais regras estão em um documento que é o primeiro tópico da página do grupo e foi escrito em fevereiro de 2013 – quando a comunidade passou a ter um tamanho expressivo – e editado em 02 de janeiro de 2018 (ANEXOS A e B). A edição do documento passou a incluir uma nova regra, na qual não serão aprovados posts em que as mulheres são tratadas por diminutivos como “gravidinha” ou “mãezinha” ou qualquer termo infantilizador.

Figura 1: Capa da Comunidade até dezembro de 2017



Fonte: CNO, 2017. <https://www.facebook.com/groups/cesareanao/>

Ao final do tópico fixado de regras de boa convivência e organização da comunidade há uma lista de *links* para busca rápida com respostas a dúvidas frequentes e outras nem tanto. Não se pode afirmar se as mulheres de fato leem ou não essas regras e a lista. Pelas perguntas recorrentes que surgem todos os dias, há indícios de que uma boa parcela daquelas que abrem tópicos, ou não leu ou gostaria de ter uma resposta para a sua questão pessoal específica e, portanto, refaz as mesmas perguntas, muitas vezes bastante recentes, do dia anterior em alguns casos, apesar da suposta facilidade em acessar os *links* reunidos em um único tópico.

A organização aspirada pela moderação está aquém das expectativas porque o volume de postagens é alto durante todos os dias da semana. Como exemplos de questionamentos recorrentes e respondidos: como fazer plano de parto, quais os sinais de trabalho de parto, além de perguntas sobre algumas patologias da gestação respondidas por vários profissionais de saúde que anexam evidências científicas para sustentar seus pontos de vista. A lista contém quarenta e cinco itens, que podem ser descritos como informativos e formativos. Eles contêm assuntos relacionados aos seguintes temas: pré-natal, doenças e intercorrências durante a gestação e parto, parto, pós-parto e “outros”, conforme quadro 1 abaixo:

Quadro 1: Temas e tópicos fixos da comunidade CNO

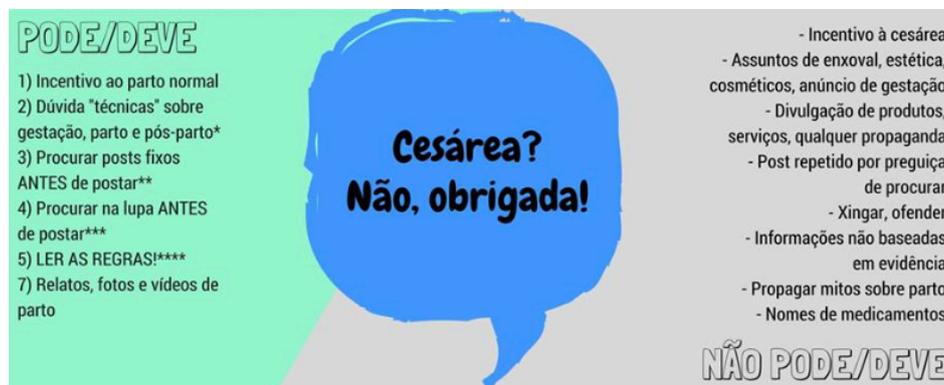
TEMAS	TÓPICOS
PRÉ-NATAL	Circular de cordão Gestação de alto risco Gestação prolongada Líquido amniótico Pélvico/VCE Ultrassonografias Ultrassom do coração fetal
DOENÇAS E INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO E PARTO	Diabetes gestacional Exames de rotina de pré-natal Herpes genital e gestação Inserção velamentosa e vasa prévia Placenta prévia Pressão alta Sangramento da primeira metade da gestação Síndrome HELLP Streptococcus/ EGB
PARTO	Acretismo placentário Analgésia de parto Bolsa rota Clampeamento/coleta de sangue de cordão DCP Episiotomia Fases e sinais de TP HPP Indicações de cesariana Indução Mecônio Parto domiciliar Parto pelo plano de saúde Proteção perineal Puxo dirigido Tampão mucoso VBAC
PÓS-PARTO	Indicações sobre amamentação
OUTROS	Doulas Doulas e enfermeiros no parto Doulas voluntárias Evidências científicas: o que são? Glossário do parto Livros sobre gestação e nascimento Mitos sobre causas de aborto e parto prematuro Taxas de cesariana de médicos de plano de saúde Vakinhas para parto ²⁸ Vídeos de parto Violência obstétrica

²⁸ A divulgação de “*vakinhas*” começou a ser utilizada por mulheres que desejavam parto normal e não tinham condições financeiras para contratar equipe particular, especialmente para parto domiciliar. Para isso, lançavam o financiamento coletivo através de um *site* para arrecadação de dinheiro. A todo momento havia um novo tópico de financiamento e a moderação aglutinou todos os financiamentos coletivos em um único tópico em dezembro de 2013. Toda mulher que deseja divulgar o seu financiamento coletivo ou rifa só pode utilizar este tópico específico. Percebi que até 2014 as mulheres da comunidade que não tinham meios para arcar com o parto humanizado particular pois dependiam do plano de saúde não migravam para o SUS ainda.

A partir de janeiro de 2018, após alguns conflitos deflagrados durante o mês de dezembro de 2017, houve mudanças na comunidade. O estopim dos conflitos foi o descumprimento das regras, como informações sobre exames desnecessários durante o pré-natal de risco habitual. Uma participante insistia que era necessário fazê-lo, mesmo com inúmeros profissionais de saúde negando sua necessidade e indicando evidências para a leitura.

A foto da capa foi alterada (Figura 2), possivelmente com o intuito de ter uma visualização mais fácil de um resumo das regras.

Figura 2: Capa da comunidade CNO a partir de janeiro de 2018.



Fonte: CNO, 2018. <https://www.facebook.com/groups/cesareanao/>

É possível que a moderação tenha adotado novas regras para afastar participantes que não concordam com elas. Notou-se uma pequena diminuição de participantes no dia em que a foto de capa foi modificada. Talvez a postura de controle da comunidade pela moderação seja necessária e reflexo de seu tamanho e volume de tópicos e postagens diários. A CNO projeta-se com uma missão civilizadora sobre parto. Há a divulgação de conhecimento, mas também uma etiqueta definidos pela moderação. Participantes que não cumprem as regras de boa convivência são expulsas para que se mantenha um certo nível de civilidade.

2.3.2 Afastar e aproximar: o mapeamento da comunidade

Quando iniciei a pesquisa, deparei-me com algumas questões em relação à CNO e à investigação, em que determinadas resoluções fizeram-se necessárias para que o trabalho de campo não fosse afetado por meu duplo papel na comunidade. Ao longo dos anos, este papel foi se transformando de ativista à profissional de assistência ao parto. Como ativista eu tinha uma atitude

de vínculo exclusivo com as mulheres a quem costumava me dirigir. Como profissional, passei pouco a pouco a ter outra atitude, porém sem perda da vinculação com as mulheres. Comecei a utilizar uma linguagem mais técnica e baseada em evidências pensando em responsabilidade no que concerne à informação compartilhada.

Ao iniciar a jornada como ativista, se uma participante relatava, por exemplo, que seu médico estava indicando uma cesárea porque o bebê tinha uma circular de cordão no pescoço, eu escrevia algo nesta linha: “Fuja deste médico! Corra para as montanhas!” Como profissional passei a escrever algo como: “circular cervical é um achado fisiológico que está presente em 20-40% dos bebês. É um achado normal e em cada dez bebês, até quatro podem nascer com circular de cordão”. Tal mudança de atitude não foi rígida. Como pesquisadora, senti que precisaria afastar-me ainda mais para poder enxergar as relações que se travam entre as mulheres da comunidade.

A primeira resolução foi a escolha pela análise de relatos de parto, por esses acontecerem sem que houvesse demanda da pesquisadora para que fossem produzidos. Além disso, eles não têm quaisquer interferências de outras participantes, sejam elas ativistas ou profissionais da assistência ao parto. A decisão seguinte foi realizar um mapeamento da comunidade durante todo o mês de junho de 2017 para verificar o perfil da comunidade. Essa delimitação possibilitou identificar que inúmeras percepções estavam de fato corretas, mas outros aspectos haviam escapado, já que, mesmo tendo acompanhado as publicações desde o início, eu não participava todos os dias nem tampouco lia todos os tópicos e questionamentos. Algumas descobertas foram surpreendentes, especialmente aquelas relacionadas a conflitos.

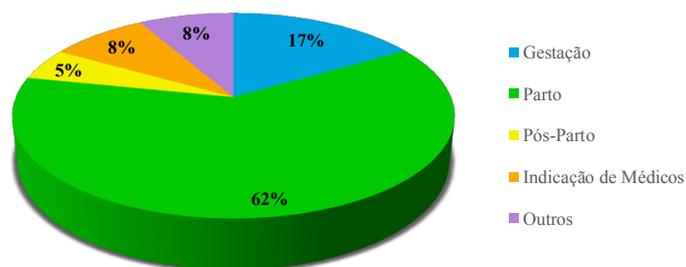
No seguimento diário de trinta dias, seguido de mais um mês de observação para verificar se havia um padrão ou se ele se modificava, observei o número de participantes que entraram na comunidade e seus perfis privados, verifiquei todos os tópicos publicados a cada dia. O objetivo era acompanhar quais temas eram mais importantes ou repetidos com maior frequência. No dia 1º de junho de 2017 havia 27.503 membros participantes e no dia 30 de junho de 2017, um total de 28.995. Quase 1.500 pessoas entraram na comunidade em apenas um mês. Foram publicados 433 novos tópicos. Quintas e sextas-feiras eram os dias com maior participação tanto em novos tópicos quanto naqueles de dias anteriores. Véspera de feriado aconteceu o mesmo aumento de volume na participação. No mês de junho de 2017 houve uma série de perguntas cujas repostas foram amplamente abordadas no tópico de regras, explicitado acima. A repetição de perguntas demonstra que as regras não são lidas por muitas participantes.

O mapeamento foi essencial para que pudesse ter o distanciamento necessário e fosse capaz de localizar onde os conflitos surgem e quais são as questões mais recorrentes. No entanto, apesar de vislumbrar um novo olhar sobre a comunidade, o objeto de estudo mostrou-se de fato fortemente

presente e ainda com mais força do que eu havia notado nos relatos de parto: mulheres com acesso à saúde suplementar em busca de atendimento ao parto na saúde pública e, aquilo que havia me escapado: mulheres sugerindo a saúde pública a outras que buscam indicações de médicos e maternidades privadas ou com pagamento via plano de saúde, em especial nas capitais fluminense e paulista e respectivas regiões metropolitanas.

Dos 433 novos tópicos publicados no mês de junho, a maioria foi relacionada a parto: 62%. Todos os dias há novos relatos de como “enfrentaram e venceram o sistema” ou de como “o sistema luta contra você”. Pouco se discute sobre gestação e pré-natal, o que pode ser um indício de que o que as mulheres mais precisam seja informação e formação sobre esta fase que antecede o parto. O período gestacional é aquele momento em que a mulher que deseja o parto normal acaba mudando de ideia e partindo para a cesariana, como indicaram Domingues e colaboradores (2014). Portanto, é o momento crucial para o processo de tomada de decisão. Das poucas publicações sobre o período de gestação, algumas são dúvidas pontuais e simples, em geral sobre contrações de Braxton-Hicks, as chamadas contrações de treinamento, e outras são sobre ultrassonografia e o sentimento de ansiedade que este exame produz, muitas vezes sem que elas percebam que o exame que muitas acham que existe para ver que o bebê está bem, acaba por provocar inúmeras dúvidas. A partir da ansiedade, vem a procura por apoio no grupo como tentativa de abrandar tal sentimento, já que nas relações *off-line* as concepções sobre a noção de risco podem ser exacerbadas ou apenas equivocadas. Pedidos de indicações de médicos são recheados de dicas para que a gestante vá parir no SUS, especialmente se ela é carioca ou da região metropolitana do Rio de Janeiro. Algumas poucas publicações sobre amamentação aparecem e os diálogos repetem-se: as participantes indicam grupos de amamentação, mas ajudam com dicas. “Outros” são publicações de cunho jocoso, vídeos, reportagens sobre celebridades que tiveram filhos, conforme gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição de tópicos por assunto.



Extraído de: CNO, junho de 2017.

2.4 Perfis das participantes: não iniciada, iniciada, paciente informada e profissional de saúde

Inúmeros são os perfis das mulheres que buscam esta comunidade. O laço mais forte entre elas é o desejo pelo parto normal humanizado. As mulheres adeptas do parto humanizado não necessariamente são identificadas ou se identificam como feministas, sendo o feminismo e a maternidade dois modos independentes de ser no mundo (CARNEIRO, 2011; HIRSCH, 2015). Entretanto, a moderação possui um perfil que é, além de ativista, feminista e defensor dos direitos sexuais e reprodutivos.

As usuárias do fórum questionam sobre como conseguir um parto respeitoso, como “enfrentar o sistema” sem cair no que elas denominam de “o conto da cesárea” e sobre a dificuldade inerente de estar grávida em um país cujo nascimento por via cirúrgica supera o nascimento por via baixa. Estas mulheres oferecem suas percepções pessoais e dividem suas histórias ao relatar seus partos, suas conquistas, alegrias, dores, angústias, medos, frustrações. Os relatos de parto são uma prática social que representam seus modos de ser e agir, cujo objetivo pode ser o autoconhecimento e também a ajuda a outras mulheres. Estas interações na comunidade revelam algo além de conselhos técnicos, troca de informações sobre parto e nascimento, elas demonstram um alto grau de consciência do sistema de nascimento predominante no Brasil, onde as decisões são tomadas pelo médico, o parto é visto como patológico (JORDAN, 1993) e a cesariana destaca-se como modo de nascer (NAKANO *et al.*, 2015).

A comunidade torna-se um espaço de troca e de encontro com pares, pessoas que viveram ou estão vivenciando a mesma experiência de gestação e escolha pelo parto normal, já que inúmeras vezes a própria família percebe a cesariana como procedimento mais seguro pois implica o uso de mais tecnologia. Ao longo da pesquisa, identifiquei algumas mulheres que declararam estar nas últimas semanas de gestação em busca do parto normal e que saem da comunidade semanas depois. Intuo que estas não conseguiram o parto por algum motivo, possivelmente sem uma indicação clínica clara, e saem sem fazer alarde. São mulheres com baixa participação, as quais só pude perceber que saíram por ler inúmeras vezes os mesmos tópicos durante os dois meses de mapeamento.

A partir das discussões e dúvidas, foi possível identificar alguns perfis de usuárias, que classifico como:

a) **Não-iniciadas (NI):** geralmente primigestas (mulheres grávidas do primeiro filho) e leigas que desejam um parto normal em intensidades variáveis – ou aquelas que não querem uma cesariana, uma manifestação de desejo distinta da primeira – ou ainda aquelas que estão desconfiadas das intenções dos obstetras, pois sabem que é difícil parir no Brasil, mas em geral não sabem por onde começar. Várias destas usuárias procuram a comunidade no final da gestação, quando o médico, mormente do plano de saúde, indica uma cesariana eletiva por algum motivo com o qual elas não concordam ou que as faz desconfiar. Algumas declaram sentimentos de medo e/ou ansiedade em relação à gestação e ao parto. São aquelas que expressam mais questionamentos e inundam a comunidade com perguntas básicas e simples já respondidas diária e prontamente por várias mulheres e, às vezes, por alguns profissionais.

b) **Iniciadas (I):** mulheres que são mães ou que já acompanharam gestações de perto e se informaram minimamente. Mostram algum conhecimento sobre o universo da gestação e do parto. Necessariamente não têm conhecimento técnico, mas viveram na prática uma gestação e um parto. Geralmente são as que conseguiram parir ou pelo menos entraram em TP e, portanto, têm conhecimento e informação empíricos sobre eventos e situações que ocorrem na gestação e durante o trabalho de parto e parto, como o que é o tampão mucoso, por exemplo. Participam ativamente e são bastante entusiastas.

c) **Paciente informada (PI):** A troca de informações é o primeiro passo para se transformar em PI. O perfil da PI é variado e comporta desde a mulher que foi submetida a pelo menos uma cesariana, passa por aquela que “estudou Obstetrícia antes e/ou durante a gestação” ou sofreu violência obstétrica durante o parto à profissional de saúde que sabe ler evidências científicas, como farmacêuticas, enfermeiras e dentistas, para citar apenas algumas. Não é possível dizer que toda mulher que foi submetida a uma cesárea tornar-se-á uma PI, mas inúmeras delas transformam-se a partir da busca por respostas para as cesáreas às quais foram submetidas. A PI é aquela pessoa que conquistou habilidades e conhecimentos necessários para desempenhar um papel ativo no processo de decisão envolvendo sua saúde e a gestão de suas condições de vida, sem sair, no entanto, da abordagem biomédica (FOX et al, 2005). A partir desse perfil penso que se pode discutir se há a promoção do empoderamento da mulher ou se a dominação dos saberes biomédicos é ampliada. Se o processo de empoderamento não é uma outra face desse discurso²⁹.

²⁹ Avalio que o desdobramento de discussão sobre empoderamento e a busca de PI por informações baseadas em evidências merece ser melhor examinada em artigos futuros. Alzuguir e Nucci (2015) discutem a “maternidade baseada em evidências” na qual o “discurso científico é ressignificado [...] para legitimar as práticas e estilos de vida consoantes com o ideário da humanização. Nesse sentido, se o empoderamento buscado pelas mulheres que participam da CNO é também uma busca por evidências, surge a questão: a dominação de saberes biomédicos seria ampliada na PI?

d) **Profissionais da assistência ao parto (P):** Obstetras, médicos de família, enfermeiras-obstetras, obstetras, pediatras que respondem às perguntas e divulgam informações baseadas em evidências na comunidade. Doulas, fisioterapeutas e psicólogos também podem ter esse perfil.

A seguir, alguns diálogos que ilustram os quatro perfis na comunidade e como eles se relacionam:

Diálogo 1:

NI: Como e onde é a dor da contração?

I₁: Você vai saber reconhecer. Pode acreditar.

I₂: A dor é igual cólica menstrual acompanhada de dor de barriga. O local da dor é no pé da barriga. É uma dor ardidinha. Quando você estiver em TP respire bem fundo quando a dor vier e solte bem devagar o ar pela boca.

I₃: A verdadeira contração a barriga endurece, fica como pedra, vem uma dor ardida das costas pra barriga, como se estivesse “abrindo” a lombar, é uma dor incomparável, difícil de explicar, só sentindo mesmo pra entender.

Diálogo 2:

NI: Estou de 24 semanas e meu bebê está sentado. Até quando ele vira sozinho?

I₁: Ele ainda vai mudar muito de posição! Não se preocupe.

I₂: Com 24 semanas e já está [o médico] fazendo terrorismo? Corre para as colinas!

PI: Caso o bebê esteja pélvico (sentado) você tem 3 opções: procurar uma equipe que acompanhe um parto pélvico, tentar a manobra chamada versão cefálica externa ou esperar entrar em trabalho de parto e só depois fazer a cesárea, de qualquer forma o ideal é esperar entrar em trabalho de parto! Lembre também que no dia do parto nós saímos do nosso “normal”, então procure mostrar as informações para o seu acompanhante também, porque caso seja necessário é ele quem vai “brigar” por você!

P: Até agora as evidências apontam para uma segurança maior na VCE sobre o parto vaginal pélvico, embora o parto seja muito seguro (risco baixo de complicação). Parece que o trabalho do Louwen³⁰ derruba essa afirmação, mas ainda temos que aguardar a publicação e estudá-la.

Diálogo 3:

NI: Hepatite B é indicação de cesariana?

P: Não é indicação. A criança deve receber imunoglobulina específica e vacina contra a doença nas primeiras 12 horas de vida. A amamentação também é liberada.

³⁰ Frank Louwen, professor de obstetrícia da Gothe University que defende que a atenção ao parto pélvico em posição de quatro apoios melhora os resultados perinatais e evita cesarianas. Coordena um grande estudo de atenção ao parto pélvico em Frankfurt e publicou os resultados de seu estudo no seguinte artigo: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12033/full>

2.5 A linguagem do parto na comunidade

A CNO declara-se um grupo ativista e, como tal, alguns pressupostos do movimento de humanização do parto são debatidos no grupo. Um deles diz respeito à nomenclatura relacionada ao parto. Pode-se discutir se o grupo tem um papel de formatar, normatizar, influenciar e modificar o pensamento em relação ao parto entre as participantes.

Uma das questões centrais quanto à nomenclatura para ativistas é a nomeação da cirurgia cesariana. Como esta cirurgia representou 52% dos nascimentos no Brasil e quase 90% dos nascimentos através de pagamento privado – via plano de saúde – em 2012 (DOMINGUES *et al.*, 2014), seu crescimento histórico desde a década de 1990 (Gráfico 1) tem trazido inúmeras consequências, dentre elas, a normalização e legitimação do uso desta cirurgia como modo de nascer, representando o modo “normal” de dar à luz (NAKANO *et al.*, 2015). Sendo assim, ao longo dos anos, de cesariana ou cesárea, este procedimento passou a ser chamado de “parto cesáreo”, “parto cesariana” sem, no entanto, ter havido quaisquer modificações significativas durante o procedimento em si, apenas uma mudança linguística. Nas palavras de uma participante da CNO em um debate sobre via de nascimento e sua nomenclatura: “discordo de quem acha o debate sobre afirmar as diferenças é desnecessário. Enquanto cesárea for vista como parto/parir, ela ganha status de tanto faz em relação ao PN. E sabemos que não é bem assim”. Outra participante comenta:

O problema em chamar cesárea de parto é que faz um procedimento cirúrgico parecer normal, natural, simples. Quando você fala que precisa fazer uma cirurgia, todos ficam preocupados, afinal, existem riscos, né?! A não ser que seja cesárea. Aí não é cirurgia, é parto”.

Para as ativistas em prol da humanização do parto é necessário manter a diferença linguística, demarcar limites entre o processo natural e o cirúrgico. A dicotomia natureza/parto-cultura/cesariana é delimitada e, portanto, caracterizar a cirurgia como parto é visto pelo ativismo como um modo de suavizar o que de fato é essa via de nascimento: um ato cirúrgico que, em princípio, tem o objetivo de salvar vidas.

No Brasil, na nossa linguagem, costumamos substituir palavras por outras, às vezes de forma natural, (na gramática da língua portuguesa chamamo-las de Figuras de Linguagem). Hoje em dia tornou-se “natural” utilizarem a palavra PARTO como se ela significasse “Via de Nascimento”. Isso pra se ter um efeito “mais natural”. Esse ato de substituímos uma palavra por outra com sentido de AMENIZAR, suavizar o efeito de “dor” do real e verdadeiro sentido da palavra é chamado de

EUFEMISMO (isso é uma figura de linguagem) Por ex: [O fulano partiu dessa pra melhor] ao invés de dizer [O fulano morreu]. O PARTO CESÁREA ao invés de dizermos A CIRURGIA CESÁREA... Muitas se sentem desconfortáveis em utilizar a palavra “cirurgia” para uma via de nascimento. Pois pra muitos parece soar estranho, pesado, algo que deveria ser tão natural como o nascimento. Então utilizam-se a palavra que vem de uma fisiologia natural como “Parto” para algo que não deve nunca ser visto como Natural.

Diante desses fatos devemos nos CONCIENTIZAR e PARAR de chamar CESÁREA de PARTO, ainda somos uma minoria... Mas se nós que somos tão poucos ainda continuarmos dizendo que CESÁREA É PARTO, nós nunca iremos mudar a história de nascimento que por uma vez fora natural... Nunca teremos nossos partos respeitados pelos médicos, porque eles mesmos nos indicam outro tipo de “Parto” e nos fazem acreditar que “parimos”.

O texto acima foi escrito após uma discussão na qual duas mulheres escreveram que cesárea era parto em outro tópico sobre uma complicação no trabalho de parto. Houve apenas respostas de apoio a ele e entre elas, destaca-se a seguinte: “Perfeito. Eu não tive um parto, por isso mesmo sofro. Qual o sentido de condenar as cesarianas desnecessárias epidêmicas, se insistimos em igualá-las ao parto? Se fossem iguais, qual seria o problema de fazer cirurgia a rodo? Se tudo é parto mesmo...”

2.5.1 A cultura da cesárea na imprensa

Quando há uma complicação por causa da cesariana ou uma morte materna registrada pela imprensa, as manchetes são: “complicação durante o parto” ou “mulher morreu de parto”. Para as ativistas do parto humanizado esses títulos demonstram uma fabricação do discurso na redação da notícia. A leitura do conteúdo das matérias permite esclarecer que esses nascimentos ocorreram por via cirúrgica em sua maioria e essa linguagem da imprensa normaliza e reforça a cultura da cesárea e a ideia do senso comum de maior segurança deste procedimento comparado ao PN. Quando se lê apenas a manchete, tem-se reforçada a noção de perigo do PN³¹.

O caso em evidência no momento é o da tenista norte-americana Serena Williams. A atleta foi submetida a uma cesariana intraparto. No dia seguinte, de acordo com entrevista para a revista *Vogue Magazine* de janeiro de 2018, sentiu muita falta de ar e começou a tossir

³¹ Manchetes encontradas em uma busca no Google em que a informação sobre a cesariana não está na manchete: Serena Williams revela complicações durante o parto de sua filha (GLOBOESPORTE.com, 2018); Mulher morre dois dias após o parto no Rio de Janeiro (SBT BRASIL, 2017); Mulher morre por falta de sangue durante parto de gêmeos (NOTÍCIAS AO MINUTO, 2017); Mulher morre após parto e família reclama de negligência em hospital (PORTAL G1, 2015)

fortemente. Como é trombofílica³² e paciente informada, já tendo sofrido uma embolia pulmonar, levantou-se, saiu do quarto e buscou ajuda de uma enfermeira. Disse a ela que necessitava fazer “uma tomografia computadorizada com contraste e ter uma infusão de heparina endovenosa (droga para afinar o sangue e dissolver coágulos) imediatamente” (HASKELL, 2018). A enfermeira inferiu que Serena estava “confusa”, mas a atleta insistiu e um médico decidiu fazer uma ultrassonografia dos membros inferiores, sem nenhum achado. Continuou a insistir na necessidade da tomografia pulmonar e da heparina. Apenas depois da ultrassonografia, Serena foi submetida ao exame que sabia ser aquele que daria o diagnóstico. O resultado: havia coágulos no pulmão. Minutos depois ela recebeu o medicamento e ainda disse: “Ouçam a doutora Williams!” Na imprensa brasileira a manchete é “Serena Williams revela complicações **durante o parto** de sua filha” (grifos nossos).

Outro caso que causou bastante repercussão em 2015 foi o de uma professora universitária do Departamento de Saúde da Mulher da UFSCAR. A imprensa, a partir do Portal G1, além de divulgar informações de que a professora falecera ao tentar um parto domiciliar (COSTA, 2015) também cometeu equívocos sobre os profissionais que atendem PD, ao confundir doula – uma profissional sem função técnica – com parteira, palavra sempre relacionada à profissão de parteiras tradicionais, sem formação acadêmica (SIQUEIRA, 2015). Ela fora submetida a uma cesariana e falecera após dez dias por complicações no procedimento cirúrgico.

Todas as mortes maternas divulgadas na imprensa são discutidas na CNO: a morte advinda após uma cesariana ou após um PN. Nesses casos está sempre presente a reflexão sobre o controle da linguagem pela mídia escrita. Uma participante faz o seguinte comentário sobre a morte materna, a cesárea e a linguagem do parto:

Essa confusão entre os termos é recente e muito conveniente para o sistema cesarista. Até os anos 70 era inimaginável considerar uma cesárea como parto. Quando uma mulher passava por uma cirurgia dessas havia ao redor um clima de comoção, uma preocupação com a recuperação dela, um certo lamento silencioso por ter havido uma intercorrência grave que desembocou num procedimento com riscos.

Também era raro usar o termo parir. Por puritanismo se dizia ganhar neném, ter um bebê ou mesmo dar (uma criança) à luz (sair do escuro do útero para a luz do mundo). Diziam que quem paria era animal. Isso mostra como a linguagem é dinâmica e política, o quanto faz diferença a palavra escolhida.

Referir-se às cesáreas como parto atende os interesses de um sistema obstétrico desonesto, que deita e rola quando uma manchete diz que uma mulher morreu num parto, mas que na verdade era cesariana. Insistir que cesárea e parto são eventos distintos não é preciosismo linguístico, não é mimimi³³. É posicionamento, é ativismo, é amadurecimento.

³² Trombofilia: Definida como tendência à trombose venosa, seja por razões hereditárias ou adquiridas.

³³ Mimimi: onomatopeia que significa reclamação, no sentido pejorativo.

Recentemente os novos termos criados “cesárea gentil”³⁴ ou “cesárea natural”, procedimento durante o qual a mãe assiste à cirurgia através de campos cirúrgicos transparentes ou abaixados, também foram amplamente discutidos na CNO. Uma reportagem da Revista Crescer de novembro de 2017³⁵ sobre a cesariana gentil teve repercussão intensa. Enquanto algumas mulheres ponderavam que teriam gostado de ver o filho sair do útero e de observar o filho melhor depois que nasceu, outras diziam que dentro dos princípios da humanização isso já é uma prática adotada. Na verdade, a foto da reportagem não mostrava o bebê no colo da mãe. Mostrava um campo cirúrgico de plástico transparente e o bebê nas mãos do médico, conforme figura 3, abaixo:

Figura 3: Foto de cesárea com campo plástico transparente



Fonte: Revista Crescer, novembro de 2017

A partir de então as ativistas argumentaram que ver do outro lado do plástico não é humanizar a atenção ao nascimento. A fala de uma médica é bastante representativa do que as ativistas pensam sobre a chamada cesárea gentil ou com plástico transparente:

Para as mulheres que acham que o plástico não é tão ruim, e que estamos sendo duras e desumanas: há outros meios de humanizar a assistência à cesariana. O plástico não é necessário. O plástico representa a forma como a gestão de saúde pensa a obstetrícia, sempre desenvolvendo artefatos para minimizar e tornar aceitável aquilo que mantém o poder na mão dos profissionais, ao invés de considerar o bem-estar de mãe e bebê. O plástico de hoje é a cesariana eletiva sem indicação, realizada numa sala escura, tocando Enya ou qualquer mantra que no imaginário desses profissionais pertença ao universo das "radicais do parto". O plástico de hoje é a transmissão ao vivo da

³⁴ Sobre cesárea gentil, vide capítulo 1.

³⁵ <http://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Parto/noticia/2017/11/cesarea-vista-com-cortina-clara-maes-podem-assistir-ao-parto.html>

cesariana na sala de espera da maternidade, com bufê servido a convidados. O plástico de hoje é apresentar o recém-nascido ao pai através do vidro do berçário. Conversem sobre humanização da assistência à cesariana necessária. Mas não se iludam com artefatos que minimizam a coisificação de mulher e criança. Na assistência humanizada à cesariana, não há barreiras entre mãe e filho.

Não deixem de prestar atenção para o importante: ninguém questiona que todas as mulheres, tenham desejado uma cesariana ou não, deveriam ter o direito de ver seu filho assim que ele nasce. Para isso, existe a recomendação de abaixar campos cirúrgicos, deixar a mulher tocar na criança, esperar para clampar o cordão e permitir o aleitamento materno, enquanto o fechamento da cesariana é realizado pela equipe. Essa é a recomendação. O plástico diz: não precisa de nada disso, boba! A gente deixa você ver através do campo transparente, você pode até tocar na criança através do plástico, se quiser! Percebem a diferença?

Interessante notar que as próprias usuárias perceberam a incongruência da nomenclatura. Uma delas escreve: “Até porque uma cesárea é super natural né... Assim como retirada da vesícula, laparoscopia e etc kkk”. Enquanto algumas veem como uma forma de humanizar a assistência, outras veem como uma forma de “vender” cesariana, como no seguinte trecho: “O problema, meninas, é que usam mais este artifício para convencer as mulheres de que cesárea é legal! Estão fazendo tudo para pensarmos que cesariana é igualzinho ao parto normal!” A partir dos argumentos de inúmeras mulheres, outras foram convencidas em relação ao plástico na cesariana: “Entendi... Consequentemente dando mais trabalho para divulgar a boa informação”.

Nota-se em tópicos como o descrito acima o propósito ativista do grupo, capaz de modificar a percepção de mulheres participantes no que tange à diferença entre cesariana e parto. A partir disso, podem ressignificar os nascimentos de seus filhos.

Na verdade, me doeu no passado entender a diferença, mas ela é nítida no sentido da palavra. Parir é verbo ativo. Cesárea é passiva. Nasceu? Sim... Mas numa cesárea, não pariu. Mesma coisa, por exemplo, quem é alimentado por sonda não come. Mas é alimentado. Comer é verbo ativo.

No Brasil, onde a cesárea transformou-se em um tipo de parto, a cesariana natural pode ser vista como mais um abrandamento da linguagem para o uso mercadológico como a oferta de um procedimento “mais natural e descomplicado”. Compreendo que o uso do adjetivo utilizado refere-se ao fato de que não é complexo fazer o procedimento centrado na mulher, da maneira descrita por Smith e colaboradores (2008). Por mais que os autores tenham as melhores intenções em promover a atenção à cesariana centrada na mulher e na família, eles não a problematizam em cenários diversos do inglês, onde a taxa de cesariana entre 2015 e 2016 foi 27% (NHS, 2016). O foco é em diminuir as taxas de cesariana, em ascensão mundial. Toda

cesariana realizada nas mulheres deve ser gentil, não havendo necessidade de denominá-la natural.

Em outra discussão sobre nomenclatura, uma das participantes define a importância cultural da linguagem e porque é tão necessário não normalizar determinados termos.

Não existe "*cesarian birth*". Não é uma questão de idioma. Linguística é uma das ciências mais importantes do mundo e, combinada com a psicologia, é responsável por perpetuar ou não determinados hábitos, costumes, procedimentos., seja em núcleo familiar, seja no coletivo, como sociedade. É através dessa combinação que temos essa histeria de defesa de cesárea como parto e suas ramificações. Acontece que o fato de sermos todos falantes da língua, somado ao caos que é a educação nesse país, todo mundo acaba se achando especialista em português e diminuindo a importância do uso correto dos termos e da influência da língua nas atitudes, crenças, superstições e etc. É fundamental debater terminologias. É fundamental diferenciar parto, cirurgia, uso de expressões como "mãezinha" e tudo que tem relação com parto, porque é através da língua que a cultura se fundamenta e é a cultura que determina o comportamento de toda uma sociedade. Enquanto aceitarmos que cesariana é parto e que chamar gestante/puérpera de "mãezinha" é só uma questão de "gosto pessoal", a cultura da cesárea, a cultura da castração do protagonismo feminino não vai mudar.

2.6 Os conflitos virtuais: as "tretas"

Apesar do propósito ativista do grupo, ele é espaço de consenso e dissenso e em alguns momentos, há turbulência. Os conflitos na comunidade não têm sido incomuns e têm marcado a interação das mulheres pela exacerbação do individualismo e do narcisismo. Para Sennett, vivemos em uma época em que essa exacerbação do narcisismo vem de uma tortuosa relação entre os domínios público e privado (SENNETT, 1999). Em uma rede social, onde o processo de inclusão de participantes com diferentes idades, camadas sociais, níveis de escolaridade, religiões é ubíquo, a presença do narcisismo faz com que a preocupação seja muito mais consigo mesmo do que com o outro. Um modo de agir no mundo que não se coaduna com o ideário do grupo.

As redes sociais permitem que as pessoas se comuniquem de maneira rápida, mas a sensação de invisibilidade pode levar alguns sujeitos a se desconectarem do autocontrole. Para Mason (2008), a sensação de anonimato presente na internet pode favorecer a desinibição, dar a sensação de que o sujeito está eximido de responsabilidade direta pelos seus atos (MASON, 2008). Portanto, a internet é espaço para que controle e autocontrole descritos por Elias (1994) sejam abandonados. O estilo autoritário da moderação floresce em momentos que alguma

participante não segue regras de boa conduta e civilidade. Xingamentos, por exemplo, têm banimento imediato da comunidade.

No segundo volume de sua obra, Elias descreve como a organização das sociedades em Estados contribuiu para o Processo Civilizador, aquele com direção específica: à racionalização da atividade humana, rumo ao autocontrole, à autodisciplina, ao abrandamento progressivo das emoções, como o processo de individualização está correlacionado à formação do Estado através do exame da economia, da política, da sociedade (ELIAS, 1994). Ele demonstra que o processo de interioridade do sujeito implica um corpo passivo, moldado e domesticado, no qual há cada vez mais comedimento, mais controle de si, dos movimentos corporais e se articula com o controle das emoções, a internalização de sentimentos e o controle do Estado sobre a violência. A articulação entre controle das emoções e controle da violência pelo Estado descrito pelo autor passa a ser interiorizado pelos indivíduos. Assim, eventos outrora públicos, passam a ser empurrados para os bastidores da vida social. O comedimento simplifica a vida do homem em sociedade e é sinal de educação e civilidade. Se o indivíduo se comporta, é considerado integrado e civilizado.

O caso Serena Williams também foi palco de “treta”, termo pelo qual as participantes da comunidade nomeiam os conflitos surgidos. A publicação foi feita com o intuito de discutir a linguagem da imprensa. Quem publicou apontou que a matéria é tendenciosa, já que quem lê, pensa: “Tá vendo como o parto é perigoso?” Bastou uma participante responder que teve cesárea e que, portanto, pariu, para um verdadeiro exército de mulheres – não necessariamente ativistas – rechaçar o que aquela que percebe que tenha parido por cesariana escreveu. A linguagem da imprensa como forma de normalizar a cesariana foi deixada de lado. Passou-se a discutir por que é muito importante para uma comunidade a favor do PN e contra cesarianas mal indicadas deixar essa questão clara e sistematizada.

Ao analisar o volume imenso de publicações percebe-se que a convivência é, em geral, pacífica, tranquila e acolhedora. Entretanto basta uma única participante colidir com o ideário do parto humanizado para que dispositivos de coerção sejam utilizados pelas próprias participantes e pela moderação.

“Parir por cesariana” é palco de debate entre novas participantes em que os dispositivos de coerção atuam e as participantes que tiveram cesarianas indesejadas desabafam repetidamente. A maioria das participantes da CNO, que discute os modos de nascer e seus sentimentos em relação às cesáreas, entende que faltou algo, não pariram, como nos seguintes depoimentos: “Não vejo o nascimento do meu primeiro guri como a experiência de ter parido, foi uma extração cirúrgica que não me possibilitou a experiência de parir. Eu era só invólucro”.

As palavras estão aí para ajudar, para esclarecer. Não é demérito algum ter um filho através de cesariana, mas não é parto. É cirurgia. Inclusive passei por uma. O parto é outra coisa. Não apenas o nascimento do bebê. O parto é o processo que culmina no nascimento. E esse processo é natural, não cirúrgico. Me parece às vezes que exigir que sua cirurgia seja chamada de parto é uma maneira de aliviar a dor de não ter parido, ou por outra “se igualar” à mãe que pariu. Como eu não me sinto diminuída no que concerne o nascimento do meu filho, não temo a palavra Cirurgia. Tenho uma cicatriz. Sofri uma cirurgia sim. Sem medo da palavra e o que ela significa.

Pra começar eu não senti que pari. Embora minha cesárea tenha sido extremamente tranquila e pós-cirúrgico não tenha doído nem me limitado em nada, eu sentia que algo estava fora do lugar. Foi como sair da infância direto para a fase adulta sem ter atravessado a adolescência. Eu virei mãe sem ter parido, apesar de ter concebido e vivido a gestação. Faltou um pedaço importante que, nos primeiros anos, eu não soube nomear. E acho que eu só tive MESMO consciência exata do que perdi quando pari meu caçula.

Isso é motivo de discussão com meu marido. Ele acha que pari e eu sei que não pois tive uma cesárea (necessária). Entendo e respeito quem acredita que “pariu” por cesárea, mas não é o correto cientificamente e pra mim isso é muito claro. Sinto que esse discurso facilita a aceitação e ajuda no emocional, mas não funciona infelizmente comigo... Queria muito um parto normal e ainda estou assimilando a frustração de não ter conseguido.

Eu não pari. Os médicos realizaram a cirurgia que trouxe meu filho ao mundo. Infelizmente não foi dessa vez que eu fui protagonista do nascimento do meu filho. Mas com a mente tranquila e em paz por saber que foi uma cesárea bem indicada (prematureo pélvico 1.2 de ILA) e que meu filho nasceu no momento em que ele quis nascer. Conheço a dor da contração, sei o que é cada fase do TP (menos o expulsivo, claro). Fico feliz pela minha cesárea visto que ela foi feita com o principal intuito dessa cirurgia: salvar vidas.

Apesar de ser uma maioria de mulheres que definem cesárea como não-parto na comunidade, há algumas que sentiram que pariram por cesariana e outras que criticam aquelas que definem que cesariana não é parto, como nos seguintes depoimentos: “Acho de uma falta de empatia imensa o pessoal que fala que cesárea não é parto, é cirurgia. Pode ser cirurgia, mas foi por meio dela que tive meu parto!”

É uma discussão conflitante. Hoje eu vejo que neguei o sentimento de ter parido no primeiro parto mais por preconceito do que qualquer outro motivo. Hoje me afirmo como mulher e como mãe. Sou muito a favor de parto normal natural, minha cabeça já se desapegou a nomenclaturas bobas e significados de dicionários e se voltou mais para humanizar realmente, ser humano com o próximo, por exigir respeito independente da via de parto. Tive duas cesáreas, e após a segunda, senti que pari, não foi como eu sonhei, mas foi o que deu naquele momento. Agora me pergunto: 10 cm de dilatação, horas de dores, vou tirar de mim o orgulho de parir apenas porque ela não saiu pela vagina e sim por um corte na barriga? Mas como, se eu percorri todo o processo? Por que vou me negar o direito de dizer que pari se foram 16 horas de dores e contrações? Simplesmente pelo detalhe de um único momento, vou me negar esse sentimento lindo que é parir? Jamais. Pari sim, pari com orgulho, minha filha não foi um feto extraído, foi um bebê lindo ao qual EU DEI À LUZ.

Sei que cesárea é uma cirurgia, mas não dou a mínima para dicionário. Eu pari sim, por cesárea. Não foi eletiva, entrei em TP mas desde o início ficava em repouso por lidar com o descolamento de placenta. Então fui pra faca. Mas não mudou meu sentimento de ter parido minha filha. Dane-se a nomenclatura e regras, parir um filho é muito mais do que a via. Isso para mim!

Tais depoimentos em meio a discussões sobre “parir por cesariana” não são tão abundantes quanto aqueles que negam e diferenciam marcadamente as duas formas de nascer e seus sentimentos em relação a elas. Pode-se questionar se a comunidade, fundada no ativismo, não teria papel formador de opinião. Não há qualquer pudor entre participantes em expressar a própria opinião. Diante de tantas “tretas” surgidas, durante as quais não há qualquer autocontrole – apenas controle da moderação – é difícil pensar que haja comedimento em relação a esse debate. Onde há espaço para dissenso, ele ocorre.

3 DO CASAL GRÁVIDO À MULHER EMPODERADA

Tania Salem em sua tese de doutoramento de 1987 foi possivelmente a pioneira nos estudos sobre gestação e parto sob uma perspectiva antropológica no Brasil. Analisou especificamente um grupo de camadas médias nos anos 1980: o casal grávido (CG) (SALEM, 2007). O movimento de humanização do parto e nascimento no Brasil começa a se formar no período em que ela realiza a análise do CG. A autora não trata diretamente da questão da humanização. Ela propõe uma análise sintetizadora do CG, grupo de camadas médias urbanas que divide valores e ideais baseados em três princípios individualistas: psicogenicidade, igualdade e mudança. Além de compartilhar um universo simbólico com valores individualistas, a noção de CG visava suprimir a distância entre os gêneros na experiência da gestação e parto.

Quando sua tese foi transformada em livro em 2007, Salem explica no prefácio por que a publicação ocorreu sem atualização. Dentre outras razões, ela acredita que o CG não mais existe em sua forma original: ele definhou (SALEM, 2007, p. 12). O termo CG é utilizado em muitas instâncias, em cursos de preparação para o parto e passou a ser utilizado como a participação do companheiro em tais cursos, no pré-natal e no parto. Originalmente, os indivíduos que aderiram à perspectiva analisada por Salem tinham duas características principais: o envolvimento do pai na gestação e parto, com participação ativa em cursos de preparação e a adesão ao parto natural ou de cócoras. Atualmente os cursos perinatais espalharam-se e as características de incentivo ao parto natural ou de cócoras não necessariamente existem mais e por isso, o termo foi banalizado. Além dessas duas características – envolvimento paterno na gestação e adesão ao parto natural – o CG também se caracteriza como manifestação do individualismo com conotação psicologizante e libertária, no qual, por exemplo, a família nuclear forma uma unidade “desprendida de redes de parentesco mais extensas... e exprime repulsa ao ser contida por uma instância mais ampla” (SALEM, 2007, p. 34), o que significa que a família extensa é alijada do processo de gestação e parto.

A partir de observações preliminares, e tomando em consideração uma perspectiva temporal, mantenho dois diálogos com a obra de Salem: o primeiro diálogo faz-se possível a partir de como a atenção à gestação e ao parto é concebida no modelo humanista descrito por Davis-Floyd (2003). Salem afirma que “a década de 50 tem sido assinalada como um divisor de águas na forma de conceber e de lidar com o parto na cultura ocidental” (SALEM, 2007, p.53) pela difusão da técnica do “parto sem dor”, seja através do método psicoprofilático

aprendido na antiga União Soviética e difundido pelo obstetra francês Lamaze a partir de 1952, seja pelo “parto sem medo” defendido pelo obstetra inglês Dick-Read ainda na década de 1930, mas que ganha força na década de 1950, possivelmente por questões políticas, como uma alternativa ao método soviético. Ambos ressignificam a dor do parto como algo cultural, em que métodos não-farmacológicos são modos utilizados para se lidar com ela. Em seguida, na década de 1970, outro obstetra francês, Frederick Leboyer, muda o foco do sofrimento da mulher para o do recém-nascido e, para ele, “nascer sem violência” é uma filosofia de vida. Trata-se de uma crítica ao “modelo tecnocrata” descrito por Davis-Floyd (2003), que valoriza o uso da tecnologia e se caracteriza por uma racionalidade na qual o feto é pouco relevante e simplicidade perdida. Ainda em meados de 70 e anos 1980, as propostas do obstetra francês Michel Odent estimularam a desmedicalização do parto, o culto ao instinto sobrepondo-se à lógica e à razão. Na maternidade sob sua direção em Pithiviers na França, a presença do companheiro e o parto de cócoras eram incentivados. Difunde uma nova concepção de assistência obstétrica e, de certa forma, propõe uma interlocução crítica ao capitalismo e ao modelo hegemônico de atenção ao parto que consistia em hospitalização, sedação, episiotomia, uso de fórcepe³⁶ de rotina em primíparas com altas taxas de complicação materna e neonatal.

3.1 A MBE e a mudança de paradigma

Seguindo a linha do tempo, e parafraseando Salem (2007), aponto o período final da década de 1980 e início dos anos 1990 como um novo divisor de águas na forma de conceber e de lidar com o parto na cultura ocidental a partir do estabelecimento da MBE, cuja definição clássica é: o cuidado à saúde baseado em evidências é uma combinação das melhores evidências³⁷ clínicas disponíveis em pesquisa, da experiência do profissional de saúde e dos valores, características e expectativas do paciente. (DINIZ, 2013). A MBE trouxe uma mudança de paradigma – ainda não completamente difundida nas escolas de medicina e instituições

³⁶ Instrumento cirúrgico, em forma de duas colheres ou pás, utilizado na Obstetrícia para auxiliar a retirada do feto do canal vaginal.

³⁷ Como na MBE há uma hierarquia de níveis de evidência e grau de recomendação do uso de intervenção, quando se fala em melhores evidências, não se está pensando numa valoração subjetiva, mas na hierarquia piramidal das evidências. Do topo para a base estão: revisões sistemáticas – ensaios clínicos randomizados – estudo de coorte – caso-controle – séries de caso – opinião de especialista.

hospitalares do Brasil até o presente, como observado por Hotimsky (2007): da intervenção de rotina à assistência baseada em evidências, com o uso judicioso de intervenções. O uso excessivo de tecnologias, baseado na crença profissional de sua superioridade ou na conveniência de seu uso por parte do profissional ou da instituição, aumenta riscos para mães e bebês. Segundo a OMS, “o objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Essa abordagem implica que, no parto normal, deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural” (WHO, 1996).

No ambiente hospitalar – público ou privado – que se utiliza do modelo tecnocrático, os procedimentos médicos são padronizados e podem ser comparados a um ritual, com mensagens simbólicas, dentro de um sistema de crenças, com repetição rítmica e redundante, cuja importância é preservar o *status quo* numa determinada sociedade, entre outras características (DAVIS-FLOYD, 2003, p. 8-9). E quanto mais tecnologia sofisticada e cara o hospital dispuser para o nascimento, melhor e mais seguro ele é considerado tanto pelos médicos que se baseiam neste modelo quanto pela população leiga. Resultados adversos advindos do uso exacerbado ou inadequado de tecnologia não são questionados, já que a crença nela é o que move este paradigma.

No final da década de 1980 a MBE consolidou-se com a publicação em 1989 do *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, além de outras duas publicações: uma na área de Cardiologia e outra em Oncologia (CORDEIRO *et al.*, 2007). Na década de 1990 houve a fundação da Colaboração Cochrane³⁸, em homenagem ao epidemiologista Archie Cochrane. O objetivo desta organização internacional é preparar, manter e disseminar as revisões sistemáticas na área da Saúde. Cochrane afirmava que a vasta maioria das intervenções em saúde não se baseava em estudos válidos, não eram efetivos, nem tampouco seguros e convocou outros profissionais de diferentes especialidades a questionar suas práticas médicas. Ele mesmo desconfiava que tinha abreviado a vida de pessoas com boas intenções e intervenções. Por isso defendia que estudos fossem feitos de modo a minimizar os vieses (qualquer fator que desvia os resultados ou conclusão numa determinada direção) e que os resultados publicados fossem de fácil entendimento para o usuário. Segundo Diniz, Cochrane reivindicava direitos à vida, à saúde, ao acesso universal, à escolha informada, à integridade corporal e ao direito ao usufruto do progresso da ciência (DINIZ, 2013, p. 51-52).

³⁸ <http://www.cochrane.org>

3.2 Mulher empoderada

A partir de reivindicações similares às descritas acima, descrevo o segundo diálogo com Salem. A autora propõe que a família nuclear, sem as redes de parentesco mais extensa, seja expressão de um desdobramento do individualismo³⁹. O sujeito que em sua tese era o casal grávido parece agora dar lugar na CNO à “mulher empoderada”, que carrega consigo o lema “meu corpo, minhas regras”, em clara reivindicação de autonomia sobre o próprio corpo. A “mulher empoderada” é expressão máxima do individualismo. Ela busca fortalecer-se como indivíduo, fazer suas escolhas independentemente do companheiro e da família extensa, mas se possível, convencendo-os através dos argumentos provenientes da ciência, da MBE, a acreditarem nas estatísticas, nas pesquisas como estratégias para alcançar o parto desejado. Nessa iniciativa estão incluídas as possibilidades de contar com obstetrix ou EO, ou economizar e garantir um médico particular considerado humanizado como cuidador, ou até mesmo trocar o plano de saúde e a maternidade luxuosa pelo SUS ou pelo parto domiciliar. Essas mulheres sabem que o parto normal não é regra no Brasil, especialmente no sistema suplementar de atenção à saúde e, portanto, elas não idealizam nem o parto nem tampouco o profissional que as atendem. Elas não mais delegam ao médico a responsabilidade total e explicação do processo gestacional e do parto. Almejam um parceiro e não uma relação hierárquica médico-paciente. Tal aspiração demonstra o valor de igualitarismo presente na ideologia individualista.

Elas começam a preparar estratégias para fugir tanto da certeza da cesárea com o médico do plano quanto das intervenções desnecessárias e iatrogênicas colhendo informações em grupos virtuais e presenciais. Buscam distanciar-se de uma visão patologizante sobre o parto presente em todos os aspectos, tanto que a cesariana virou um “tipo de parto” ou modo de nascer, como revelam Nakano e colaboradores (2015): “falar de parto é, em primeira instância, falar de cesariana, a qual perdeu o caráter de cirurgia de grande porte que salva vidas” (2015).

³⁹ Tânia Salem pertence a um grupo de pesquisadores formados em Antropologia Social na década de 1980 em torno dos professores Gilberto Velho e Luiz Fernando Dias Duarte que produziram diferentes abordagens acerca do individualismo ocidental moderno na trilha da análise de Louis Dumont (1985) sobre este sistema de valores.

3.2.1 Autonomia

Nas sociedades contemporâneas, a autonomia é considerada “a principal fonte de valor da ação humana da prática social e política, e através do seu principal instrumento – o consentimento – serve para conferir legitimidade moral às intervenções na vida das pessoas” (VENTURA; SCHRAMM, 2009, p. 73). Segundo a bioética, ter autonomia significa ter uma ampla possibilidade de escolhas. Ela é um princípio ético garantido pela Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, artigo 5º (UNESCO, 2006), consubstanciado pelo artigo 31 do Código de Ética Médica brasileiro, que veda ao médico desrespeitar o direito do paciente de “[...] decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas” (CFM, 2009). É garantido também pela Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, a qual defende o direito de recusa a procedimentos (BRASIL, 2006).

No entanto, o modelo de relação médico-paciente não é linear nem tampouco democrático no que tange escolhas de terapias e procedimentos em saúde, seja na saúde pública ou privada. Este modelo é orientado pelo conhecimento autoritativo⁴⁰, no qual o profissional de saúde tem autoridade para orientar e regular as práticas de cuidado, independentemente da sua correção (DAVIS-FLOYD & SARGENT, 1997). Este modelo predomina nos hospitais americanos, assim como nos brasileiros.

Gualda e Campos (2017) afirmam:

“A constituição do conhecimento autoritativo é um processo que constrói e reflete as relações de poder num grupo profissional” Eles se processam de tal maneira, que os participantes visualizam a ordem social presente como **natural e adequada** e se constitui a base para as **decisões** e justificam o curso das **ações**. É o conhecimento que, numa determinada comunidade, é considerado legítimo e oficial, e as informações são constantemente divulgadas entre os membros do grupo (GUALDA; ANTUNES, 2017, p.75, grifos nossos).

Davis-Floyd e Sargent acreditam que para refrear o abuso de tecnologia da medicina tecnocrata é necessário que as obstetrias tenham mais voz e ação. (DAVIS-FLOYD; SARGENT, 1997). Michel Odent assinala que aqueles países onde há um número superior de

⁴⁰ Conhecimento autoritativo é um neologismo utilizado em língua portuguesa oriundo da expressão *authoritative knowledge* em inglês. Rangel (2009) utiliza esse conceito e o traduz para “saber autorizador”. Optamos por manter o uso da expressão “conhecimento autoritativo” pela disseminação do termo tanto no ativismo quanto na academia.

obstetizes ao de médicos obstetras na atenção ao pré-natal e parto, há também melhores resultados perinatais (ODENT, 2004). Penso que os três autores têm razão.

Algumas vertentes questionam este modelo e advogam a democratização da relação médico-paciente através da valorização da autonomia deste na tomada de decisão, o que possibilitaria o autogoverno através da liberdade de escolha do paciente. Se a expansão da autonomia é a expansão de opções, qualquer movimento em direção ao aumento de possibilidades pode parecer que há um aprimoramento nas condições de autonomia da mulher (KUKLA *et al.*, 2009). No entanto, tais teorizações baseiam-se em uma perspectiva limitada de autonomia por não colocarem em debate as relações de saber e poder em saúde (SOARES e CAMARGO JR., 2007). No mundo ideal, os dois modelos poderiam conviver de maneira pacífica. Quem quer cesárea teria o seu direito garantido e quem quer parto vaginal também. Na prática, as mulheres manifestam o desejo por um parto normal e o resultado final é a cesariana (DOMINGUES *et al.*, 2014).

3.2.2 “Empoderamento é fortalecimento”

Empoderamento é uma categoria ambígua, polissêmica e complexa pois é definida de diferentes formas em disciplinas distintas como Educação, Ciência Política, Saúde Pública. Portanto, uma delimitação conceitual faz-se necessária. Baquero (2012) afirma que a origem da categoria *empowerment* tem suas raízes na Reforma Protestante de Martinho Lutero. A partir da tradução da Bíblia para a língua local, o conhecimento tornou-se acessível a camadas que não teriam acesso a ele, o que contribuiu para o empoderamento dessas pessoas. No entanto, o marco histórico do uso do termo está na década de 1960, quando movimentos sociais contra sistemas de “opressão”, incluindo o movimento feminista, o movimento de direitos civis para negros e o movimento de liberação homossexual foram deflagrados. Empoderamento passou a ser sinônimo de emancipação social.

Empoderamento individual é a “habilidade das pessoas de ganharem conhecimento e controle sobre forças pessoais, para agir na direção de melhoria de sua situação de vida. Diz respeito ao aumento da capacidade de indivíduos se sentirem influentes nos processos que determinam suas vidas” (BAQUERO, 2012). Para Davis-Floyd, empoderamento é definido como aprimoramento da autoimagem e consciência da capacidade pessoal (DAVIS-FLOYD, 2003, p.16). Na CNO, as nativas também têm suas definições de empoderamento. Quando

questionadas sobre o que é empoderamento feminino, inúmeras foram as descrições: “poder de decisão a partir da construção do conhecimento”; “informação suficiente para não deixar ser enganada” ou “um processo quase que de autoconhecimento, reconhecimento, aceitação. Às vezes é importante reconhecer e aceitar as nossas limitações para que possamos tomar as melhores decisões possíveis, dada a conjuntura”.

Outra definição dada por uma ativista da humanização do parto tece uma reflexão sobre empoderamento e autonomia.

Mulher empoderada é aquela que aprendeu a usar as **ferramentas do saber** e a **tomar decisões autônomas**, sem necessidade ou aceitação de tutela masculina.

Empoderada parece meio over. Lembra "poderosa". E eu achava, no início, que a palavra tinha essa conotação.

Ficava intrigada, porque não combinava com parto natural. Não combinava com igualdade, tinha a ver com superioridade, não pegava bem. Até que descobri que empoderamento vem de "*empowerment*". *Power*. É poder, mas também é força. E então, para mim, me corrijam se eu estiver errada, **empoderamento é fortalecimento**.

Daí que eu vejo no termo o seguinte sentido: uma mulher, hoje, para ter um parto natural precisa fortalecer-se – porque não é o caminho mais fácil, não é um caminho aberto. O caminho aberto é o da cesárea eletiva. Apesar de implicar um procedimento cirúrgico do porte que tem, é um caminho para o qual estão criadas todas as facilidades. Para procurar novos caminhos, dizer não ao médico de anos, à mãe, ao pai, ao marido, à melhor amiga, enfim, superar todos os obstáculos nessa procura, é preciso fortalecer-se. E isso vale pra qualquer coisa na vida em que a gente queira ir contra a maré.

Se a tarefa é física, é preciso fortalecer os músculos. No caso do parto natural, ou pelo menos normal, é preciso estar fortalecida na razão. Mulher empoderada é mulher fortalecida – em relação a si mesma, em relação ao que essa mulher era antes de se fortalecer. E não em relação às outras mulheres.

Por isso, mulher empoderada tendo parto natural não é alguém melhor que as outras mulheres. É alguém que se fortaleceu para permitir a si mesma sentir um enorme prazer. Quando essa mulher vem aqui contar o parto, não é por orgulho, não é para entrar no ranking, é para celebrar sua felicidade com pessoas que podem compreendê-la e que vão ficar felizes por ela.

Continuo achando a palavra antipática, mas é bom que se tenha em mente o que ela realmente significa quando a aplicamos (grifos nossos).

Essa mulher empoderada como expressão “mulher fortalecida” é a descrição daquilo que as mulheres da CNO, em geral, almejam alcançar através das interconexões entre as participantes, a partir dos relatos de parto e das evidências científicas. Na comunidade, o uso do verbo empoderar também pode significar “fortalecer alguém”.

O empoderamento das mulheres na CNO pode ser descolado do companheiro, mesmo que isso signifique uma dimensão restrita à comunicação *online*. As mulheres mostram um percurso para o empoderamento autônomo, expressão individualista. A narrativa delas é no sentido de demarcar quem é o dono do corpo que vai parir ou ser submetido a uma cirurgia. Mesmo que, de fato, o parto tenha múltiplas dimensões e esteja imerso em uma teia de relações, mesmo que a família possa, de alguma forma, ser alijada do processo, se a mulher tem um companheiro, haverá

participação e influência deste no desenrolar do evento. O empoderamento é uma categoria chave na construção dessa mulher que busca o parto normal, mas a mulher empoderada pode ser expressão de um tipo ideal.

Inúmeras são as descrições e definições de empoderamento na comunidade. As mulheres referem-se a empoderamento a partir de leituras e estudo na comunidade. “Seis anos depois da cesárea descobri a nova gravidez, dessa vez me sentia pronta, me informei, estudei, me empoderei.”

As narrativas mostram que o processo de empoderar-se é uma busca ativa, individual, ela precisa “ler, se informar, se empoderar” ou “quero me empoderar de verdade!”. Algumas passagens mostram que há mulheres que pensam em empoderar outras, trazendo transitividade ao significado da ação, como sinônimo de ajudar a fortalecer alguém para que ela busque firmemente pelo parto que deseja. “Preciso de ajuda pra empoderar a (nome da amiga)” e “gostaria de ajuda para empoderar uma amiga”. Uma participante pergunta: “Algum grupo de apoio pra que ela possa se empoderar?”

O relato de parto tem papel central na percepção da conquista do empoderamento: “Li (o relato) e me empoderei na mesma hora!” “Que ele (relato de parto) traga amor e empoderamento para as grávidas que o lerem.” “O relato vai ser longo, mas eu espero empoderar muitas gestantes”

Empoderamento aparece também como fio condutor do grupo, quando as mulheres agradecem à comunidade, às participantes por dividirem suas histórias, quando elas conseguem o parto normal, mesmo que não tenha sido aquele que fora idealizado. Embora seja uma categoria nascida no feminismo e embora a moderação do grupo adote esta filiação ideológica de maneira clara, as participantes não necessariamente a adotam. A utilização de empoderamento como fortalecimento atravessou os limites do feminismo na CNO.

4 NETNOGRAFIA DAS NARRATIVAS DE PARTO

Para compreender a trajetória de mulheres que migraram do sistema suplementar de saúde para o SUS no momento da atenção ao parto, realizei uma netnografia de narrativas escritas de partos no grupo de discussão sobre parto humanizado na rede social *Facebook* – “Cesárea? Não, obrigada!” – Esse procedimento foi distribuído em três etapas: observação participante, levantamento e mapeamento da comunidade e análise das narrativas.

A escolha pela netnografia e não uma etnografia clássica veio do fato de ser cada vez mais comum no Brasil a busca por informações via rede de computadores, por conta da inserção e incorporação da internet no cotidiano (HINE, 2015). Observo empiricamente ao longo dos anos que a busca por redes de apoio ao parto humanizado *online* tem crescido e se difundido muito. Segundo informações do próprio *Facebook*, 102 milhões de brasileiros acessavam a rede em 2016. Desses, 93 milhões acessavam via dispositivos móveis, como *smartphones* e *tablets*⁴¹. Esse número representa cerca de metade de toda a população brasileira em 2017 a qual, segundo estimativas o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – é de 207 milhões de pessoas (BRASIL, 2017b).

A interação social mediada por computadores cria realidades impossíveis relativamente ao *vis-a-vis* tradicional da sociabilidade face a face. Ela prescinde de territorialidades. O mundo virtual conecta pessoas que desejam conversar sobre certos tópicos que eventualmente não poderiam fazê-lo em seus locais de sociabilidade física. As redes sociais criam grupos de discussão que não estão limitados pelo espaço físico e permite conexão de pessoas distantes – mostrando a amplitude social de determinados fenômenos e permitindo que as pessoas se descolem das suas redes tradicionais de sociabilidade e apoio.

Foi escolhido como método a utilização de uma *cyber* etnografia tal qual o termo cunhado por Kozinets (2014), netnografia, no qual a observação participante e a etnografia clássica são adaptadas para o uso da tecnologia da informação da comunicação mediada por computadores. Segui as etapas e procedimentos metodológicos por ele recomendados para planejamento e execução: entrada na rede a partir do conhecimento da comunidade a ser estudada, especificação do tipo de participante, ética em pesquisa, garantindo confidencialidade e anonimato; consentimento de participantes para uso de relatos e comentários específicos; coleta e análise de dados, tendo como objetivo manter a postura de estranhamento em relação

⁴¹ Dados sobre acessos ao *Facebook*. Disponível em: https://pt-br.facebook.com/ig/tools-resources/audience-insights?ref=fbb_blog_ai

ao objeto de estudo, o que me foi um desafio, dada a familiaridade, no sentido comentado por Gilberto Velho (1981), que tenho com o grupo. Essa atitude foi necessária para manter um equilíbrio entre a distância analítica e a ser considerada na investigação e na compreensão da cultura: transformar o familiar em exótico, utilizando o necessário desligamento emocional (DAMATTA, 1972). Os dados resultantes são interpretações de ações humanas que transmitem significados, com conteúdos simbólicos, cujos processos culturais devem ser lidos, traduzidos e interpretados (GEERTZ, 2008). Em um primeiro momento, o afastamento total na interação com a comunidade foi uma estratégia importante para que eu pudesse ser capaz de ler tais processos na tentativa de traduzi-los e interpretá-los. Para Gilberto Velho, o pesquisador pode estar acostumado à “paisagem social onde a disposição de atores me é familiar [...] no entanto, isso não significa que eu compreenda a lógica de suas relações” (VELHO, 1981). Ao estudar um grupo que me é familiar, eu poderia cair na armadilha de naturalizar situações cujo estranhamento deveria ser mantido para análise, por isso o distanciamento foi crucial na segunda etapa da pesquisa, de mapeamento da comunidade.

Christine Hine (2015) argumenta que, apesar de mudar as estratégias, é possível manter o compromisso aos princípios da etnografia como um modo peculiar de produção de conhecimento, pois é um método adaptável às condições existentes, que serão diferentes em cada situação. A autora entende a internet como “*embedded, embodied, everyday phenomenon*” os quais ela designa “E³”. Em livre tradução para o português, um fenômeno inserido, incorporado e cotidiano. Em outras palavras, a internet está tão presente na vida das pessoas que ela passa a ter significado dentro de contextos específicos; cada vez mais ela se torna parte de nós mesmos, de tão incorporada, mais parece uma extensão de nossos modos de ser e agir no mundo, além de ser uma experiência diária.

Assim como Thomsen, Straubhaar e Bolyard (1998), Hine (2015) defende que entrevistas ainda se aplicam à etnografia na rede. No entanto, a escolha dos relatos escritos no grupo ocorre porquanto são bastante detalhados e, em muitos casos, acabam por descrever experiências anteriores na saúde suplementar comparando à experiência no SUS. Eles são parte fundamental da interação na comunidade e as mulheres os usam para trocar informações, dividir experiências, além de prover suporte, inspirar, alertar outras mulheres. Com este material tão detalhado e com tantas interconexões entre as participantes, escolhi não realizar entrevistas e explorar os textos escritos na busca de significado, pois avalio ser exatamente dessa interconexão entre as participantes que emergirá a descrição de um universo simbólico. Compartilho o pressuposto de que ações humanas transmitem significado, sendo o texto escrito condição *sine qua non* destas ações na comunicação mediada por computador, em especial em

um grupo virtual. Se a comunicação mediada por computador é o cerne da existência da comunidade, aquilo que une pessoas dos mais diversos lugares, *backgrounds* sociais, culturais e econômicos, penso que o uso do material escrito constitui-se em fonte rica e densa. A opção por lançar mão de relatos de parto fundamentou-se também no fato de eu estar interessada na publicação espontânea das usuárias, naquelas em que eu, como pesquisadora e também participante ativa da comunidade, não tive interferência.

Durante a primeira etapa realizei levantamento e mapeamento do grupo CNO através de observação participante iniciada em agosto de 2016 com o intuito de verificar se haveria material suficiente para o trabalho que tinha em mente. De posse de alguns dados como o crescimento constante da comunidade, o amadurecimento das discussões, a transformação de algumas participantes em multiplicadoras de informação e em pacientes informadas, concluí que a comunidade apresenta uma participação sólida e constante, um perfil delineado e que haveria material em abundância para inúmeras abordagens de pesquisa. O mapeamento sistemático ocorreu nos meses de junho e julho de 2017, após o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social e estar de posse da carta de anuência para a pesquisa assinada pela criadora e moderadora da comunidade. No entanto, os relatos de parto de mulheres que migraram do sistema suplementar de saúde para o sistema público vinham sendo observados e salvos na própria rede social *Facebook* desde a minha entrada no Programa de Mestrado do IMS, em 2016 – na qual há um dispositivo que possibilita registrar publicações para consultas posteriores. Quando o projeto foi aprovado, escrevi uma publicação para o grupo explicitando a pesquisa, conforme os requisitos do comitê de ética. Nesse momento, eu já havia previamente reunido vinte relatos de parto. No entanto, como resposta ao tópico criado para a apresentação da pesquisa, recebi apoio das participantes em geral, 276 “curtidas”⁴², um total de 112 comentários e, dentre estes, 68 narrativas breves de mulheres que não haviam escrito relatos de parto completos no grupo, mas que também trocaram a atenção privada pela pública. Como o objetivo era utilizar os relatos sem a minha interferência ou demanda como pesquisadora, a análise detalhada foi feita a partir dos relatos publicados individualmente na CNO.

Percebe-se que no tópico de apresentação da pesquisa na comunidade há mulheres de Belém, Manaus, Fortaleza, Salvador, Belo Horizonte, Juiz de Fora, Rio de Janeiro e região metropolitana, São Paulo, Ribeirão Preto, Araraquara, Curitiba e Porto Alegre que fizeram a troca de atenção privada ao parto pelo SUS. A maioria das cidades são capitais ou cidades

⁴² Curtidas: ato de curtir, gostar de algo na rede social *Facebook*.

grandes como Ribeirão Preto, no estado de São Paulo e Juiz de Fora, em Minas Gerais. Uma única narrativa de uma participante de Araraquara, cidade pequena no interior de São Paulo e outra de Barreiros, interior da Bahia. Uma impressão que ainda me acompanha é a de que em cidades menores as práticas estão mais arraigadas e as mudanças para um modelo de atenção humanizada ao parto encontram maior resistência. A fala desta participante da cidade de Cajazeiras, no interior da Paraíba, ilustra tanto o modelo de atenção tecnocrata e o uso indiscriminado de cesariana, inclusive pelo SUS, quanto a prática violenta na atenção quando revela que precisou ter “coragem” para parir. De acordo com dados do SINASC, em 2015 Cajazeiras obteve uma taxa de 72% de cesarianas, tendo nascido 975 bebês, sendo 707 por via cirúrgica. Em João Pessoa, capital da Paraíba, a taxa de cesariana no mesmo ano foi um pouco menor, com 60%.

Aqui na minha cidade, até mesmo pelo SUS, é muito difícil uma mulher conseguir parir. Só tem uma maternidade, que é pública e lá quase todos os partos são de cesárea. Para conseguir ter meus partos normais tive que ter muita coragem, pois só tive apoio do meu marido e de uma enfermeira (ainda mais porque eu já tinha duas cesáreas anteriores).

Outro depoimento da participante da cidade de Barreiros, no interior da Bahia, cuja taxa de cesariana em 2015 ficou em 56,1% segundo os dados do SINASC, também corrobora a percepção de que práticas humanistas encontram ainda mais resistência em cidades pequenas.

Eu tenho plano de saúde pela Unimed e optei parir pelo SUS pra poder conseguir pelo menos um parto normal (porque parto humanizado aqui é lenda).

A pesquisa qualitativa tinha como base uma análise de dez relatos de parto. Entrei em contato com cada uma das mulheres de maneira privada. Uma delas revelou que estava em carência do plano de saúde e não poderia ter tido assistência pela saúde suplementar e foi eliminada. Das dezenove restantes, dezessete revelaram desejo de participar da pesquisa e enviaram endereço. Apenas duas não deram resposta. Das dezessete mulheres que mandaram endereço, quatorze reenviaram o termo de consentimento livre e esclarecido assinado e doze deles chegaram. Portanto, a análise final dos relatos foi feita com doze narrativas, não dez como planejado inicialmente. Metade das participantes enviaram TCLEs com autorização para revelar seus nomes e metade optou por ter a identidade trocada. As mulheres que preferiram suas identidades resguardadas foram identificadas por nomes iniciados pela letra A: Adriana, Alessandra, Alice, Amanda, Ana e Andréa.

Destaco que este estudo foi feito em consonância com as atuais questões envolvendo seres humanos. Por conseguinte, o projeto foi submetido e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social – UERJ⁴³.

4.1 Os relatos de parto

Os relatos de parto são parte fundamental da CNO. As participantes querem ler e ser lidas. Quem escreve a sua história deseja dividir a experiência, “incentivar”, “empoderar” e “alertar” outras mulheres, colher opiniões, sobretudo quando o desfecho não é aquele que fora idealizado ou quando houve alguma intervenção na qual a mulher suspeita que não tenha sido adequada ou “baseada em evidências”. Nem todas as mulheres escrevem relatos de parto restritos apenas à história do processo de nascimento. Muitos contêm longas narrativas acerca de toda a gestação, parto e puerpério. Alguns contêm as histórias pregressas, especialmente daquelas participantes que passaram por partos com “violência obstétrica” ou “cesarianas sem indicação clínica”, as quais as nativas chamam de “*desnecesárias*”. Aquelas que escrevem, algumas fazem-no horas após o nascimento ou simplesmente o comunicam, ora com foto, ora sem. Outras relatam dias ou semanas depois e algumas se debruçam sobre suas histórias após meses, como são os casos de Alessandra e Adriana – que escreveram após sete e oito meses, respectivamente, ou até mesmo um ou mais anos depois. As narrativas são disparadoras de inúmeros questionamentos por parte de outras participantes, especialmente se a história é semelhante e o desfecho diferente. Os relatos são, em boa medida, fonte de educação para o parto das participantes, sobretudo para as novatas, que têm a possibilidade de se transformarem em pacientes informadas, adquirir vocabulário técnico e nativo.

Como mencionado acima, foram doze narrativas, das quais havia cinco primigestas⁴⁴, quatro secundigestas⁴⁵ com cesáreas anteriores, duas secundigestas e uma tercigesta⁴⁶ com partos vaginais anteriores. Uma secundigesta e a tercigesta relataram terem sofrido violência obstétrica nos partos anteriores. No total, dez tiveram partos normais que elas consideraram integrando o modelo humanizado. As cesarianas ocorreram em duas primigestas: uma após

⁴³ O projeto teve parecer emitido em 01 de junho de 2017 sob o número 2.095.858 com o título: Cesárea? Não, obrigada! As estratégias de gestantes para fugir da “desnecesária”.

⁴⁴ Primigesta: termo que designa mulher em sua primeira gestação.

⁴⁵ Secundigesta: termo que designa mulher em sua segunda gestação.

⁴⁶ Tercigesta: termo que designa mulher em sua terceira gestação.

indução e outra em um trabalho de parto protraído com bebê GIG⁴⁷. Apenas a partir dos relatos desses dois desfechos cirúrgicos não se pode afirmar se as cesarianas foram necessárias ou não e esse não é o objetivo. Porém, nos relatos não são descritos motivos clínicos claros para a definição pela cesariana. Mesmo assim, em nenhum momento elas questionam a decisão pelo nascimento cirúrgico, pois se sentiram protagonistas do processo. Em ambos os casos, elas declaram que a decisão pela cirurgia foi compartilhada, respeitando a autonomia de cada uma e entendem suas cirurgias como necessárias. Todas as mulheres com cesárea anterior pariram. Oito mulheres pariram em hospitais e duas, em casas de parto. Onze relatos vieram do Sudeste e um relato do Nordeste, sendo oito nascimentos no Rio de Janeiro, dois em São Paulo, um em Campinas – SP, e um em Limoeiro do Norte – CE. Não houve episiotomia em nenhum dos dez partos. Três relatam períneo íntegro, duas não fazem qualquer referência a laceração. Entre aquelas que relataram algum tipo de laceração, uma declara ter tido laceração grau I (pele e mucosa); outra, laceração na episiotomia anterior; uma terceira, laceração grau II (músculo). Outras duas não fazem referência ao grau de laceração. Uma delas relata que a sutura ficou perfeita e não vê diferença entre antes e depois do parto e uma refere que sentiu dor ao ser suturada.

Na sequência, serão apresentadas as doze histórias de forma resumida. Os relatos originais são longos, com cerca de quatro a sete páginas cada.

Adriana mora no Rio de Janeiro e estava em sua segunda gestação. O primeiro filho nasceu através de uma cesariana desnecessária, a qual ela “detestou”. Sentiu-se enganada pela então médica e começou a “estudar” até encontrar a CNO, que lhe tirou “a venda dos olhos”. Ao engravidar novamente peregrinou por mais de seis médicos para ter um VBAC e quase desistiu porque não encontrou qualquer profissional que a apoiasse. Ouviu inclusive que um PN para ela só seria possível em uma “próxima encarnação”. O marido tinha medo que ela fosse maltratada no SUS; ela queria ao menos entrar em TP para aí sim ser submetida à cesariana. No entanto, o casal assistiu o filme *O Renascimento do Parto* (ORDP)⁴⁸ e o marido “praticamente se tornou um ativista super empoderado”. Ela contratou uma doula quando estava com cerca de 33 semanas de gestação. Entre 38 e 39 semanas, a última médica a abandonou porque Adriana não quis agendar a cirurgia e então ela decidiu procurar o SUS. Relata ter sido

⁴⁷ GIG designa grande para idade gestacional. É o feto que está acima do percentil 90 para a sua idade gestacional.

⁴⁸ ORDP: documentário brasileiro lançado em 2013 que retrata a realidade obstétrica no Brasil e no mundo, com roteiro de Érica de Paula e direção de Eduardo Chauvet.

muito bem atendida nas duas últimas semanas por “uma médica cubana incrível”. Após completar 40 semanas os pródromos⁴⁹ iniciaram. Ela sentiu-se “ansiosa e eufórica” porque o momento do parto estava chegando. O marido, presente em toda sua narrativa, ficou nervoso. Pediu para que ela ligasse para a doula, que os tranquilizou quanto ao processo. No dia seguinte as contrações estavam irregulares e Adriana relata ter tido medo do TP não se iniciar. A doula passou o dia com o casal. As contrações “engrenaram” durante a madrugada e Adriana queria ir logo para o hospital, mas o marido a acalmou e eles, em companhia da doula, foram para o hospital às 4:30 da manhã. O casal mora a cerca de uma hora de distância da Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda⁵⁰ – MMA. Adriana chegou à maternidade às 5:30h com 7 cm de dilatação⁵¹ e às 6:00h estava na sala. Quis desistir, pois as contrações estavam próximas umas às outras. Quando a bolsa estourou, os puxos involuntários⁵² iniciaram, ela se posicionou na banqueta de parto, sentiu o “círculo de fogo”⁵³ e bebê nasceu em apenas uma contração, “como num tobogã”. Houve contato pele-a-pele imediato e clampeamento tardio⁵⁴ do cordão umbilical. Seu parto foi assistido por enfermeiras obstetras, que a “respeitaram em tudo”. A placenta ficou retida por cerca de uma hora e Adriana autorizou o manejo ativo do terceiro período de parto⁵⁵, que consiste em utilizar ocitocina e fazer uma manobra de tração controlada do cordão umbilical com uma das mãos e com a outra, uma pressão no fundo uterino. Houve laceração e no quinto dia pós-parto os pontos já haviam caído e não se percebe a sutura.

Alessandra desde a adolescência queria ter parto normal, pois a ideia de parto despertava um “sentimento de poder”. A partir da gestação começou a buscar informação em páginas do *Facebook*. Ela relata que essas páginas ou são de “mãezinhas”⁵⁶ ou são sobre

⁴⁹ Pródromos de TP: é o “alarme falso”. São as primeiras contrações, sem ritmo e frequência definidas, que precedem o trabalho de parto propriamente dito.

⁵⁰ MMA: maternidade municipal inaugurada em 2012, cujo atendimento à gestante é feito majoritariamente por enfermeiras-obstétricas.

⁵¹ Dilatação é a fase do trabalho de parto em que o colo uterino se abre para a passagem do feto. Para que o nascimento ocorra é necessário que o colo se esvaeça completamente e se atinja 10 cm, que corresponde à dilatação total.

⁵² Puxos involuntários: são os esforços expulsivos maternos, ou seja, uma vontade de fazer força e empurrar o bebê que a mulher não tem como controlar. Acontece quando há pressão da cabeça do bebê sobre o reto e a musculatura do assoalho pélvico, geralmente com dilatação total, mas pode ocorrer um pouco antes.

⁵³ Círculo de fogo: é descrita como uma sensação de queimação que a mulher sente em decorrência do estiramento da pele da vagina para a passagem da cabeça do bebê.

⁵⁴ Clampeamento tardio: corte do cordão umbilical realizado de 1 a 3 minutos depois do nascimento. Algumas equipes aguardam o cordão parar de pulsar para que todo o sangue da placenta vá para o bebê.

⁵⁵ Manejo ativo do 3º estágio de parto: recomendação da OMS compreende as seguintes intervenções: administração profilática de 10 UI de ocitocina IM após o nascimento do concepto, tração controlada do cordão umbilical e massagem em fundo de útero para dequitação da placenta.

⁵⁶ “Mãezinha”: categoria nativa que descreve um tipo de mulher infantilizada. Também faz referência a gestantes que estão mais preocupadas com enxoval, dicas de beleza na gestação e que acreditam piamente no médico para tomar as decisões sobre sua saúde e seu parto. É a categoria que se opõe àquela de “mulher empoderada”.

patologias relacionadas à gestação. Ao achar “tudo muito fútil”, começou a buscar informação de “como seria essa coisa de parir” e também assistiu o filme ORDP. Chorou “rios de lágrimas” durante o filme, estava convicta de querer um parto normal e buscou grupos de discussão até chegar nos “grupos de mulheres que lutam por partos respeitosos”. Ao ler os relatos de parto, percebeu como era difícil parir no Brasil e como “tudo era motivo para agendar a cesárea”, até um cordão umbilical enrolado no pescoço⁵⁷. Por um lado ela não queria ser induzida a ter uma cesárea eletiva e desnecessária, por outro, ela tampouco gostaria de passar por um parto com violência obstétrica (VO). Ela define VO como “um parto *estuprante*”, sofrido, com uso de ocitocina para acelerar o processo, posição litotômica, episiotomia, manobra de Kristeller, luzes fortes acesas, desencorajamento por parte dos atendentes e ordens para não gritar. Alessandra também revela que obteve “informação baseada em evidências” através de muito estudo e que isso a transformou em “ativista de *Facebook*”. Como tal, seu melhor passatempo era “estudar e tratar”, ou seja, arrumar confusão na internet. Quanto mais confusões ela se metia, mais estudava para ter argumentos e defender não apenas o seu parto, mas o de quem quer que cruzasse a sua frente. Ela revela que o processo levou-a a respeitar quem deseja uma cesariana, mas ainda assim tenta mostrar o outro lado e se preocupa principalmente com a recepção ao RN e a prematuridade iatrogênica das cesarianas agendadas. Ela atesta: “nosso corpo, nossas escolhas. Estando informada, que banque e pronto”. O pré-natal de Alessandra teve o acompanhamento do “obstetra fofinho⁵⁸ do plano top de linha” e durante esse período pensou nas possibilidades que tinha para de fato parir. Ao final da gestação descobriu a Casa de Parto David Capistrano, em Realengo, no Rio de Janeiro, mas ao chegar tarde para ser aceita na CP e não morar na área de abrangência, precisou insistir para a direção aceitá-la. Além disso, Alessandra havia feito uma cirurgia bariátrica e poderia ter a gestação classificada como alto risco e não ser aceita. Foi então que ela descobriu anemia e infecção (não há especificação, mas acredito ser ITU, mais prevalente entre gestantes). Em quinze dias ela debelou a infecção e melhorou os níveis de hemoglobina no sangue, sendo finalmente liberada para ter o parto na CP. Os episódios de anemia e infecção fizeram Alessandra repensar o acompanhamento pré-natal anterior, e ela o classifica como de baixa qualidade. Relata ter tido pródromos por aproximadamente uma semana, enquanto ainda não tinha os resultados dos exames de

⁵⁷ Cordão enrolado é bastante comum e aumenta a incidência conforme a gestação avança. Está presente entre 12% das gestações às 24-26 semanas a 37% no termo. Só pode ser diagnosticado no momento do nascimento, já que o feto faz um movimento de rotação durante a descida da apresentação e, portanto, pode se enrolar ou desenrolar no cordão umbilical ao nascer (CLAPP *et al*, 2003).

⁵⁸ Obstetra ou GO fofinho: categoria nativa usada para designar aquele médico amigo, simpático, legal e que leva suas pacientes para uma cesárea desnecessária no final da gestação ou durante o trabalho de parto a partir de indicações duvidosas ou falsas.

laboratório. Liberada, ela “conversou com o bebê” e disse que ele poderia vir, que seria recebido com respeito, sem sondas, aspiração, colírio nos olhos e não sofreria nenhuma violência ao nascer. E assim foi: as contrações iniciaram na madrugada e a bolsa estourou. Neste momento do seu relato aparece a figura do marido. Ambos decidem que ele não deve ir trabalhar. A doula chegou mais tarde com óleos, massagens e compressas quentes. Alessandra queria ir para a CP e a doula pedia calma, dizia ainda não ser a hora. Ela já estava pedindo uma cesárea, pensava que ia morrer e xingava todas as mulheres que a incentivaram a ter parto normal. Momentos depois ela sentiu vontade de fazer força e se dirigiram para a CP. No meio do caminho, Alessandra conta ter dito para mudarem a direção e irem para a Perinatal da Barra da Tijuca. Segundo ela, por sorte, ninguém a ouviu, apenas riram. Ao meio dia chegaram à CP e não havia quartos. Ela disse na recepção que estava nascendo e então foi feito um toque vaginal no qual ela não sentiu nenhuma dor e a enfermeira anunciou que ela estava com dilatação completa, era só esperar vir. Um quarto foi desocupado. Ela tentou se posicionar na banqueta de parto, mas como Adriana é uma mulher grande, não deu certo. Então optaram pelo cavalinho e ela pôde, depois de algum tempo, relaxar, jogando o peso para frente. Ela relata que não queria ninguém a tocando naquele momento: nem doula, nem marido. Só deixou a doula perto porque esta tinha um copo d’água na mão. Ela entrou em expulsivo e relata que veio uma contração e nada aconteceu. Dez minutos depois, outra contração e ela sentiu o bebê descendo. Alessandra “não fazia força, apenas a sentia”. A enfermeira perguntou se ela gostaria de colocar a mão e tocar a cabeça do bebê, mas ela não quis, queria que acabasse logo. Sentiu o círculo de fogo, percebeu o bebê se mexer. Perguntou se eram as enfermeiras a tocando, o que ela não queria. Foi explicado então que era o bebê fazendo a rotação para sair. “A dor sumiu” e ela sentiu “uma sensação de prazer extremo, uma coisa que não dá pra descrever”. Imediatamente ela se levantou do cavalinho para pegar seu bebê e o colocar em seu peito. Andou até a cama, foi ajudada a subir e deitou. Riu e chorou, sentiu-se anestesiada e ficaram juntas mais de uma hora sem qualquer interrupção. A bebê espirrou, eliminando líquido do pulmão e sugou o seio com vontade. A placenta demorou para sair e Alessandra autorizou que as “meninas” massageassem sua barriga para ajudar na dequitação. A placenta foi mostrada a ela. Não houve qualquer laceração e 24 horas depois ambas receberam alta.

Alice é uma mulher do Rio de Janeiro que pariu na MMA. Ela inicia seu relato agradecendo ao grupo, pois sem ele, não teria recebido tanta informação de qualidade. O relato de Alice é um pouco diferente porque ela teve uma médica durante o pré-natal que era a favor do parto humanizado e apoiou sua decisão de parir na MMA. Ela teve “pródromos em dias

aleatórios” depois que o tampão mucoso saiu às 38 semanas. Seu bebê nasceu com 41 semanas. Ao sentir que estava em trabalho de parto, com contrações diferentes daquelas de “treinamento”⁵⁹, resolveu comer “para ter força” e só depois ligou para a doula e o marido. Ouviu músicas para ficar “conectada com aquele momento” e iniciou o monitoramento das contrações através de um aplicativo no celular. Isso só durou meia hora porque as contrações ficaram fortes e em intervalos curtos. A doula chegou e Alice já estava “alucinada”. Conta ter sido tudo muito rápido. Foram para a MMA por volta de 16:00 horas e o percurso durou 15 minutos. Alice relata que era a única parturiente na admissão e revela que tudo o que leu sobre a superlotação da maternidade estava “tirando o seu sono”. Explica que não houve quaisquer problemas ou questionamentos por não ter feito pré-natal no sistema público de saúde e ter apresentado o cartão da gestante da médica do plano. Além disso, atesta que “foi muito bem tratada”. Na admissão, com 6 centímetros de dilatação, subiu para a sala de parto acompanhada do marido e da doula. No entanto, acredita que ficou por cerca de duas horas nos corredores aguardando um quarto vago. De tempos em tempos, uma enfermeira vinha fazer perguntas sobre o pré-natal, mas Alice revela que estava na “*partolândia*, nem conseguia falar muito”. Neste momento, ela só queria “ficar concentrada com seu corpo e conversar mentalmente com o seu filho”. Quando a suíte de parto foi desocupada, Alice foi examinada de novo e estava com 9 centímetros de dilatação. Ela utilizou o chuveiro quente para aliviar as dores e pediu para que as luzes fossem apagadas. Atesta que teve “muita sorte de pegar o plantão de uma enfermeira muito amorosa e linda”, que a encorajou e ficou ao seu lado monitorando os batimentos cardíacos fetais (BCF). A partir daí, não queria mais a presença nem do marido nem da doula e nos momentos em que as contrações vinham, Alice agachava no chuveiro. Quando o bebê começou a coroar, a enfermeira apresentou a banqueta de parto, onde Alice se apoiou e, na contração seguinte, nasceu a cabeça. Foi neste exato momento que ela sentiu “queimar tudo”, descrevendo a sensação do círculo de fogo. Em uma próxima contração nasceu o corpo, momento que ela revela ser “o maior alívio da vida”. Seu bebê nasceu empelicado⁶⁰ e foi direto para seus braços, onde retiraram as membranas e esperaram o cordão umbilical parar de pulsar para que o pai pudesse cortar. Alice discorre sobre o respeito com o qual ela e seu filho foram tratados, a autonomia para escolher os procedimentos que seriam feitos no recém-nascido. Somente após a secção do cordão umbilical uma enfermeira veio perguntar quais procedimentos

⁵⁹ Contrações de treinamento ou Braxton-Hicks: contrações uterinas não coordenadas, indolores, que podem surgir no segundo trimestre gestacional, mas são mais comuns no terceiro.

⁶⁰ Parto empelicado: acontece quando o bebê nasce dentro da bolsa d’água. A partir da introdução da amniotomia (rompimento artificial da bolsa) como intervenção de rotina, é tido como um parto raro.

ela autorizaria fazer em seu filho e ela respondeu que apenas vitamina K⁶¹ e as vacinas⁶². Ela revela ter tido uma pequena laceração de segundo grau e levou três pontos de sutura. Alice enfatiza muito o quanto se sentiu bem quista e bem tratada na MMA. No entanto, apesar de escrever que “não tem o que falar” da maternidade, essa narrativa parece contraditória em um primeiro momento, pois em seguida ela diz que a comida estava ruim, a limpeza dos banheiros não foi frequente e foi necessário levar roupa de cama, manta e travesseiro para o acompanhante. Ela critica o banco de leite, pois quando houve a apojadura⁶³, os seios empedraram e ela não obteve ajuda. Em contrapartida, essa contradição se desfaz quando se percebe que há uma cisão entre atenção ao parto e ao pós-parto. Na atenção ao parto “não tem o que falar”, há só elogios. No pós-parto as críticas aparecem, mas Alice também deixa claro que sabia que “não teria luxos” e que ter o parto na MMA foi “a melhor decisão que teve na vida”. Ao final de sua narrativa, escreve esperar ter ajudado outras mulheres e que, se elas tiverem quaisquer dúvidas, era só perguntar. Isso mostra como as autoras dos relatos têm o papel de incentivar as outras participantes da comunidade a buscar caminhos alternativos ao médico do plano de saúde.

Amanda inicia seu relato anunciando que este seria longo e que não poderia fazê-lo de forma objetiva, pois deixaria de fora detalhes importantes necessários para que entendêssemos “a beleza do evento completo”. Revela que durante a gestação, militou pelo parto humanizado pois vivenciara “uma experiência horrível de cesárea intraparto⁶⁴” do primeiro bebê. A segunda gestação não fora planejada. Durante o quarto mês, o susto de um descolamento de placenta a deixou desesperada e em repouso absoluto. Havia muita dor, sangramento e Amanda afastou-se do trabalho. A sensação era de impotência; sentia muita dor e dificuldade para caminhar. O tempo passou e a data provável do parto (DPP)⁶⁵ também. Os pródromos perduraram por duas semanas, com dores fraquinhas com as quais Amanda lidava fazendo agachamentos e utilizando uma bola suíça que, segundo ela, foi sua “melhor amiga”, pois

⁶¹ Vitamina K: utilizada como prevenção de hemorragia por deficiência de vitamina K no RN, cuja incidência é 1: 20.000 nascidos. O protocolo injetável é o mais utilizado, mas existe vitamina K oral. Este é um exemplo de intervenção no RN que não se discute com a família no modelo tecnocrata. O risco de 1:20.000 pode ser interpretado de inúmeras formas por diferentes famílias e suas escolhas podem ser diferentes.

⁶² Vacinas preconizadas pelo Ministério da saúde ao nascimento: BCG (evita formas graves de tuberculose) e 1ª dose da vacina contra hepatite B.

⁶³ Apojadura: descida do leite

⁶⁴ Cesárea intraparto: quando a cirurgia é feita após o início do trabalho de parto.

⁶⁵ DPP: data provável do parto calcula-se pela regra de Nägele. Somam-se sete dias ao primeiro dia da data da última menstruação (DUM) e subtraem-se três meses ao mês da última menstruação. Exemplo: DUM: 01/12/2017 – DPP: 08/09/2018 (1+7=8/12-3=9)

ajudava a fazer com que as dores desaparecessem rapidamente. Em uma madrugada as contrações iniciaram-se com ritmo de dez em dez minutos. Amanda havia decidido que só se encaminharia para o hospital quando as contrações estivessem acontecendo de três em três minutos. A sensação dela era a de que o bebê já ia nascer e, em razão disso, optou pelo seu plano B, um hospital particular de Duque de Caxias, na Baixada Fluminense. Revela ter sido bem atendida pela médica e que, ao toque, estava com 3 centímetros de dilatação e poderia internar se quisesse. Sua mãe, que a acompanhava interveio, ela dispunha de todo aquele luxo e queria ir para a Maria Amélia no SUS! A médica pediu licença e respondeu à Amanda que se era um parto natural que ela queria, que deveria sim ir para a MMA. Redigiu uma carta de recomendação e esclareceu que na MMA Amanda teria melhor assistência com o bebê; naquele hospital particular, ela ficaria longe do seu bebê por duas horas, pois era a rotina hospitalar. Ela foi para o Rio de Janeiro e buscou a doula no caminho. Ao chegar na MMA, nova avaliação de colo, mas dessa vez, Amanda reclamou de dor e sua doula desconfiou que a médica fez descolamento de membranas sem autorização porque “o toque não era pra doer desse jeito”. A partir de então as contrações intensificaram-se e ela descreve que urrava no corredor. A avaliação de colo só ocorreria cerca de duas horas depois para que ela fosse liberada para a suíte de parto. Amanda caminhou, recebeu massagens, gritou, pediu anestesia e foi avaliada antes do horário marcado pela médica. Neste momento Amanda já “não estava raciocinando” – estava na *Partolândia* – e a dor tomava conta. Foi internada e subiu com a doula como acompanhante. Bola não adiantava mais. Ficou de joelhos sobre a cama e apoiou o corpo no espaldar da cama e recebeu massagens nas costas o tempo todo. Amanda pediu “anestesia, cesárea e até a morte” e em alguns momentos revela que era possível de fato morrer. A doula lembrava-a de que ela não queria anestesia nem cesárea: ela confessa sentimentos de amor e ódio pela doula nesse momento. No chuveiro quente, as dores amenizaram um pouco e ela narra ter entrado “em alfa”. A doula disse para ela se acalmar, pois já via a cabeça do bebê. Mais uma contração e veio a cabeça empelicada e a doula estava saindo para chamar a médica, mas Amanda não deixou, pois não daria tempo. E assim seu bebê nasceu empelicado, sem anestesia, ocitocina e cortes. Quando a médica chegou, esperou o cordão parar de pulsar; a doula cortou o cordão. Amanda denota um sentimento contraditório quando vê a placenta – a qual ela descreve como “uma árvore à la Tim Burton⁶⁶” – dequitada espontaneamente: uma mistura de “nojo” e “gratidão por alimentar meu filho”. “Uma das coisas mais estranhas” da sua vida. Ao exame, verifica-se

⁶⁶ Tim Burton: cineasta norte-americano conhecido por filmes como Eduardo Mãos de Tesoura (1990), a refilmagem de A Fantástica Fábrica de Chocolate (2003), entre outros. Foi influenciado desde sua infância por Edgar Allan Poe e por filmes de terror.

que não houve laceração. Amanda avalia que foi tudo da maneira como ela sempre quis e mais um pouco. Agradece as pessoas que a apoiaram, especialmente a doula, que além do apoio, aparou seu filho. Foram três horas de TP ativo, um parto natural após cesariana, com amor, dor e respeito. Amanda termina seu texto mandando “um beijo para a sociedade que dizia *uma vez cesárea, sempre cesárea*⁶⁷”.

Ana é uma tercigesta com dois partos normais anteriores que trocou “a maternidade cinco estrelas” para parir no SUS e ter “um lindo parto com respeito e sem intervenções na MMA”. Ela agradece às ativistas pela conquista. Os dois primeiros filhos eram adolescentes quando ela engravidou do terceiro. Ambos haviam nascido de PN hospitalar com intervenções. Depois de trabalhar em uma unidade da maternidade onde teve seus filhos, ela percebeu a realidade. Narra como ficou chocada e viu “como funciona esse sistema pobre, com conveniência de médicos e mães, bebês prematuros na UTI neonatal, bebês no berçário sem a mãe, e muito *glamour!*” Ana inicia o pré-natal com um médico diferente daquele que a atendeu nos partos anteriores. Na primeira consulta ele afirma “fazer parto normal”. Na segunda consulta, o discurso modificou-se: “normal, só se tudo estiver perfeito”, “depois de tanto tempo, este terceiro parto seria como se fosse o primeiro, teria muita dificuldade”. O profissional cobrava por fora uma taxa de disponibilidade, prática comum entre obstetras que atendem planos de saúde. Ana revela que fugiu dele e começou a peregrinar atrás de um médico do plano que acompanhasse parto normal, sem sucesso. Iniciou-se uma pressão familiar para que ela procurasse o antigo obstetra, aquele que assistira seus dois partos com VO – prática que só veio muito depois a saber o que era. Fugiu desse também, pois ao ter uma infecção urinária, ele prescreveu corticoides para o amadurecer o pulmão do bebê, pois havia o risco de nascer prematuro⁶⁸. Foi então que ela encontrou a CNO e leu todos os arquivos, fez muitas perguntas, as quais foram prontamente respondidas. Conforme as “vendas foram caindo” Ana começou a se sentir “angustiada, revoltada, apavorada, perdida, acuada e sem saber o que fazer”. Teve desejo de parir em casa ou fugir. Contratou uma doula, que a sugeriu “procurar uma obstetra

⁶⁷ Afirmação do obstetra norte-americano Edwin Cragin em uma publicação de 1916, que precisa ser entendida dentro do contexto da época. No final do século XIX e início do século XX, não havia monitoramento fetal. Era uma época em que o comprometimento fetal não era indicação de cesariana e não havia ocitocina para aumentar as contrações e acelerar o processo de parto. Cesarianas estavam indicadas apenas na tentativa de salvar a vida de mulheres exaustas, desidratadas, muitas vezes moribundas (UGWAMANDU, 2005). Para Cragin, as mulheres deste seletivo grupo (1-2% do total) que sobrevivessem a uma cesariana não eram candidatas a um parto normal subsequente. Na perspectiva da MBE é uma opinião de especialista, dada a partir das ferramentas que ele dispunha àquela época e, por isso, precisou ser revista.

⁶⁸ Infecções urinárias (ITU) sem tratamento podem cursar com trabalho de parto prematuro. Não há nenhum protocolo que preconiza o uso de corticoide para amadurecer pulmões devido à ITU. O que se preconiza é tratar a infecção, eliminando assim, o risco de prematuridade.

humanizada, que pratica medicina baseada em evidências”, que foi uma “*anja*”, esclareceu suas dúvidas e lhe deu segurança. Havia resistência da família do marido, que acreditava ser “um absurdo pagar caro por um parto que podia ser quase de graça na maternidade chique perto de casa”. Segundo Ana, “meses de discussões e lágrimas”. Ela relata ter se resignado, mas apenas se calou. Não estava resignada, continuava a buscar alternativas para ter o parto que desejava. Manteve as consultas particulares com a médica humanizada e, ao dividir com ela suas dificuldades, esta a sugeriu que fosse ter seu bebê na MMA, onde ela também trabalhava em plantões. No entanto, Ana descartou imediatamente essa possibilidade pois sua casa é muito distante da MMA e havia trânsito. Porém, ela começou a ler postagens sobre o lugar e resolveu assistir a palestra de apresentação da maternidade. Ana “amou” o lugar, as pessoas e o conceito de humanização, tomou a decisão e apenas “comunicou” o marido. Diante de tanta determinação, ele não interferiu. O TP começou às 39 semanas pela manhã. Pelo telefone, a doula orientou a sentar na bola e relaxar. Algumas horas se passaram e as contrações ficaram mais frequentes. Consultou a médica do pré-natal, que a orientou a ir para a maternidade quando as contrações estivessem em intervalos regulares de 10 minutos. Por volta de 23:00 horas, as dores intensificaram-se e Ana foi para o quarto, apagou as luzes, começou a rebolar na bola e “sentir o parto”. Quis ficar sentada na bola debaixo do chuveiro e, ao relaxar, a dor arrefeceu. Deitou e dormiu. Acordou repentinamente com uma dor intensa e a bolsa se rompeu. Para Ana a dor era fortíssima, mas não havia sofrimento. Partiram para a MMA, contudo ela fantasiava parir no carro. Por precaução, orientou o marido a pegar sacos de lixo e toalhas. Ao passar diante da maternidade particular, o marido perguntou se ela tinha certeza de sua decisão. Ao recordar-se dos “berçários frios e das equipes despreparadas para parto normal” recusou a oferta. Na madrugada, com a rua deserta, chegaram rapidamente à MMA. As contrações estavam fortes e Ana revela que já estava na *Partolândia*. Na triagem constataram dilatação total. Na suíte de parto utilizou o chuveiro e depois foi para a banqueta. A doula ao seu lado. O bebê nasceu após cerca de duas horas de TP ativo e Ana realizou seu sonho de poder pegar o filho no colo ao nascer. Isso fora-lhe negado anteriormente. O bebê nasceu com APGAR 10, uma circular de cordão e um nó verdadeiro⁶⁹. O cordão só foi clampeado depois de parar de pulsar. Ana avalia ter sido muito bem tratada e acolhida por uma equipe bem preparada, em oposição àquela do hospital privado. Houve uma pequena laceração, que ela identifica como sendo devido às duas episiotomias não consentidas que sofreu. Uma delas, sem anestesia. O pai emocionou-se, filmou, tirou fotos e relatou o parto para todos. Ana elogiou a equipe de

⁶⁹ Nó verdadeiro: quando o cordão umbilical enrola em si mesmo e forma um nó.

enfermagem do pós-parto, recomendou às mulheres cariocas da comunidade que tenham seus filhos na MMA, fez considerações sobre a maternidade e relatou os dois primeiros partos e como se sentiu maltratada.

Andréa é uma primigesta que fez um plano de saúde para poder ser melhor atendida, mas chegou à conclusão de que eles “priorizam tempo e dinheiro”. Ela se descreve como “bobinha”, pois iniciou a procura por um “médico que fazia PN”, mas só encontrou “cesaristas”. Então resolveu manter-se com um deles, mas revela que o odiou. Ela qualifica-o como insensível. Passou a buscar informação, “caiu no mundo da humanização” e se apaixonou. Parto humanizado era tudo que ela sonhara, mas estava chegando ao terceiro trimestre de gestação. Admite que, por trabalhar, perdeu o período em que poderia se candidatar a parir na CP em Realengo. Foi quando ela aprendeu sobre a importância da doula e começou a ter contato com uma que a incentivou a frequentar grupos presenciais de apoio ao PN. Andréa conta que com 38 semanas ela se “empoderou” e abandonou o obstetra do plano, tendo tomado a decisão de parir no SUS para ter um parto respeitoso. No entanto, ela não buscou outra opção para continuar o pré-natal e assim ficou até o nascimento, que ocorreu com mais de 40 semanas. Ao completar as 40 semanas, ela decidiu fazer uma ultrassonografia por conta própria e revela que a médica não conseguiu medir ou calcular o peso do bebê adequadamente. Ele tinha mais de 4,700Kg. Segundo as nativas da CNO, “ultra não é balança” e Andréa compartilhava dessa percepção. O tampão saiu aos poucos, mas nenhum outro sinal até que as contrações se iniciaram espaçadamente em uma quinta-feira. Com o passar do dia, elas foram aumentando em intensidade. Ao cair a noite, Andréa já não encontrava uma posição confortável e conversava com a doula pelo telefone. Seu marido encheu a piscina plástica para que ela relaxasse. As contrações estavam mais aceleradas e eles decidiram ir para a MMA às 23:00 de sexta-feira. Andrea mora na Baixada Fluminense, distante do centro da capital. Ao chegar à maternidade, ela estava com 3 cm de dilatação e foi feito o descolamento de membranas, tendo sentido uma dor lancinante. Não fica claro se o procedimento foi feito com o seu consentimento ou não. Foi requisitado que ela aguardasse e fizesse uma cardiotocografia⁷⁰ (CTG) às 2:00 horas. Enquanto isso, ela andava pelos corredores do hospital. Depois da CTG, pediram que aguardasse mais. As contrações ficaram espaçadas. Às 4:00 horas Andréa “implorou” para ser examinada; sentia muita pressão na bexiga e não conseguia urinar, apesar da vontade. A médica não queria interná-la, Andréa não estava em TP ativo, mas o fez por insistência. Subiu para a

⁷⁰ Cardiotocografia: monitorização fetal eletrônica, geralmente feita por cerca de 20 minutos. Faz uma análise gráfica da frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas.

suíte de parto acompanhada de seu marido e da doula. Chuveiro, bola, cama, não havia posição confortável. A pressão que sentia era grande, mas Andréa acha que talvez estivesse em pródromos. Às 9:00 horas, como nada havia evoluído, uma enfermeira sugeriu que fosse para a enfermaria para que não houvesse pressão dos médicos em apressar o nascimento. Porém Andréa não conseguia nem descansar, tampouco se alimentar ou urinar. Às 20:30 horas, as contrações retornam com maior intensidade e, ao ser examinada, estava com 5 cm de dilatação. A doula, que havia ido descansar, voltou. Andréa retornou à suíte de parto e ficou no chuveiro. À 1:00 hora do domingo, houve ruptura alta da bolsa e o líquido amniótico começou a escorrer. Muita pressão na bexiga. Os BCF alteraram e às 3:00 horas fizeram outra CTG. Ela descreve como tortura os momentos que teve que ficar parada para o exame. Os BCF estavam acelerados, com 170 bpm, mas Andréa não se preocupou. Apavorou-se quando uma médica veio dizer que usaria ocitocina, pois “não seria somente a natureza fazendo o seu curso”. A ocitocina foi instalada e o parto não evoluiu. Desesperada, Andréa pede para retirarem o soro. Uma outra médica veio e pediu autorização para terminar de estourar a bolsa e ela consentiu. Os BCF já estavam normalizados e Andréa pediu que retirassem o soro. A médica então disse que como o seu bebê era grande, demoraria mais para nascer. Naquele momento Andrea sabia que o cansaço a estava vencendo e que seu “corpo estava dizendo que não conseguiria”. Ela relata que realmente sentiu que seu corpo pedia para ela parar. E então a médica deu duas opções: manter a ocitocina ou ir para a cesariana. Andréa pediu um tempo para pensar, seu marido disse a ela que ela não precisava provar nada a ninguém. Andréa rendeu-se à cesariana com dor no coração, segundo ela, pois não era seu sonho. Seu bebê nasceu por via cirúrgica com 5,320Kg, o maior bebê do hospital. Andréa termina seu relato afirmando que espera um dia realizar o sonho de um PN e que não se arrepende de ter saído do plano de saúde para ter tentado parir na MMA. Ela acredita que foi mais do que bem tratada e cuidada no hospital e que teve suas escolhas respeitadas⁷¹.

⁷¹ Notas sobre o parto de Andréa: Uma sequência de acontecimentos na gestação e parto de Andréa são dignas de atenção. Em primeiro lugar, o peso ao nascer do seu bebê. Um bebê com mais de 5 quilos ao nascer, muito provavelmente é filho de uma mãe diabética não diagnosticada durante o pré-natal. É possível que um bebê nasça com mais de 4,5 kg sem que haja diabetes ou obesidade associada, mas é exceção, não a regra. De acordo com o Caderno de Atenção ao Pré-natal de baixo risco, há indicação relativa de cesariana eletiva em bebês macrossômicos (BRASIL, 2012b, p.149). Em segundo lugar, o abandono do pré-natal. Andréa passou o final da gestação sem qualquer atendimento de pré-natal, fez uma ultrassonografia por conta própria e, portanto, ela não sabia da indicação clara para o exame, nem como interpretá-lo. Um bebê acima do percentil 95 deveria ter sido investigado adequadamente, pois esse peso está acima do esperado para a idade gestacional. Em terceiro, a ida precoce para a maternidade. Apesar de ser um bebê GIG, da suspeita de diabetes, não se pode afirmar com certeza que ele não nasceria de parto normal. É bastante possível que não nascesse e que fizesse uma desproporção céfalo-pélvica (DCP), quando a cabeça do bebê não se encaixa à pelve materna. No entanto, o seu desejo de internação precoce, talvez por residir longe da maternidade, prevaleceu. Neste sentido, ela foi respeitada. Em vários momentos Andréa revela não conseguir urinar sem que relate uma solução. Andréa não relata nenhum tipo de intervenção em relação

Bárbara teve uma cesariana “que a deixou com cicatrizes na alma” quatro anos antes de sua segunda gestação. Ao engravidar novamente, queria realizar o sonho do parto humanizado. Durante a gestação, enjoos, dores nas pernas e, no terceiro trimestre, uma coceira insuportável pelo corpo e a suspeita de ter colestase intra-hepática⁷², que a levou a fazer “mil exames, com resultados não compatíveis, díspares e enlouquecedores”. Com tudo isso acontecendo e o sonho do PN se distanciando, Bárbara passou a ter insônia pelos dois últimos meses de gestação. O obstetra pressionava para levá-la a uma cesariana e em sua cidade faltava um hospital que tratasse “com dignidade a mulher”. Além disso, sair de sua cidade para tentar o parto em outra seria difícil, com a filha mais velha ainda necessitando de cuidados. Bárbara afirma que ela e o marido tinham planos A, B e C e todos eles caíam no C de cesárea. “A cada exame, uma tristeza quase conformada. O sistema obstétrico brasileiro estava ganhando e me fazendo perder”, apontou Bárbara. No final, as alterações nos exames eram uma pedra na vesícula e os médicos diziam ser indicação de cesárea, mas nada a fazia crer nela. Quase conformada, Bárbara agenda a cesariana no hospital municipal de sua cidade para uma quarta-feira e seria o último plantão do médico que acompanhou seu pré-natal antes que ele saísse de férias. Bárbara foi ao hospital e soube que lá não se cumpre a Lei do Acompanhante⁷³ e ela chegou a mandar mensagem via telefone para o prefeito da cidade, na qual demandava respeitosamente que a lei fosse cumprida, mas não obteve resposta. Ela continuou buscando informações sobre a indicação cirúrgica e em grupos do *Facebook* descobriu que discordavam dela. Mais um exame de ultrassonografia e foi descoberto que a pedra era, na verdade, um pólipó e não haveria nenhum risco para o parto. A esta altura ela já estava decidida a viajar para o Rio de Janeiro às 39 semanas com sua mãe e filha, deixando o marido para trás. Aguardaria o TP e pariria na MMA. Bárbara recebeu uma ligação da secretária de saúde da cidade que a informou que, a pedido do prefeito, ela poderia ter a companhia de seu marido durante a cesariana. Ela agradeceu e declinou a oferta, disse que não queria este privilégio apenas para si, mas para todas as mulheres. Neste mesmo dia ela começou a sentir os pródromos durante a noite, sem regularidade, no entanto. Pela manhã foram ao hospital para checar se era TP ou alarme falso. Para sua surpresa, a plantonista diz que estava com 4 cm de dilatação. Em seu

à urina. Quando a médica atesta que um bebê grande demora mais para nascer, isso acontece porque o movimento de rotação e descida é mais lento, exatamente por causa de seu tamanho. Andréa considera ter sido respeitada em suas escolhas, mas para o uso de ocitocina não houve sua anuência.

⁷² Colestase intra-hepática da gravidez: aparece no 2º ou 3º trimestre de gestação e se caracteriza por prurido pelo corpo e alteração das enzimas hepáticas.

⁷³ Lei do Acompanhante: Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005 que garante o direito de acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto no âmbito do SUS. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm

relato ela menciona estar no soro, mas não fica claro se havia ocitocina ou não. Ela apenas atesta que estava amarrada àquele soro, sem possibilidade de caminhar. Após duas horas, o obstetra que fez seu pré-natal revela que ela ainda estava com 4 cm e que se preparasse para a cesariana. Enquanto isso, seu marido estava longe. Ao vê-la angustiada, uma enfermeira perguntou o motivo e ela disse que não queria estar ali, que gostaria de parir na MMA, no Rio de Janeiro. A enfermeira então disse que era possível porque tanto as contrações quanto a dilatação haviam estacionado. Bárbara então chama o médico e mente: diz que já que teria que fazer uma cesariana, que teria que levar a filha na escola e que voltaria depois para a cirurgia. O médico negou e ela fugiu sem cartão da gestante. Ela revela que o marido sabia quão importante era ter um parto respeitoso. Pegaram a filha e viajaram para o Rio de Janeiro, em uma viagem que durou muito mais do que o normal, cerca de cinco horas da Região dos Lagos até a capital fluminense. Bárbara foi para a casa da cunhada e ao tomar banho o tampão mucoso saiu. Ela liga para a sua doula, que não pode comparecer ao parto, mas envia uma doula *back-up*. Por volta de 22:00 horas ela se encaminhou para a maternidade e ainda estava com os mesmos 4 cm de dilatação. Para ela, Deus segurou sua dilatação. Bárbara sentiu-se acolhida, relatou sua fuga, mas a plantonista decidiu não a internar ainda. Pediu que andasse e depois fizesse uma CTG. As contrações já estavam intensas e à meia-noite, aos 6 cm de dilatação, ela foi internada. Ela usou chuveiro, bola, banquetas, recebeu massagens da doula, do marido. O quarto estava escuro e estava tudo perfeito, menos a dor. Bárbara discorre sobre como se manteve centrada durante o TP e como se sentia como um animal que andava em silêncio pelo quarto. Pensava no quanto odiava o PN, no quanto a ideia havia sido idiota, mas focava. Pediu para ser examinada e estava com 8 cm. Depois de quase trinta horas de dor, ela se sentia exausta e dormia entre as contrações. Pediu analgesia. Bárbara elogia o atendimento dos profissionais e a calma com que a médica veio dizer que seu parto seria como ela desejasse. Assim ela recebeu analgesia de parto e chegou à dilatação total. Perguntou à pediatra quais seriam os procedimentos no bebê e esta respondeu que só seria feito aquilo que eles autorizassem. Bárbara respondeu que não queria que fosse feito nitrato de prata⁷⁴ nem aspiração das vias aéreas e gostaria de ter clampamento tardio do cordão umbilical. Assim que a filha nasceu, foi direto para seus braços e mamou. Logo em seguida houve a dequitação natural da placenta e Bárbara

⁷⁴ Nitrato de prata: fármaco utilizado para prevenir oftalmia neonatal preconizado pelo MS e obrigatório por lei em São Paulo. Contudo, não há consenso sobre seu uso, pois ele não protege totalmente contra clamídia e causa conjuntivite química nos RNs.

diz que não sentiu nojo ao vê-la. Ela declara que se sentiu mulher e que se orgulhou como nunca⁷⁵.

Pari após 34 horas sem me apressarem. Pari sem cortes. Pari e realizei um sonho. Pari para mostrar para minha filha que nenéns não vêm só de corte na barriga. Pari para tornar isso uma missão de vida. Pari e sambei na cara da sociedade e do sistema obstétrico cruel vigente. Pari a L (nome da filha). Pari a Bárbara.

Bruna possui convênio médico desde que nasceu, mas como “não queria ter o parto roubado por uma cesárea”, escolheu parir pelo SUS, no CAISM da UNICAMP em detrimento da Maternidade de Campinas porque aquele hospital possui selo da Unicef de Amigo da Criança e a Maternidade não possui. Ela agradece uma amiga por tê-la adicionado na CNO e em outros grupos de apoio ao parto. Era sua primeira gestação, sem enjoos ou outras intercorrências. Queria um parto, mas sabia pouco. Às 37 semanas foi fazer a última ultrassonografia, o líquido amniótico estava reduzido e o bebê “estava um pouco pequeno”, mas não havia nenhuma alteração de desenvolvimento. No mesmo dia passou em consulta com seu “GO cesarista” e sentiu medo, nervoso, ansiedade de ele “querer enfiar uma *desnecesárea*”. Ela acredita que por conta disso, sua pressão arterial elevou-se. Em uma primeira aferição, o resultado foi 140 x 90 mmHg. Minutos depois, 120 x 70 mmHg, pressão dentro dos padrões de normalidade. No entanto, ele a afastou do trabalho e solicitou que ela ficasse sempre deitada do lado esquerdo e fizesse uma CTG. Bruna desesperou-se e toda vez que media a pressão, esta estava alterada. Pediu aos pais que a levassem até a Maternidade de Campinas para fazer a CTG. Como não mora em Campinas, fez as malas pensando que talvez ficasse por lá mesmo. Dirigiu-se para lá com tristeza, achando que seria submetida a uma cesariana. No entanto, na triagem, a pressão arterial estava melhor e durante o exame os BCF estavam perfeitos. O médico garantiu que ela poderia esperar pelo parto. Os pródromos iniciaram e ao aferir a pressão, estava normal. Ela perguntou à mãe o que era uma contração de TP e esta respondeu que ela saberia. Ainda assim, Bruna assistiu vídeos educativos no YouTube sobre as fases do TP. No final do dia, começou a sentir as contrações e afirma que a mulher realmente sabe quando é uma contração de TP: “É como uma onda, você sabe que ela vai chegar, aí ela vem chegando, ficando maior, maior, maior até chegar no topo e começa a diminuir, diminuir, diminuir até ir embora”. Bruna tentou descansar, mas não conseguiu porque elas vinham a cada cinco minutos. Iniciou o

⁷⁵ Notas sobre o parto de Bárbara: pelo relato, tudo indica que ela apresentou uma fase latente prolongada e dolorida. Bárbara não estava em trabalho de parto ativo quando foi ao hospital pela manhã. Por isso permaneceu tantas horas com os mesmos 4 cm de dilatação.

monitoramento através do aplicativo no celular e às 21:00 horas as contrações aconteciam a cada três minutos. Seu marido tem destaque no relato pois ele “foi como uma doula”, ajudando-a com massagens, lembrando da respiração, ajudando a andar, agachar. Ela confere a ele 50% do parto, pois teve ajuda física e psicológica vindas dele. Um “casal grávido” clássico que pariu o filho junto. Às 22:00 horas ela decide ir à emergência para checar a dilatação pois no CAISM só há internação se estiver em TP ativo, com dilatação acima de 4 cm. Ao exame, que não foi confortável, 5-6 cm. O médico queria encaminhá-la para o hospital, mas ela informou que iria para o CAISM, ao que ele respondeu para correr pois seu bebê nasceria em duas horas. Bruna não acreditou, afinal, a maioria das primigestas não têm partos rápidos. A família toda junta, pais, irmã, cunhado, cada um com uma tarefa. No caminho para Campinas, as contrações ficaram mais intensas e Bruna entrou na *Partolândia*. Ela revela que a única pessoa que conseguia ver e ouvir era seu marido, pois “tudo ficou como uma nuvem fora de mim”. Ao chegar ao CAISM, as dores estavam muito fortes e ela não foi capaz de consentir o exame vaginal, o que foi feito por seu marido. Ao toque, estava com 8 cm de dilatação. Quando chegaram ao centro obstétrico, o marido foi impedido de entrar imediatamente. Explicaram que era troca do plantão e que ele logo entraria, mas Bruna ficou nervosa. Ela sentia muita necessidade de evacuar e esclarece que todos estão acostumados, que é algo fisiológico e que ninguém vai pensar que uma mulher é porca porque evacuou no parto. A médica avisa à enfermeira que eles iriam fazer analgesia do parto, sem levar em consideração se Bruna desejava ou não o procedimento. Ela não participava da conversa, mas respondeu que não gostaria de ter analgesia. Ao receber esta informação, a médica muda de postura e pergunta se ela tem plano de parto. O documento estava com o marido que trocava de roupa. Ele não demorou muito tempo. Foi para o chuveiro com as enfermeiras até a sua chegada. Novamente, veio vontade de evacuar. Novo toque e a dilatação estava total. Perguntaram se poderiam romper a bolsa d'água e o casal respondeu negativamente. A partir de então fizeram tudo como Bruna esperava. A equipe médica a deixou à meia luz em privacidade com o marido e aguardou no corredor. Eles entravam apenas para fazer ausculta fetal. Ela utilizou a bola, mudou de posição e chegou a pensar que ia morrer. Orgulha-se de não ter pedido nem analgesia nem cesariana. Bruna fez uma oração, pedindo a Deus que seu filho nascesse logo e começou a sentir os puxos, quando a bolsa estourou espontaneamente. Ela compara o ato de parir a evacuar pois, para ela, a dor foi no ânus, não na vagina. Descreve a força que fez como “desumana”, a qual ela não acreditava ser capaz de ter. Bruna pariu em quatro apoios e tentava ver o filho, ao que foi ajudada pela equipe a se deitar para que ele pudesse ir para seu colo. Depois que o cordão parou de pulsar, o pai fez o clampeamento. Sua impressão sobre a placenta é de que era linda.

Ao ser examinada, verificaram que ela teve uma pequena laceração de grau I. Bruna ressalta que todos os procedimentos feitos no bebê foram autorizados pelos pais. Ela conclui que vale a pena se informar e indica o CAISM para parir. Ressalta que eles seguem e gostam do plano de parto. “Não desistam, amigas! Nós podemos vencer o sistema!”

Dayse define sua gestação como uma “saga”. O primeiro parto foi repleto de intervenções, em que sofreu fisicamente. Segundo ela, havia um excesso de ocitocina e ela entrou “em choque” e por isso, não conseguia fazer força. Aplicaram um fórcepe e fizeram uma grande episiotomia, que necessitou quatorze pontos. A clavícula de sua filha foi quebrada ao nascer. Apesar de ter sofrido toda essa violência, ela tampouco queria uma cesariana sem indicação real. Por isso, só lhe restava o parto humanizado, mas ela precisaria fazer o marido acreditar que era um parto seguro. Aos quatro meses de gestação, ele já havia aceitado sua escolha. No entanto, os valores eram altos e o médico do convênio dizia que seria impossível ter um parto natural. Foi então que Dayse decidiu dar seguimento ao pré-natal pelo SUS e abandonar o plano de saúde. O pré-natalista do SUS orientou-a a buscar atendimento na Casa Angela ou na Casa de Parto de Sapopemba, ambas atendem SUS, na cidade de São Paulo. Dayse ficou “apaixonada” pela Casa Angela, mas teve vários episódios de ITU durante a gestação que quase a tiraram do risco habitual. Terminou de fazer o último tratamento com 37 semanas e quando pegou o resultado negativo da urocultura foi liberada para parir na CP. Os pródromos iniciaram e permaneceram durante o final de semana. Na segunda-feira o tampão mucoso começou a sair. As cólicas passaram a vir regularmente a cada seis minutos. Dayse ligou para a CP e a obstetrix que ela desejara para o parto estava de plantão e pediu que ela se encaminhasse para lá. Ao ser examinada, Dayse estava com cerca de três centímetros e a obstetrix a orientou que aguardasse. O casal saiu para caminhar pelo bairro e as contrações tornaram-se mais intensas. Ao retornar, Dayse foi direto para o chuveiro e sentiu contrações cada vez mais fortes, então com três minutos de intervalo. Quando a outra obstetrix auscultou o BCF da bebê, disse que estava ótima e perguntou se ela gostaria que nascesse ali no chuveiro. Dayse preferiu ir para o quarto e pediu para ser examinada pois não acreditava que estaria perto do expulsivo. Ela ainda achava que poderia estar com cerca de três centímetros de dilatação. No entanto, foram constatados nove centímetros e uma vontade incontrolável de fazer força. Para Dayse, foi “a sensação mais maluca [...] porque o corpo fazia força sozinho”. A cada força, ela relata ter sentido muita dor, mas seu “corpo tomava conta de tudo” e a dor parava para que ela respirasse. Também teve a sensação de morte e para ela, naquele momento morreram todos os

medos e traumas. Quando sua filha nasceu, nasceu uma nova mãe, alguém que sabia que era capaz de tudo. Dayse descreve esse parto como a melhor sensação de toda a sua vida.

Nanci escolheu o Amparo Maternal para ter seu filho por saber que lá encontraria uma equipe boa para parto humanizado. Com bolsa rota, foi internada para indução e revela que não há o que reclamar da instituição pois foi tratada com muito carinho pelas três equipes que cuidaram dela durante o TP. Ela afirma que seu plano de parto foi lido e respeitado. A indução não evoluiu como desejado e Nanci afirma que a decisão pela cesariana foi feita em conjunto, não foi uma imposição. Exausta depois de uma longa indução, ela revela ter sentido frustração, “que ainda não cicatrizou no peito”. Ela discorre sobre o acontecido – a maternidade perdeu alguns pontos em sua avaliação. Parece uma contradição com a afirmativa de que não há do que reclamar. A crítica subjacente não se refere à equipe de atenção ao parto normal. Aparecem elementos no relato sobre a cisão do que é considerado parto humanizado versus a cesariana e da estrutura hospitalar. Nanci afirma que buscava atendimento humanizado e não luxo. No entanto, era o dia mais quente do ano e o calor a atrapalhou, pois não conseguia descansar. Durante a cesariana, todos os procedimentos considerados humanizados não aconteceram, tais como contato pele-a-pele, amamentação na primeira hora. Seu filho foi mostrado rapidamente pela enfermeira e eles só ficaram juntos mais de uma hora depois da cirurgia, na sala de recuperação. Ela também revela que não são permitidas fotos durante o procedimento cirúrgico. Um momento marcante durante a cesariana foi uma música do cantor Elton John que estava tocando no centro cirúrgico e, para ela, “tornou o momento mais doce”. Nanci termina sua narrativa recomendando o Amparo Maternal para quem quer um parto com respeito e não pode pagar uma equipe particular. Ela declara que pôde caminhar, utilizar bola, chuveiro, ter acompanhante durante todo o TP e alojamento conjunto. Além disso, teve liberdade de escolha de posições para o parto durante o TP. Essa recomendação corrobora a noção de cisão entre o período e equipes de trabalho de parto e a cesariana. Nanci prefere aceitar que foi melhor da maneira como tudo aconteceu e não acredita que tenha passado por uma “*desnecesária*”.⁷⁶

⁷⁶ Notas sobre o parto de Nanci: não há em seu relato uma indicação clínica clara da decisão pela cesariana. Em nenhum momento ela informa dados técnicos sobre dilatação e tempo de internação para indução. No entanto, ela revela que passou por três equipes diferentes. Cada plantão dura doze horas e, portanto, Nanci ficou mais do que 24 horas em indução certamente. Além do cansaço materno, não se sabe se o que houve foi uma desproporção céfalo-pélvica (DCP), quando a cabeça do bebê não encaixa na pelve materna, se houve uma parada de progressão da dilatação ou outra intercorrência.

Pâmela traz o único relato de fora do eixo RJ-SP. Ela mora no interior do Ceará e sua narrativa sobre seu VBAC começa com a primeira gestação. A médica do plano de saúde recomendou uma cesariana eletiva porque seria mais seguro, mas afirmou não querer influenciar a escolha. Para Pâmela tal recomendação pareceu um contrassenso, pois seria impossível não influenciar. O marido queria garantir o melhor e mais seguro nascimento. Agendaram a cesariana, apesar da gestação “super saudável”. Ela revela que desde então era a favor de cesarianas e não gostava nem de ouvir falar sobre PN, pois era um “risco à vida do bebê”. Ela se questiona “onde estava com a cabeça”. Na segunda gestação, a mesma médica assumiu que Pâmela teria outra cesariana porque “o risco de ruptura uterina era enorme” e isso a assustou. Ela mostrou fotos de ruptura uterina e então agendaram a cesariana para quando ela estivesse com 39 semanas e 2 dias de gestação. Porém, cerca de dois meses antes da DPP, Pâmela começou a ficar curiosa e foi buscar ajuda de pessoas favoráveis ao PN. Ela revela que “deixou abrir a mente”, permitiu-se ouvir. E assim uma amiga a adicionou à comunidade CNO e ela começou a ler os relatos. Houve um diagnóstico de placenta baixa e o médico ultrassonografista esclareceu que placenta baixa não impediria um PN, mas sugeriu uma cesariana mesmo assim. Ela e o marido preocuparam-se e Pâmela só pesquisava sobre esse assunto. Na última consulta com a obstetra, esta lhe disse que “a vida já era um risco” e que ela não deveria ficar se arriscando à toa ao querer um PN. Pâmela saiu do consultório chorando e com um novo pedido de ultrassonografia para verificar a posição da placenta. A médica se negou a atender seu parto se ela resolvesse ter normal e que a responsabilidade da decisão era toda de Pâmela. Seu marido “já estava informado de suas vontades”, mas Pâmela sentia a preocupação dele. No entanto, eles assistiram documentários juntos, tiravam dúvidas no *Facebook*. Às 37 semanas, após fazer a ultrassonografia e verificar que não havia placenta baixa, Pâmela abandonou o pré-natal porque não encontrou médicos do convênio que a apoiassem. Também decidiu não ir ao posto de saúde, pois lá é “só pesar e medir pressão”. Então ela preferiu ficar em casa mesmo e continuar a pesquisar. Decidiu ter seu filho pelo SUS, em uma cidade a quarenta quilômetros de distância, onde vive sua mãe, cujo hospital possui um centro de parto humanizado. Quando o TP iniciou, Pâmela não tinha muita certeza, pois as contrações estavam espaçadas. Passou o dia sentindo esses pródromos. Ao final do dia, mais contrações e o tampão começa a sair. Pâmela assustou-se pois havia rajadas de sangue e foi nesse momento que ela começou a se despedir da barriga: a hora estava se aproximando. Ela cantou no chuveiro, depois fez as unhas e arrumou as malas entre as contrações, o que nos dá uma ideia de que ela ainda não estava em TP ativo. À uma da manhã resolveu ir para a cidade

onde iria ter seu bebê e ao ser examinada no hospital, estava como colo apagado⁷⁷, mas sem dilatação alguma, ao contrário dos cinco centímetros que ela imaginara.

Com dores suportáveis, foi para a casa da mãe tentar dormir, mas acordava a cada cinco minutos. Ela andou, agachou, tomou banho para aguardar o dia amanhecer. Ao retornar para o hospital, estava com três centímetros de dilatação e foi internada. Sua mãe e seu marido se revezaram e Pâmela sentiu-se apoiada por ambos. Ela relata que não parou um segundo durante o TP: andou, utilizou bola, cavalinho, banho quente e recebeu massagens. Aos sete de dilatação, pediu anestesia e a enfermeira a informou que não havia. Ela ficou com raiva, mas estava sentindo-se sem forças para falar qualquer coisa. Ao atingir nove centímetros os puxos iniciaram e Pâmela deixa claro que teve que fazer muita força para que a bolsa rompesse. Assim que rompeu, seu filho nasceu, foi direto para seus braços e mamou na primeira hora de vida. Ela considera que teve um parto humanizado pois foi respeitada e não houve intervenções, “a não ser pela ocitocina no expulsivo”. Pâmela afirma que estava cochilando entre uma contração e outra e suas pernas tremiam e esses fatos parecem validar a indicação do uso do hormônio para ela. Houve laceração e ela diz que doeu mais para fazer a sutura do que para parir. Não está claro se a sutura foi feita sem qualquer anestesia local ou se ela foi pouco anestesiada. Ela também afirma que houve manejo ativo para a dequitação da placenta, o qual não lhe agradou, porém, ela não reclamou, pois o cansaço e o sono eram maiores. A enfermeira não ofereceu a tesoura ao marido para seccionar o cordão umbilical e Pâmela não sabe se esperou parar de pulsar ou não. No entanto, apesar destes detalhes que não a agradaram, sua percepção é de que foi um parto humanizado durante o qual ela foi respeitada. Ela termina seu relato agradecendo à comunidade e às experiências trocadas e também dá um recado às participantes: “Eu consegui meu VBAC. Você também pode. Corre atrás, se informa, fica alerta principalmente com médicos de convênio!”

Rebeca escreve seu relato de parto apenas 48 horas após dar à luz porque estava feliz por ter conseguido o parto que quis, por ter se sentido confiante e por ter obtido informação na CNO para “fugir do sistema”. Ela foi atendida por oito médicos diferentes durante o pré-natal, os quais foram, pouco a pouco retirando sua confiança com frases como: “PN você não vai querer”, “PN não existe mais”, “PN é perigoso, pode matar seu filho”, “podemos tentar, mas acho difícil”. Rebeca sentiu-se desamparada, “cercada por um mundo cesarista” e então decidiu

⁷⁷ Colo apagado: tecnicamente chamado de esvaecimento, é o processo em que o colo do útero é progressivamente encurtado até o seu total desaparecimento, a partir das contrações uterinas; afinamento do colo.

manter-se com a última médica e “tentar a sorte com um plantonista”. Seu apoio foi uma prima, que a adicionou ao grupo e marcava as publicações para que ela se enriquecesse e se empoderasse. E foi assim que Rebeca nutriu-se de confiança e soube que “cesárea? Não, obrigada”. Ao completar 40 semanas, sabia que o bebê poderia chegar a qualquer momento e se preocupou quando não sentiu o bebê se mexer. Foi então para a emergência de um hospital particular. A obstetra plantonista a examinou, estava com três centímetros de dilatação. Durante a CTG, que foi feita por duas horas, os BCF estavam normais e Rebeca foi encaminhada para a ultrassonografia para avaliar a quantidade de líquido amniótico. Depois de permanecer no hospital sem acompanhante por aproximadamente seis horas, “tudo ótimo, líquido ótimo, bebê ótimo”, a plantonista pediu o telefone de sua médica “para conversar” porque iria solicitar a sua internação. Assustada, Rebeca questionou quais seriam as razões para ser internada. A resposta foi que ela tinha sentido o bebê se movimentar pouco, que não havia condições de ter um PN como ela desejava, seu “bebê estava sem energia” e, caso esperasse, “ele poderia entrar em sofrimento fetal, que o mais recomendável e saudável era uma cesárea”. A plantonista também disse que “poderia ser algo ou não ser nada, mas o mais seguro era a cesárea”. Rebeca sentiu o mundo desmoronar aos poucos, mas em seu íntimo sabia que aquilo não era verdade e negou a internação, ao que a médica respondeu que sua alta seria à revelia. E então Rebeca voltou para casa, chorou. Pediu para seu filho se movimentar e dizer de alguma forma que ela havia tomado a decisão correta. Foi então que sentiu “um chutão” e entendeu que seu “corpo estava dizendo que estava tudo bem”. Em consulta no dia seguinte a médica disse que haviam passado para ela um quadro preocupante e que iriam monitorar o bebê durante a semana seguinte. Também recomendou que Rebeca não se abalasse e que poderia nascer durante o final de semana. À noite os pródromos se iniciaram, mas Rebeca dormiu tranquilamente até por volta de 4:00 horas, quando as contrações ficaram mais intensas e ela ligou para sua prima/doula. Ela acredita que teve uma ruptura alta de bolsa sem perceber. Rebeca lera sobre a MMA na CNO e decidira que seu parto seria lá. Quando chegou à maternidade, foi examinada e estava com quatro centímetros de dilatação apenas, mas a bolsa estava rota e então ela foi encaminhada para a CTG. Ao final do exame, ela foi internada e começou a “ver que a *Partolândia* estava ali”, esperando por ela. Com contrações cada vez mais fortes, Rebeca foi para o chuveiro e a água aliviou a sensação de dor. No entanto as dores foram ficando cada vez mais intensas e Rebeca pediu a banqueta à prima. Depois de um período, a banqueta tampouco era opção e ela se deitou no chão do banheiro, com a água batendo sobre seu corpo. Sentiu-se emocionalmente abalada e quis desistir de tudo. Revela que chorou, berrou, perguntou-se por que engravidou, pediu desculpas por não estar conseguindo, mas continuou com o apoio irrestrito da prima, que teve

um papel fundamental em sua jornada e que assegurava que ela era uma mulher forte e que em pouco tempo seu filho estaria em seus braços. À chegada do enfermeiro para auscultar o BCF, Rebeca decidiu ir para a cama, mas uma contração a fez ajoelhar de dor e ela havia entrado no período expulsivo. Na cama, Rebeca tentou três posições diferentes, a enfermeira via os cabelinhos do bebê. Nisso, uma obstetra chegou e disse que estava lá para ajudá-la. A equipe passou a informar Rebeca quando as contrações começavam, pois ela aponta que as dores a impediam de “escutar seu próprio corpo”. Foi feita uma tentativa de vácuo-extrator⁷⁸, mas ele soltou e a médica revelou que só dependia de Rebeca para que seu filho nascesse. Ela esclarece que a equipe não a sufocou, ao contrário, suas palavras eram de motivação e compreensão. Rebeca revela que teve medo da episiotomia, mas a médica a tranquilizou e informou que “nem sabia o que era aquilo e que nem sabia fazer”. Após cinco forças, seu bebê nasceu e foi direto para seu colo. O cordão só foi seccionado por sua prima quando parou de pulsar, a dor esvaneceu-se e “parecia que nunca tinha estado lá”. Houve uma laceração de primeiro grau sem necessidade de sutura. Seu bebê nasceu com 3,950 Kg, APGAR 8/9 e Rebeca atesta que tanto ele quanto ela tinham muita energia para nascer. Ela elogia a equipe e afirma que “a humanização estava ali na equipe maravilhosa” que a atendeu, pois teve seu parto respeitado. Para ela, a equipe foi essencial e a doula também. Ela termina seu relato com esperança de que ele ajude outras mulheres a conquistarem seus partos humanizados.

⁷⁸ Vácuo-extrator: instrumento obstétrico utilizado pelo médico para o auxílio do nascimento do bebê. É uma bomba de vácuo que se conecta à cabeça do bebê com uma espécie de alça, a qual é tracionada para ajudar a descida e saída do feto.

5. ANÁLISE DAS NARRATIVAS DE PARTO

A partir das doze narrativas busco percorrer dois caminhos: em primeiro lugar, a contraposição entre a atenção ao parto dentro dos modelos tecnocrata e humanista. Baseei-me na análise por relações de oposição, ou seja, aquela em há “uma correspondência (relação) entre os elementos de um sistema prático e os elementos de um sistema simbólico... ou seja, a correspondência em oposição, como sendo constitutiva da função simbólica” (BLANCHET; GOTMAN, 1992, p. 19). O método consiste em analisar as relações entre as categorias, a partir de um recorte transversal de trechos dos relatos. Utilizo a oposição termo a termo, a partir das narrativas e de como os modelos de atenção ao parto são descritos. O quadro 2 abaixo organiza as categorias em um sistema. O segundo percurso é a análise das categorias que emergem no discurso das mulheres, em especial aqueles termos que aparecem de forma repetida e clara.

Quadro 2: Correspondência entre o modelo humanista e tecnocrata a partir dos relatos de parto analisados

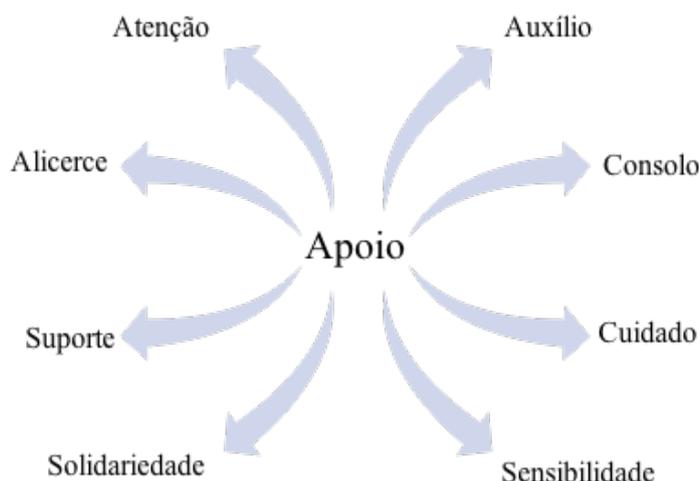
Humanista	Tecnocrata
Protagonista: mulher	Protagonista: médico
Empoderamento	Falta de autonomia
Escolhas informadas: autonomia	Imposição de condutas: submissão/passividade
Abordagem atual: MBE	Abordagem tradicional: experiência
Apoio/acolhimento/compreensão	Abandono/incompreensão
Contato pele a pele e aleitamento precoce	Separação mãe- bebê
Respeito	Violência obstétrica
Confiança	Quebra de confiança
Trabalho em equipe	Trabalho individual
Tempo fisiológico	Tempo cronológico
“Mulher empoderada”	“Mãezinha”
Essencial	Supérfluo

5.1 Apoio

APOIO é a categoria central nas doze narrativas analisadas. No conjunto do material observado ao longo de dois meses de netnografia na CNO, aparece em inúmeras outras narrativas. De modo detalhado o termo integra uma mancha semântica para designar o cuidado estabelecido no modelo humanista por toda a teia de relações na qual essas mulheres estão

inseridas: o companheiro, a família extensa, a CNO, os amigos, a doula e o profissional de atenção ao parto: EO, obstetrix ou médico. Nela encontram-se alicerce, atenção auxílio, consolo, cuidado, sensibilidade, solidariedade, suporte, formando um feixe de categorias positivas (Figura 4) que refletem o modelo de atenção ao parto buscado: o humanista.

Figura 4: categorias positivas do modelo humanista



No que concerne o modelo tecnocrata nos relatos analisados, seja pelas experiências em partos anteriores ou pelo pré-natal com o médico do plano, emergem as categorias abandono, desatenção, dissimulação, incompreensão, insensibilidade, grosseria, separação.

Nos outros partos **implorei** para segurar meus bebês e me negaram, pois eram normas do hospital.... No segundo (parto), já estava no expulsivo quando cheguei no hospital e o GO fofo, receitou **de casa** um tocolítico⁷⁹ para **parar** as contrações... as contrações foram diminuindo de intensidade, senti que tinha alguma coisa errada, mas **ninguém me deu atenção**. (Ana, grifos nossos).

Para minha meia felicidade é o dia do plantão do meu obstetra, que faz outro toque após umas horas e permanecendo os 4 cm diz para eu me preparar para a cesariana. Fiquei arrasada com as palavras, com a **falta de cuidado** de alguns profissionais, e eu "**amarrada**" no soro sem possibilidade nem de andar para facilitar meu parto. (Bárbara, antes de fugir do hospital, grifos nossos).

O parto da minha mais velha tinha sido vaginal, mas com muitas intervenções **sofri muito fisicamente**: tive choque por causa da anestesia e excesso de ocitocina, fizeram uma episiotomia de 14 pontos e tiraram minha filha com fórceps porque eu estava em choque e não conseguia mais fazer força... saí com a minha filha com a **clavícula quebrada sem ninguém me informar isso**. (Dayse, grifos nossos).

Foi em uma dessas dúvidas de primeira gravidez que me encaminhei... para a emergência do [hospital privado] pois não estava sentindo o bebê mexer tanto e me preocupei... GO que fez o toque e constatou... 3cm de dilatação e me encaminhou ao CTG... No final deu **tudo OK**... a GO me encaminhou para o ultrassom para verificar o

⁷⁹ Tocolítico: medicamento utilizado para inibir as contrações uterinas.

líquido e **tudo OK**, líquido ótimo e **bebê ótimo**, porém após ter ficado desde 12h até quase 18h no hospital a GO... iria **solicitar minha internação**... me assustei e questionei e entre as razões estavam que o bebê tinha pouco se movimentado enquanto eu estava lá, que **não teria como eu ter parto normal** como eu queria... que **o bebê estava sem energia** e que se eu esperasse **ele poderia entrar em sofrimento fetal**, que **o mais recomendável e saudável** era eu ir pra cesárea, que **poderia ser algo ou não ser nada**, mas o mais seguro era a cesárea. (Rebeca, antes de sair do hospital à revelia, grifos nossos).

Em todas essas narrativas, deparamo-nos com categorias negativas da atenção privada em oposição àquelas positivas do modelo humanista. Os relatos são de Ana, Bárbara, Dayse e Rebeca.

5.1.1 Família: rede de suporte e foco de tensões

Gestação e parto têm uma dimensão individual, no entanto, não são tão-somente individuais. Eles estão imersos em uma teia de relações e interdependência, mais visível na esfera da família. Amigos também fazem parte dessa rede, assim como o grupo de apoio virtual CNO. Para Salem, “o nascimento de um bebê, ao invés de isolar os cônjuges de suas famílias de proveniência [...], acaba promovendo uma soldagem entre unidades familiares” (SALEM, 1986). Isso significa um movimento de aproximação da família de origem, a qual influencia, para o bem ou para o mal, a gestão da gravidez e do parto. Nos relatos percebem-se momentos de conflito, opiniões contrárias e contraditórias e apoio advindas do cônjuge, da família estendida, de amigos e também do grupo virtual, que passa a fazer parte do cenário relacional de centenas dessas mulheres.

“A figura individual jamais é artificialmente isolada do tecido de sua existência social, de sua dependência simples dos demais” (ELIAS, 1993, p. 223), o que é demonstrado em várias circunstâncias, através do apoio, cuidado e também nas opiniões e pressões dos familiares. Segundo Le Breton, “cada sujeito só existe em suas relações com os outros. O homem é apenas um reflexo. Ele não tem sua espessura, sua consistência a não ser na soma de suas ligações com seus parceiros” (LE BRETON, 2013, p. 24) Para Bruna e Rebeca, o apoio familiar ajudou a construir o caminho para a conquista do parto que desejavam. A partir de suas narrativas, em vários momentos observa-se o quanto este suporte teve importância para a sensação de segurança:

Em todo esse tempo esperando em casa, fui pro banho, **maridão foi uma doula** e tanto fazendo massagens, me lembrando de respirar, me ajudando a andar, agachar.... Falei para ele que 50% do meu parto foi ele, me ajudando psicológica, física e mentalmente. Digo que nós dois parimos o (nome do filho) [...]. Agradeço ao meu marido, sem ele eu não teria conseguido. Agradeço a minha família que sempre me apoiou (Bruna, grifos nossos).

Procurei minha referência mais recente e confiante que eu poderia ter, minha prima C., que embarcou comigo me servindo de **alicerce do parto que eu merecia** e que meu filho merecia... Minha prima a todo momento ao meu lado com o rosto mais sereno do mundo, mal sabe ela o quanto essa serenidade ajudou e o quanto as vibrações chegavam em mim (Rebeca, grifos nossos).

A experiência de Bruna com o marido “doula” tem um significado de apoio irrestrito e manutenção do autocontrole em que ele superou toda e qualquer expectativa que ela tinha dele como acompanhante. Além de dar suporte físico e emocional no momento do parto, a doula também “deve ser a ponta de racionalidade desta díade, enquanto a parturiente permanece como a ponta de emotividade e entrega” (FLEISCHER, 2005). A doula é aquela que mantém o autocontrole durante o processo de parto. Ativistas e doulas profissionais acreditam que o marido/pai do bebê não deveria ter papel de doula, apenas de marido/companheiro/pai. Avaliam que eles estão envolvidos afetiva e emocionalmente e podem perder o autocontrole, como aconteceu com o marido de Adriana quando ela entrou em pródromos. A doula foi capaz de restaurar o autocontrole que ele havia perdido a partir de informações sobre o processo de parto em uma conversa pelo telefone.

O apoio familiar nem sempre é retratado de maneira positiva. Ele contém ambiguidades: negativo em alguns momentos e positivo em outros. De maneira prática e simbólica, essas mulheres estão abandonando o “luxo” das maternidades particulares para parir no “lixo” das maternidades públicas. Se, por um lado, a maternidade privada tem mobiliário completo para ser utilizado durante o TP, ela apresenta um modelo de atenção que separa imediatamente o bebê da mãe, além do já mencionado risco de recomendação repentina de cesariana. A visão idiossincrática de uma unidade do SUS pobre, feia, precária, localizada longe de áreas nobres da cidade, com falta de tecnologia, onde o usuário pode ser maltratado, acomodado em enfermarias coletivas – algo que fere a privacidade das camadas médias – opõe-se àquela do hospital privado, rico, esteticamente belo, que oferece total privacidade em quartos individuais e confortáveis. No imaginário social hospitais particulares são locais onde a tecnologia de ponta está à disposição e, portanto, possuem maior segurança. Nesse sentido, o par opositivo lixo e luxo descreve as peculiaridades das redes pública e privada. No relato de Amanda há a expressão dessa percepção do SUS precário. Ao dirigir-se a um hospital privado para ser examinada, sua mãe diz: "Tá veendo? Você com todo esse "luxo" à disposição, queria ir pra

Maria Amélia do SUS!" Ana sintetiza essa escolha ao revelar que trocou a maternidade “cinco estrelas” pelo SUS para parir com respeito. (Ver quadro 1 de oposições acima.)

As relações familiares podem tornar-se tensas durante o período de gestação, como aconteceu com Ana, que não obtinha uma atenção adequada através de médicos de plano, nem tampouco achava justo pagar por um atendimento privado, já que tinham um bom plano de saúde.

Então já preocupada pois estava com 20 semanas, sem nenhum GO definido, a família começou a pressionar a procurar o GO que assistiu os meus dois partos cheios de violência obstétrica, que eu só vim a saber depois que era violência obstétrica. A família do meu marido venera ele até hoje!... [A médica humanizada] esclareceu todas minhas dúvidas e angústias, me deu segurança. No entanto ainda tinha muita resistência da família principalmente do marido, que achava um absurdo pagar caro por um parto que podia ser quase de graça na maternidade chique perto de casa! Foram meses de discussões e lágrimas!

5.1.2 Quem é a doula?

Há uma bibliografia crescente sobre doulas na literatura brasileira que trata do parto humanizado (TEIXEIRA, 2003; SILVA, 2004; FLEISCHER, 2005; SILVA, 2017). Personagem fundamental nas narrativas sobre o apoio, a doula esteve presente em dez dos doze partos descritos nesta dissertação. Em oito deles, uma doula profissional foi contratada para acompanhar o parto. Em dois, o suporte físico e emocional veio dos maridos e da mãe. Bruna chega a descrever o marido como “maridoulo” e Pâmela relata que a mãe e o marido revezaram-se no suporte, nas massagens. Apenas em dois partos a presença da doula não foi mencionada: Dayse e Nanci. O parto de Dayse aconteceu na Casa Angela e o atendimento humanizado com assistência de obstetrias é marcado pelo vínculo criado com a profissional que a atendeu durante o pré-natal. Ela relata ter desejado muito que aquela obstetria estivesse de plantão em seu parto. Dayse revela que quando as contrações encontravam-se com intervalo de “quatro minutos [...] achei melhor ligar na Casa Angela quando escuto a voz do outro lado, minha filha chegou a estremecer [de felicidade]. Era da [nome da obstetria]”. Quanto ao parto de Nanci – uma indução por bolsa rota – ela buscou o atendimento em uma maternidade SUS onde existe o auxílio de doulas voluntárias. Ao ocorrer em um final de semana, não havia voluntárias de plantão, contudo teve companhia do marido e da irmã, que se revezaram como acompanhantes

durante o longo processo de TP, ela avalia: “foi feita a indução, estive em contato com três equipes. Fui tratada com muito carinho e respeito por todos”.

5.1 Parto humanizado: as técnicas corporais relatadas

Nos testemunhos analisados, as técnicas corporais do parto humanizado foram narradas em detalhes. Marcel Mauss (2003) descreve em seu clássico texto de 1934 “As Técnicas do Corpo” como as ações corporais são altamente desenvolvidas e como elas incorporam aspectos de uma dada cultura. Seu objetivo é mostrar como a sociedade impõe ao indivíduo um uso específico do próprio corpo, como as ações mais simples são técnicas culturais que têm como instrumento o corpo dos indivíduos de determinados grupos. Tais técnicas, além de culturalmente diversas, também podem ser divididas por gênero e classe social. O modo de parir é uma delas.

Mauss percorre diferentes ações e afirma que não são produtos de arranjos e mecanismos meramente individuais, mas de uma característica social que pode explicar as diferenças entre o modo de parir de uma mulher iucateca em seu domicílio do modo de parir de uma americana em ambiente hospitalar, descritos por Jordan (1993). Pode-se pensar também em relação ao uso do corpo pelas diferentes classes sociais e como este uso não é um uso “neutro”, como ele pode refletir as relações sociais presentes na sociedade que são estabelecidas pelo modo de andar, comer, olhar... A forma como o corpo é utilizado não é natural, de maneira que seu uso pode traduzir as relações sociais presentes em determinada organização social.

As mulheres descrevem uma série de posições em que todas optaram e foram encorajadas a se manterem em posições verticalizadas durante o trabalho de parto ativo. Tais condutas são compartilhadas em cursos de preparação para o parto, vídeos de parto no canal YouTube, relatos e fotos na CNO. Elas prescindem de mobiliário, mas bola suíça, banheira ou piscina, banquetas de parto são artefatos utilizados como apoio em todas as narrativas. Algumas mulheres tiveram acesso a eles, mas não necessariamente todos foram utilizados. Deitar só faz parte do repertório de posições quando as mulheres estão cansadas. Nota-se a importância da posição verticalizada. Massagens e chuveiro quente também integram esse repertório de técnicas corporais, assim como a presença da doula, profissional fundamental no parto humanizado.

Esses relatos contrastam fortemente com aqueles descritos por mulheres que já tiveram a experiência de parir no modelo tecnocrata: frieza, obrigatoriedade de se manterem deitadas em uma cama, em uma sala fria, sem alimentação. No momento do expulsivo, posição litotômica, a qual é descrita como “posição de frango assado”, pernas presas em perneiras. As mulheres adquirem essas posições como parte do ritual médico no parto, o qual é impregnado de “valores e signos próprios de uma sociedade patriarcal” (DAVIS-FLOYD, 2003).

5.3 Autocontrole e o parto

A partir de uma perspectiva elisiana para análise de gestação e parto, falar sobre aquilo que acontece durante o parto normal tornou-se tabu, pois passou a estar mais sujeito a controle a partir do momento em que um padrão de vergonha e repugnância relativas às funções naturais tornou-se marco de etiqueta na vida social desde que o parto hospitalar foi instituído como melhor opção de parir a partir da segunda metade do século XX no Brasil (MOTT, 2002; MARTINS, 2004, p. 66). A conduta adequada e esperada é aquela em que a mulher tenha autocontrole emotivo, não grite durante o TP (ou tenha uma cesariana), não pense ou discuta sobre as funções corporais, muito menos as faça na frente de outrem. Para Elias, no *Processo Civilizador*, as pessoas introjetam tais condutas, são induzidas a reproduzir padrões específicos (ELIAS, 1993, p.233), o que inclui o parto. Como sugere Alessandra, você encontra um profissional que, “ao invés de te encorajar, pede pra parar de gritar”. Rezende e Coelho apontam haver uma recomendação constante de equilíbrio emocional a gestantes, como um ideal a ser atingido (REZENDE e COELHO, 2010, p. 104). Autocontrole esteve presente em narrativas como a de Pâmela: “eu chorava muito, mas eu não escandalizava” e o descontrole presente em “eu urrava no corredor [...] Os gritos foram ficando mais bizarros e assustando as gestantes na espera” (Amanda), “eu urrava falando que queria fazer cocô” (Alice), “os amigos esperaram pacientemente ouvindo meus gritos e aqueles palavrões que eu nem me lembro” (Alessandra).

A antropologia tem-se dedicado nas últimas décadas a analisar sob novos ângulos a fabricação e modelação social das emoções (REZENDE e COELHO, 2010). As adeptas do parto humanizado preconizam um certo estilo de expressão dos sentimentos no momento do TP. A categoria *carinho* aparece associada a cuidado e qualidade de assistência. Carinho é frequentemente expresso pela presença participativa de terceiros, dos cuidados corporais, da não imposição de regras de conduta corporal ou verbal. De tal modo que as parturientes podem

expressar emoções de maneira “desorganizada”, não convencional, como gritar, urrar, chorar, falar de maneira incongruente sem que sejam criticadas ou redirecionadas em seu comportamento. Não se trata de uma manifestação cultural de um sistema de etiqueta de carinho, tal como acariciar a parturiente ou usar diminutivos infantilizadores como “mãezinha”. É um conjunto de gestos de apoio, incentivo e tranquilização que se expressa na centralidade do cuidado na mulher.

Equilíbrio e autocontrole são solicitados, mas há momentos de descontrole. Há um incentivo ao descontrole, que não é mal visto no momento do TP. Na lógica do parto humanizado, perda de equilíbrio e descontrole fazem parte do processo, não são censurados, como veremos adiante na *Partolândia*. Como atesta Fleischer (2005), emotividade e entrega são inerentes à parturiente. A doula é aquela que mantém equilíbrio e autocontrole.

5.3.1 Lidando com sensações desagradáveis: nojo e repulsa

Ao longo de séculos, desenvolveu-se uma mudança na fronteira do nojo, do pudor e do padrão de vergonha, “sentimentos estes que foram socialmente alimentados em condições muito específicas e que são constantemente reproduzidos, não só, mas principalmente, porque se tornaram institucionalmente enraizados em um dado ritual, em dadas formas de conduta” (ELIAS, 2011, p.127-128). Um comportamento que não era considerado repugnante, como parir naturalmente, passa a ser acompanhado de sentimentos desagradáveis. Essas categorias de nojo e pudor estão fortemente presentes nos relatos de parto, seja reafirmando ou negando tais fronteiras: “Caiu a placenta. Fiquei olhando aquele troço no chão... Senti um misto de "que nojo" com "gratidão por alimentar meu filho" que foi uma das coisas mais estranhas da minha vidaaaa!” (Amanda). Mais uma força e "nasceu" a placenta que ajudou a nutrir minha filha. Não teve nojo, teve admiração e felicidade ao ver todo o sangue, a placenta e o suor produzidos. (Bárbara)

Algumas narrativas demonstram vergonha e nojo, como é o caso de Bruna, que precisa apontar quão normal é evacuar durante o trabalho de parto:

Cheguei gritando “eu quero fazer cocô” [...] Veio uma equipe (sei lá quantas pessoas) me ajudarem a tirar a roupa e falaram “você não pode fazer agora porque pode ser o bebê vindo”. E eu chorava porque queria fazer cocô ... Numa dessa pedi pra não tirar meu top (ainda estava pensando na minha dignidade das fotos pós-parto com o bebê nos braços) [...] Me passaram pra cama e me deixaram sentar e disseram que eu

poderia fazer cocô se quisesse. Aleluiaaaa... Fiz cocô sim e, amigas, é normal viu. Super fisiológico, tá todo mundo acostumado, ninguém te acha uma porca por isso e você nem tá ligando para mais nada mesmo, só quer que o bebê nasça.

5.3.2 “Partolândia”

Outra categoria nativa que desponta nos relatos é a “*Partolândia*”. Este “lugar” para o qual as mulheres em trabalho de parto ativo “vão” pode ser descrito como um estado liminar de um ritual como um processo de transição e morte social para o renascimento e reintegração à estrutura social (TURNER, 1974). Estados liminares foram objeto de análises antropológicas que buscam compreender determinados momentos sociais nos quais os indivíduos estão em um momento de transição entre estados de consciência. Trata-se de um estado de suspensão entre o pertencimento a um grupo, a uma coletividade ou mesmo ao domínio sobre o corpo e uma “ausência” da consciência do entorno. Neste estado liminar não existe o tempo cronológico, há suspensão do autocontrole, irracionalidade e um processo de ensimesmamento. A *Partolândia* pertence a tal modalidade de “suspensão” de regras cotidianas.

Na *Partolândia* nada importa: nem o tempo, nem o espaço, muito menos as pessoas ou as regras sociais impostas pela cultura. A emoção sobrepõe-se à razão. Há apagamento das noções de nojo e pudor. As narrativas de sensações corpóreas, psíquicas e emocionais dão à *Partolândia* esse estado alterado de consciência, um redirecionamento sensorial, que parte da suspensão do autocontrole, de acordo com as narrativas. “Fiquei de joelhos em cima da cama apoiando o corpo no encosto [...] mordi o estofado. Pensei mil coisas [...] pedi anestesia, pedi cesárea, pedi até a morte [...] em alguns momentos eu realmente achei que fosse mesmo morrer” (Amanda). “Eu estava entrando na *Partolândia*. Antes eu conseguia conversar, pensar, responder às pessoas. Agora, **eu estava entrando dentro de mim mesma. Tudo ficou como uma nuvem** fora de mim. A única pessoa que eu conseguia ver e ouvir era o [marido]” (Bruna, grifos nossos).

Para Alice, a *Partolândia* é um momento em que se pode perder o autocontrole. Ao mesmo tempo em que declara ter conseguido manter-se controlada, lúcida, em seguida revela que estava como um bicho, o que soa contraditório.

Uma enfermeira vinha de tempos em tempos ver se estava tudo bem e fazer perguntas sobre pré-natal, eu estava na *Partolândia* já. Nem conseguia falar [...] que dor inexplicável, **mas fiquei muito lúcida** todo o momento, não chorei, não

desesperei, só ficava concentrada no meu corpo e conversando mentalmente com meu filho nessa hora eu já não queria mais meu marido nem a linda doula [...] estava **igual bicho** no chuveiro! [...] Me caguei diversas vezes [...] se não fosse a calcinha eu teria sujado o corredor inteiro na frente de desconhecidos. (Alice, grifos nossos).

Michel Odent, médico obstetra francês, analisa o mesmo processo de inibições sob uma perspectiva biologizante, diferente de Elias. O autor afirma que tal processo é oriundo do “cérebro novo”, que seria o cérebro do pensamento, o neocórtex. Odent acredita que na atenção ao parto deve-se deixar aflorar a parte mais primitiva do cérebro da mulher, aquela em que o autocontrole pode ser suspenso. Para Elias, o estado de natureza é moldado socialmente enquanto que para Odent ele é fisiológico e hormonal. Ambas análises, apesar de partirem de perspectivas distintas, chegam ao mesmo ponto: autocontrole.

É fato que quando uma mulher está dando à luz por si mesma, sem nenhuma medicação, há um momento em que ela tem uma tendência óbvia de se isolar do mundo exterior, como se **estivesse indo para outro planeta**. Ela ousa fazer o que jamais faria em sua vida social diária, por exemplo, gritar, xingar. Ela pode se ver nas mais inesperadas posições, fazendo os mais inesperados barulhos. Isso significa que ela está reduzindo o controle feito pelo neocórtex. Do ponto de vista prático, essa redução da atividade do neocórtex é o aspecto mais importante da fisiologia do parto. Isso nos leva a entender que a mulher em trabalho de parto precisa, antes de mais nada, ser protegida de qualquer tipo de estímulo de seu neocórtex. Isso pode ser traduzido em termos de “faça isso” e “não faça isso” (ODENT, 2004, p. 30-31, grifos nossos.)

Poder-se-ia afirmar que quando deixada em silêncio, vivenciando o trabalho de parto, ocorre uma redução do autocontrole da mulher, designada como *Partolândia*. Essa categoria pouco aparece em narrativas de parto no modelo tecnocrata, no qual a mulher deve estar atenta a todo momento: luzes acesas, perguntas a serem respondidas, controle solicitado e induzido pela lógica do hospital.

Em sua etnografia sobre parto humanizado, Carneiro aponta que na Partolândia “pode-se romper com padrões sociais, com tabus e com interdições, o corpo nu é exposto sem pudores, palavras e sons podem vir a ser proferidos sem filtro social, grita-se e geme-se e odores e fluidos corporais têm espaço, assim como qualquer posição corporal, por mais estranha, a princípio, que possa parecer” (CARNEIRO, 2011, p. 204). Ao analisar os relatos de parto nesta etnografia, percebe-se o mesmo cenário.

5.4 Parto quente e parto frio

Em diversos trechos dos relatos ocorrem comparações dos contrastes entre os modelos de parto humanizado e tecnocrata. Pode-se propor a metáfora da oposição entre “parto quente” e “parto frio” para compreender um conceito a partir do outro. Partindo da categoria apoio, as nativas descrevem como acontece o parto humanizado. Nele, as técnicas corporais apresentam movimentos, utilização de chuveiro ou piscina/banheira com água quente e massagens com óleos, além de apoio de terceiros: doula, companheiro, familiares, atendentes de parto. Na perspectiva humanista o carinho, o toque, o contato pele-a-pele entre mãe e bebê e a centralidade do cuidado na mulher fazem parte das rotinas desse modelo humanista “quente”.

Nas descrições de parto humanizado, o chamado “círculo de fogo” está presente em narrativas como de Alessandra, Adriana e Alice, que descreve a sensação como de queimação.

Me veio o **círculo de fogo** e depois eu senti mexer, mexer lá dentro, perguntei se eram elas colocando a mão (eu não queria!), elas explicaram que era a bebê se ajeitando pra sair. Depois disso a dor sumiu e eu só consegui sentir um prazer extremo, uma coisa que não dá pra descrever, ela saiu e na mesma hora eu levantei pra que a passassem por debaixo de mim e a colocassem no meu peito. Arrancaram o vestido e eu senti aquele serzinho quente, molhado e com um cheiro fantástico. Andei até a cama, me ajudaram a subir, deitei. Não sei se eu chorei, se eu ri, acho que fiz tudo isso. (Alessandra, grifos nossos.)

Com muito custo consegui e fui pra banqueta. Senti o **círculo de fogo** (meu Deus o que é aquilo!!) Minha bebê nasceu em apenas uma contração, desceu de uma vez como num tobogã! (Adriana, grifos nossos.)

Já nos relatos analisados daquelas que tiveram experiências anteriores de parto “tradicional”, aquele definido como tecnocrata, círculo de fogo não é mencionado. São citadas, no entanto, a “frieza” da violência obstétrica corporal como a episiotomia sem anestesia e a violência obstétrica psicológica como a vivida por Rebeca. Ela relata que no hospital particular, a médica recomendou cesariana pois seu bebê estava “sem energia” e poderia entrar em sofrimento para nascer através de um parto normal. Rebeca afirma que “por dentro meu mundo desmoronava aos poucos, mas sabia dentro de mim que aquilo não era verdade”. Depois de sair do hospital à revelia e de ter tido PN, ela desabafa: “Ele tinha a energia pra nascer e eu tinha também, nós tivemos nosso respeitado parto normal/humanizado/amado e estamos bem e felizes”.

Na perspectiva tecnocrata, a centralidade é da figura do médico, as rotinas são pré-estabelecidas, ritualizadas e não há lugar para negociações, o que é relacionado à frieza no cuidado. Mais uma vez o relato de Rebeca é exemplo. Quando a cesariana foi indicada, ela se negou a ficar no hospital.

Depois de três negativas informei que não iria aceitar a internação, que queria ir pra casa, que sentia que estava tudo bem e que caso mudasse de ideia, aí sim retornaria acompanhada (porque além do mais eu estava sozinha lá). A GO **não gostou**, falou que se fosse seria **à revelia**, pois à revelia virei as costas e voltei pra casa. Chorei muito quando cheguei, me senti super mal, ficava pedindo pro meu filho mexer, dizer pra mim que tinha tomado a decisão correta, chorei até secar a lágrima e ele me dar um chutão. Ali entendi que meu corpo estava me dizendo que estava tudo bem. (Rebeca, grifos nossos.)

A frieza não aparece apenas nas relações médico-paciente. Ana descreve os berçários das maternidades privadas como frios, onde bebês ficam longe de suas mães. Em maternidades públicas alojamento conjunto é recomendado desde a década de 1970. Em 1983 foi publicada uma portaria tornando o alojamento conjunto obrigatório em todos os hospitais públicos e conveniados e em 1993 essa portaria foi revisada e atualizada (BRASIL, 2012, p.83).

Quadro 3: Tabela de oposições: parto quente x parto frio

Parto quente	Parto frio
Afeto	Desamparo
Cuidado	Violência obstétrica
Deambulação	Impossibilidade de movimentação
Banho quente	Anestesia como rotina
Massagens e compressas quentes	Pouco contato corporal
Círculo de fogo	Cesariana/Episiotomia, fórceps
Contato pele-a-pele	Separação mãe-bebê
Energia	Falta de energia

No parto humanizado positiva-se o aspecto “quente”, no qual se valoriza a dimensão emocional da experiência. Emoção – “o polo quente” – no modelo de atenção humanista apresenta-se em oposição ao “polo frio” da racionalidade proposta pelo modelo tecnocrata. O “parto quente” introduz a possibilidade de descontrole, de perda de equilíbrio, em que não há um roteiro prescrito e ritualizado de condutas específicas. A centralidade do cuidado é na mulher, a qual tem espaço para a subjetividade manifestar-se. Ao invés de ter uma atitude de autocontrole, como no “parto frio”, a possibilidade de manifestação das emoções é normalizada e prescinde de regras prescritas no “parto quente”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As taxas de cesariana no sistema privado de saúde do Brasil chegam a 90% (DOMINGUES *et al.*, 2014). Entretanto, pesquisas têm mostrado que a maioria dessas mulheres têm desejo pelo parto normal (CHACHAM, 1999; POTTER *et al.*, 2001; BARBOSA *et al.*, 2003; DOMINGUES *et al.*, 2014), o que revela um descompasso entre escolhas individuais e oferta de serviços. A cesárea eletiva sem indicação clínica configurou-se como fato quase exclusivo da atenção privada à saúde e expressa uma modalidade de assistência na qual os interesses dos profissionais sobrepõem-se ao de suas pacientes. A prioridade de um/uma obstetra é racionalizar o uso do seu tempo em detrimento do desenvolvimento gestacional e escolhas das parturientes por um parto não produzido em série. A imagem proposta por Emily Martin da racionalidade fordista aplicada ao nascimento de bebês permanece com todo vigor.

Parir e nascer são processos culturais. Não são atos simplesmente fisiológicos ou passíveis de serem apenas compreendidos como atos médicos. A análise apresentada nesta dissertação buscou compreender o cenário das estratégias de gestantes com acesso a planos de saúde para fugir da cesariana sem clara indicação clínica. As mulheres aqui retratadas pertencem a uma rede social e manifestam preferência pelo parto normal humanizado e, em sua maioria, apresentaram gestações de risco habitual. Elas não prescindem de cesárea quando esta for bem indicada; é aceita e bem-vinda. Pelos relatos de parto aqui presentes, mesmo quando não há indicação clara de cesariana, ela tende a ser aceita se a mulher participa do processo com voz ativa, como pessoa capaz de tomar decisão sobre o próprio corpo. Não tendo a escolha concretizada, o processo é descrito como menos doloroso, porquanto não foi imposto.

A autonomia no atual sistema de atenção ao parto é uma via de mão única: mulheres que manifestam preferência pela cesárea têm suas vontades respeitadas ao passo que mulheres que gostariam de exercer seu poder de escolha pelo parto normal são submetidas a cesarianas ou a partos violentos, cheios de intervenções, nada humanizados, a despeito de suas vontades. Portanto, elas se sentem desamparadas pelo modelo tecnocrata.

Na netnografia realizada na comunidade “Cesárea? Não, obrigada!”, observa-se que o desejo dessas mulheres é respeito à autonomia para a escolha do tipo de parto. Nas narrativas, a categoria “apoio” configura-se como elemento central do discurso. Tanto referente à presença de figuras como marido, mãe e sogra quanto das doulas, da parte do pessoal técnico que assiste o parto e das demais integrantes do grupo CNO que ajudaram na construção da possibilidade do parto humanizado.

* * *

Mudar o panorama obstétrico brasileiro é uma tarefa de longo prazo e requer inúmeras atitudes coordenadas. Talvez não seja possível mudá-lo por completo, pois a cesárea eletiva no país é um fato social. Entretanto, a pressão exercida pelas usuárias na busca por autonomia em relação aos partos que desejam é condição *sine qua non* para a transformação do modelo ou para a coexistência entre os modelos humanista e tecnocrata. Para que haja alguma mudança, o trabalho em equipe transdisciplinar é essencial, além da inserção de outros atores no cenário hospitalar público e privado, como a enfermeira-obstetra e a obstetrix para partos de risco habitual. No Brasil apenas 8% dos partos são assistidos por essas profissionais, especialmente no Nordeste (VICTORA *et al.*, 2011) e, segundo revisão sistemática sobre cuidados feitos por obstetrixes versus cuidados feitos por outros profissionais, mulheres que foram acompanhadas por obstetrixes (ou EOs) tiveram menos intervenções, mais satisfação com o cuidado (SANDALL *et al.*, 2016). Esta tarefa não é muito fácil já que esbarra no paradigma de atenção ao parto vigente, com a supremacia médica, na lei do ato médico⁸⁰, no fato dessas profissionais não terem autonomia para trabalhar em hospitais privados. Apesar da independência das duas profissões, regidas por conselhos distintos, ambas atendem o mesmo público e, portanto, há um conflito por mercado e uma disputa por poder.

A mudança de modelo do ensino médico também é algo a ser vislumbrado. Apesar de ser um movimento lento, ele é contínuo a partir dos esforços do MS pela humanização do parto desde a década de 1990 e dos esforços individuais de professores universitários. A mudança começa a acontecer através da voz das mulheres e da pressão que elas vêm fazendo, seja fugindo dos médicos que só têm a cesárea a oferecer, seja denunciando os maus tratos e as cesáreas desnecessárias ao Ministério Público Federal. São as mulheres enquanto pacientes informadas que podem trazer a transformação, exigir mudanças, modificar os serviços prestados ao parto.

Por parto humanizado compreendo aquele no qual há uma intersecção da autonomia da mulher como protagonista do evento, o poder de decisão sobre seu corpo e seu parto com uma equipe de cuidado que segue o modelo humanista descrito por Davis-Floyd (2003) e utiliza a MBE como respaldo da prática clínica, no qual a tecnologia não é banida, mas usada conforme as evidências científicas e a anuência da mulher. O parto humanizado é visto como uma conquista da autonomia e poder de decisão sobre seus corpos, além de ser uma resposta à

⁸⁰ <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12842-10-julho-2013-776473-normaatualizada-pl.pdf>

medicalização. Sua tradução é autonomia e empoderamento. Portanto, a humanização do parto parece romper momentaneamente com o autocontrole, pois o discurso do uso da MBE como base da humanização deslegitima as práticas iatrogênicas, intervencionistas de rotina sem, no entanto, abrir mão da ciência. O nascimento visto como um processo fisiológico que, na vasta maioria dos casos não necessita de intervenções de alta tecnologia, rompe com o sistema tecnocrata vigente no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALZUGUIR, Fernanda; NUCCI, Marina. Maternidade mamífera? Concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães. *Mediações*, Londrina, v. 20, n. 1: 217-238. 2015.

AMORIM, Torcata; GUALDA, Dulce Maria Rosa; OLIVEIRA, Aline Reis Sousa de. *Ensino da Enfermagem Obstétrica no Contexto Brasileiro*. In: Nascimento: Perspectivas Antropológicas. Ícone editora, 2017 1ª edição São Paulo.

BAQUERO, Rute Vivian Angelo. *Empoderamento: instrumento de emancipação social? – Uma discussão conceitual*. Revista Debates, Porto Alegre, v.6, n 1, p1773-187, jan.-abr. 2012.

BARBOSA, Gisele Peixoto *et al.* Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, Dec. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>

BARROS, Fernando C. *et al.* *Epidemic of Cesarean Sections in Brazil*. *The Lancet*, 1991, vol.338, n. 8760, p. 167-169, July 1991.

_____. *Cesarean sections in Brazil: will they ever stop increasing?* *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v.8, n.3, p.217-225, Sept 2015. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000800006

BECKER, Howard *et al.* *Boys in White: Student culture in medical school*. Chicago: University of Chicago Press, 1992 [1961]

BLANCHET, Alain.; GOTMAN, Anne. *L'Enquete e ses methods: L'Entretien*. Paris. Édition Nathan, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde: 2012

_____. Ministério da Saúde *Atenção ao pré-natal de baixo risco* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

_____. *Parto, aborto, puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 3ª ed. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2006. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usua-rios_Saude_site.pdf

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa – RN nº368*, de 06 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das

beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2015 Jan 06; Seção 1: 38. Disponível em <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações de Nascidos Vivos*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvPB.def>. Acesso em: 01 de out de 2017.

_____. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resolução nº 4, de 28 de agosto de 2017b. Diário Oficial da União. DF, 30 de agosto de 2017, seção , p. 58.

CANGUILHEM, Georges. *Exame crítico de alguns conceitos: do normal, da anomalia e da doença, do normal e do experimental*. In: O Normal e o Patológico. 6ª Edição Revisada. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2009.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*. Tese de doutorado, Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas, 2011.

CHACHAM, Alessandra Sampaio. *A medicalização do corpo feminino e a Incidência do parto cesáreo em Belo Horizonte*. Tese de doutorado, Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 1999.

CLAPP, James; STEPANCHAK, William; HASHIMOTO, Kazumasa; LOPEZ, Beth. The natural history of antenatal nuchal cord. American journal of obstetrics and gynecology. 189. 488-93. 10.1067/S0002-9378(03)00371-5. September 2003

COHEN, Nancy W.; ESTNER, Lois J. *Silent Knife: Cesarean Preventions & Vaginal Birth After Cesarean*. Bergin & Garvey Publishers, New York, 1993.

COLLUCCI, Claudia. Nos consultórios, ¼ dos médicos país não aceita planos de saúde. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 28/12/2015. Equilíbrio e Saúde. Disponível em: < <http://m.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2015/12/1723490-nos-consultorios-14-dos-medicos-do-pais-nao-aceita-planos-de-saude.shtml>>

CONRAD, Peter. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*. Resolução n. 1.931. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1988/1246_1988.htm

COSTA, Luiz Antônio. Versões divergentes sobre morte de patrocínense causa polêmica. Rede Hoje. Patrocínio, 25/07/2015. Disponível em: < <https://www.radiohoje.com.br/index.php/patrocinio/3879-versoes-divergentes-sobre-morte-de-patrocínense-causa-polemica-rede-hoje-esclarece>>

CORDEIRO, Alexander Magno; OLIVEIRA, Gloria Maria ; RENTERÍA, Juan Miguel; GUIMARÃES, Carlos Alberto. Revisão Sistemática: uma revisão narrativa. *Rev Col Bras Cir.* 2007; 34(6). Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf>>

DATASUS. Brasil. Ministério da Saúde. *Indicadores de mortalidade: C.3 razão de mortalidade materna.* 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03b.htm>

DAMATTA, Roberto. O ofício do etnólogo ou como ter anthropological blues. *Boletim do Museu Nacional.* Rio de Janeiro, nº 27, maio de 1978.

DAVIS-FLOYD, Robbie. Foreword. In: *Birth in Four Cultures.* JORDAN, Brigitte. Illinois: Waveland Press, Fourth Publications, 1993, p. ix.

_____. *Birth as an American Rite of Passage.* Berkeley and Los Angeles. University of California Press, 2003

DAVIS-FLOYD, Robbie; SARGENT, Carolyn. *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives.* Berkeley and Los Angeles. University of California Press, 1997

DIAS, Marcos Augusto Bastos. *Cesariana? Epidemia desnecessária? A construção da indicação de cesariana em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro.* 2001. Dissertação de mestrado, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2001.

DIAS, Marcos Augusto Bastos *et al.* Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008 ; 13:1521-34.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt&nrm=iso>

DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Humanização da Assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.* *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, pp.627-637, Sept. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019

_____. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev. Bras. De Desenvolvimento Humano.* 2009, 19(2): 313-326. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/204921/mod_resource/content/1/genero_saude_materna.pdf

_____. Evidências em saúde: o que são, o que podem ser, e de que tipo de evidências precisamos. In: *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde – Livro 4 – Planejar, Fazer, Avaliar.* Coord.: Vera Paiva, Ivan França Jr. E Arthur O. Kalichman. Juruá Editora, Curitiba, 2013 (p. 49-80)

DINIZ, Carmen Simone Grilo; CAVALCANTI, Priscila. Evidências científicas e direitos das mulheres. Folha de São Paulo. São Paulo, 08/04/2014. Tendências e Detates. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2014/04/1437308-simone-g-diniz-e-priscila-cavalcanti-evidencias-cientificas-e-direitos-das-mulheres.shtml>>

DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra Sampaio. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões Saúde Reprod.*, v.1, n.1, p.80-91, 2006.

DUMONT, Louis. Homo hierarquicus: o sistema de castas e suas implicações. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1992.

ELIAS, Norbet. *O Processo Civilizador*. Uma História dos Costumes. Volume I. 2ª ed. – Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

_____. *O Processo Civilizador*. Formação do Estado e Civilização. Volume II. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994

_____. *Os Estabelecidos e os Outsiders*: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Norbert Elias e John L. Scotsson; tradução: Vera Ribeiro- Rio de Janeiro: Zahar, 2000

ESCÓSSIA, Fernanda. *Da rede pública à particular, cesarianas quase triplicam no Rio*. O Globo, Rio de Janeiro, 28 dez. 2014. Rio. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/rio/darede-publica-particular-cesarianas-quase-triplicam-no-rio-14922742>

FLEISCHER, Soraya. *Doulas como “amortecedores afetivos”*: notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto. *Ciências Sociais Unisinos*. São Leopoldo, v. 41, nº1: 11-22, 2005.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramalhete. 41 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

FOX, Nick J.; WARD, Katie J.; O’Rourke, Alan. The Expert Patient: empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the internet. *Social Science and Medicine*, v. 60 i.6: March 2005, p.1229-1309 Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953604003491?via%3Dihub>

FRAGOSO, Suely. Métodos de Pesquisa para Internet. Porto Alegre: Editora Sulina, 2016.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da *et al* . Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S117-S127, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00145513>.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. 1ª edição, 13ª reimpressão – Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GIBBONS Luz *et al.* The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. In *World Health Report 2010*. Edited by World Health Organization. Geneva, World Health Organization; 2010

GLOBOESPORTE.COM. *Serena Williams revela complicações durante o parto de sua filha*. 2018. Disponível em: < <https://globoesporte.globo.com/tenis/noticia/serena-williams-revela-complicacoes-durante-o-parto-de-sua-primeira-filha.ghtml>>

GOOD, Byron J.; GOOD, Mary-Jo DelVecchio. “*Learninig Medicine*”: The Construction of medical knowledge at Harvard Medical School. In: *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday*. Shirley Lindenbaum, Margaret Lock. University of California Press, 1993 (p.81-107)

GUALDA, ; CAMPOS, Edemilson Antunes de. De Jordan a Davis-Floyd. In: *Nascimento: Perspectivas Antropológicas*. São Paulo: Ícone, 2017. p. 51-76.

HANSEN, A.K. *et al.* Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean-section: cohort study. *BMJ*. 2008. Jan 12;336(7635):85-7. Epub 2007 Dec 11.

HASKELL, Rob. Serena Williams on motherhood, marriage, and making her comeback. *Vogue Magazine*. 10/01/2018. Disponível em: < <https://www.vogue.com/article/serena-williams-vogue-cover-interview-february-2018>>

HINE, Christine. *Ethnography for the internet: embedded, embodied and everyday*. Huntingdon, GBR: Bloomsburry Publishing, 2015.

HIRSCH, Olivia. *O “parto natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro*. Civitas, Porto Alegre, v. 15 n. 2: 229-249, 2015.

HODNETT, Ellen *et al.* Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst. Rev. 2012, Oct 17 Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076901>>

HOTIMSKY, Sonia. *A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto*. Tese de doutorado, 2007, São Paulo: Universidade de São Paulo.

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

KENNEL, J.; KLAUS, M.; McGRATH, Susan; HINKLEY, C. Continuous emotional support during labor in a US hospital. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 265(17), p. 2197-2201. 1991.

KESZLER, M. *et al.* Severe respiratory failure after elective repeat cesarean delivery: a potentially preventable condition leading to extracorporeal membrane oxygenation. *Pediatrics*. 1992 Apr;89(4 Pt 1):670-2.

KITZINGER, Sheila. *Birth & Sex: The Power and the Passion*. London. Pinter and Martin, 2012.

KOZINETS, Robert V. *Netnografia: realizando pesquisa etnográfica online*. Porto Alegre: Penso, 2014.

KUKLA, Rebecca *et al.* Finding autonomy in birth. *Bioethics*. 2009, Jan; v.23 (1): p. 1-8

LE BRETON, David. *Antropologia do corpo e modernidade*. 3ª Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2013

LEAL, Maria do Carmo. *et al.* *Nascer no Brasil*. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. Cadernos de Saúde Pública vol.30 supl.1 Rio de Janeiro 2014a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20140013&lng=pt&nrm=iso>

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en&nrm=iso>

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil *BMJ Open* 2017;7: e017789. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017789 <<http://bmjopen.bmj.com/content/7/12/e017789>>

LEÃO, Miriam Rêgo de Castro *et al.* Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.8, p.2395-2400, Aug. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800024>>

LEPERA, Micaela. *Redução das cesáreas vira polêmica* 12/01/2015 A Cidade ON Ribeirão Preto. Disponível em: <https://www.acidadeon.com/ribeiraopreto/cotidiano/cidades/NOT_2_2_1024836.Reducao+das+cesareas+vira+polemica.aspx>

LEVY, Pierre. *A inteligência coletiva: por uma antropologia do ciberespaço*. 4ª edição. São Paulo: editora Loyola, 2003.

LIZAUSKAS, Rita. *Mulheres divulgam listas com os índices de cesáreas de obstetras que atendem parto pelos planos de saúde*. Estadão. São Paulo, 28/07/2015. Caderno E+. Disponível em: <http://emails.estadao.com.br/blogs/ser-mae/mulheres-divulgam-listas-com-os-indices-de-cesareas-de-obstetras-que-atendem-parto-pelos-planos-de-saude/>

MAIA, Monica Barra. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: Uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2006.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MASON, Kimberly L. Cyberbullying: A preliminar assessment for school personnel. In: *Psychology in the Schools*. Volume 45, Issue 4, April 2008. P.323-348.

MAUSS, Marcel. As Técnicas do corpo. In: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosacnaif, 2003

McCALLUM, Cecilia; REIS, Ana Paula dos. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(7): 1483-1491, jul, 2006.

MOTT, Maria Lucia. O Curso de partos: deve ou não haver parteiras? *Cadernos de Pesquisa*, nº 108, p. 133-60, novembro, 1999.

_____. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). *Proj. História*. São Paulo, nº 25. Dezembro, 2012.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, nº 3, p. 885-904, Sept. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n3/0103-7331-physis-25-03-00885.pdf>

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge Rezende. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, jan.- mar. 2016, p. 155-172.

NHS. National Health Service. *Hospital Maternity Activity*, 2015-16. England, Nov.9, 2016. Disponível em: <https://digital.nhs.uk/catalogue/PUB22384>

NOTÍCIAS AO MINUTO. *Mulher morre por falta de sangue durante o parto de gêmeos*. 2017. Disponível em: < <https://www.noticiasao minuto.com.br/brasil/433519/mulher-morre-por-falta-de-sangue-durante-parto-de-gemeos>>

ODENT, Michel. *A Cesariana*. Rio de Janeiro : Saint Germain, 2004.

PARTO DO PRINCÍPIO. *Parto do Princípio e a resolução 368 da ANS*. 12 de janeiro de 2015. Disponível em: < <http://www.partodoprincipio.com.br/single-post/2015/01/12/Parto-do-Princ%C3%ADpio-e-a-resolu%C3%A7%C3%A3o-368-da-ANS>>

PORTAL BRASIL. *Número de cesarianas cai pela primeira vez desde 2010*. 10/03/2017 Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/03/numero-de-cesarianas-cai-pela-primeira-vez-desde-2010>>

PORTAL G1. *Mulher morre após parto e família reclama de negligência em hospital*. 2015. Disponível em: < <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2015/04/mulher-morre-apos-parto-e-familia-reclama-de-negligencia-em-hospital.html>>

POTTER, Joseph *et al.* Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *British Medical Journal*, 323[17]:1.155-1.158, 2001. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC59849/>>

POTTER, Joseph E.; HOPKINS, Kristine. FAUNDES, Aníbal; PERPÉTUO, Ignez. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. *Birth*. 2008. Mar; v.35 (1), p.33-40.

RANGEL, Vanessa Maia. *Como você sabe?* Dialogando nas fronteiras do saber obstétrico autorizador. Tese de doutorado, Rio de Janeiro, RJ: Instituto de Medicina Social, 2009.

REZENDE, Claudia Barcellos; COELHO, Maria Claudia. *Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

ROHDEN, Fabiola. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horizontes Antropológicos*, v. 8, n. 17: 101-125, junho 2002.

SANDALL, Jane *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, 2016.

SALEM, Tania. *O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

_____. *Família em camadas médias: uma perspectiva antropológica*. BIB, Rio de Janeiro, numero 21, 1986. p. 25-39

SBT BRASIL. Mulher morre dois dias após o parto no Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: < <http://www.sbt.com.br/jornalismo/sbtbrasil/noticias/95395/Mulher-morre-dois-dias-apos-o-parto-no-Rio-de-Janeiro.html>>

SENNETT, Richard. *O declínio do homem público: as tiranias da intimidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SILVA, Ana Verônica Rodrigues da. *O suporte à parturiente: a dimensão interpessoal no contexto da assistência ao parto*. 2004. Tese. (Doutorado em Saúde Materno Infantil) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SILVA, Fernanda Loureiro. *Sobre “a porta que abre por dentro”*: análise cultural do processo de formação de doulas para a assistência ao parto no Brasil. 2017. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, RJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2017.

SIQUEIRA, Chico. Professora morre após tentar parto em casa e passar por cesárea. O Estado de São Paulo. São Paulo, 24/07/2015. Saúde. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,professora-morre-apos-tentar-parto-em-casa-e-passar-por-cesarea,1731501>>

SMITH J, PLAAT F, FISK, NM. The natural caesarean: A woman- centred technique. *BJOG* 2008;115(8):1037–1042.

SOARES, J. C. R. de S.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface*, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 65-78, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832007000100007&script=sci_arttext>

TEIXEIRA, M. L. S. *A doula no parto*: O papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente. São Paulo, Ground, 2003.

THOMSEN, Steven R.; STRAUBHAAR, Joseph D.; BOLYARD, Drew. Ethnomethodology and the study of online communities: exploring the cyber streets. *Information Research*, 4(1). Disponível em: <<http://www.informationr.net/ir/4-1/paper50.html>>

TORNQUIST, Carmen Susana. *O Parto e o Poder*: o movimento pela humanização do parto no Brasil – Florianópolis, UFSC Programa de Pós-Graduação em Antropologia-Social, 2004.

TURNER, Victor W. *O Processo Ritual*: estrutura e anti-estrutura; tradução de Nancy Campi de Castro. Petrópolis, Vozes, 1974.

TVABRASCO. Saúde da População Brasileira. Goiânia: TV Abrasco, Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2015. 29:33min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=E90IIRbclxY>

Ugwumadu, Austin. “Does the Maxim ‘Once a Caesarean, Always a Caesarean’ Still Hold True?” *PLoS Medicine* 2.9 (2005): e305. *PMC*.

UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris, 2006. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>

UNICEF. Situação Mundial da Infância: Saúde Materna e Neonatal. 2008 Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowc2009_pt.pdf

VELHO, Gilberto. *Individualismo e cultura*: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

VENTURA, Miriam; SCHRAMM, Fermin Roland. Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 65-93, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100005&lng=en&nrm=iso

VICTORA, Cesar *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011; 377: 1863-76.

VILLAR, José *et al.* Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006;367(9525):1819-29.

WAGNER, Marsden. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001 Nov;75 Suppl 1:S25-37.

WORLD HEALTH ORGANISATION. *Care in Normal Birth*: a practical guide. Geneva: WHO; 1996. disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

YE, Jianjun *et al.* Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. In: *Birth*. Vol. 41 (3) p. 237-244. Set. 2014.

YOUNG, Diony. “Gentle Cesareans”: Better in some respects, but fewer cesareans are better still. *Birth* 38:3 September, 2011.

ZHANG, Jun *et al.* Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet. Gynecol*, 116 (6): 1281-1287. December, 2010.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JUNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, June 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601859&lng=en&nrm=iso>

GLOSSÁRIO

Cesárea eletiva	Cirurgia com hora marcada, antes do TP.
Cesárea intraparto	Cirurgia sem hora marcada, após o início do TP.
Diabetes gestacional	Tipo específico de diabetes que ocorre durante a gestação, em geral no final do 2º trimestre e início do 3º.
Distócia	Qualquer problema que dificulte o parto normal.
Dequitação da placenta	Terceiro estágio de trabalho de parto; expulsão da placenta
Fase ativa	Fase do TP em que as contrações têm ritmo e há dilatação \geq 6 cm, de acordo com Zhang (2010). Nesta fase há recomendação de acompanhamento dos BCFs.
Fase latente	Fase do TP em que as contrações costumam ser irregulares e há pouca dilatação. Redefinida por Zhang (2010) por dilatação \leq 6 cm.
Histerectomia	Cirurgia de remoção do útero
Macrossomia	Considera-se bebê macrossômico aquele com peso igual ou maior que 4,5 quilos.
Manobra de Kristeller	Manobra na qual a barriga da gestante é empurrada. Proscrita em livros e protocolos de obstetria por ser considerada arriscada.
Ocitocina sintética	Hormônio utilizado para induzir e intensificar as contrações de trabalho de parto
Parto pretermo	Também denominado prematuro, parto que ocorre antes de 37 semanas de gestação
Pródromos	As primeiras contrações uterinas que antecedem o trabalho de parto propriamente dito. Com baixa frequência, podem ser dolorosas ou não e não apresentam ritmo.
Puxos dirigidos (manobra de Valsalva)	Quando o profissional ordena que a parturiente encha o peito de ar, feche a boca e faça força.
Puxos involuntários	Esforços expulsivos maternos, são fisiológicos e independem da vontade da mãe.
Risco habitual	Gestantes sem histórico de comorbidades, tais como DG ou HA com IG entre 37 e 41 semanas ao nascer, feto único em

	apresentação cefálica, com peso ao nascer entre 2,500 g e 4,499g.
Tampão mucoso	Muco espesso secretado pelo colo uterino que forma um tampão, cujo objetivo é evitar que bactérias cheguem ao útero. Durante as últimas semanas de gestação ou no momento do TP, o muco começa a sair.
Versão cefálica externa (VCE)	Manobra não invasiva utilizada em gestações pélvicas (bebê sentado) cujo objetivo é modificar a apresentação fetal de pélvica para cefálica (cabeça para baixo). É feita com cerca de 37-39 semanas de gestação a partir de pressão na cabeça e nádegas do feto para que ele faça uma cambalhota e gire no útero materno.

APÊNDICE A – Carta de anuência para pesquisa em comunidade fechada na internet

Declaro para os devidos fins que aceito a pesquisadora Gabriela Macedo Hugues, mestranda do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ com a pesquisa intitulada “Cesárea? Não, Obrigada! As estratégias de gestantes para fugir de uma “desnecesária”, sob a orientação da professora doutora Maria Luiza Heilborn a fazer uma pesquisa na comunidade de apoio ao parto natural por mim criada em 06 de junho de 2010 e por mim moderada na rede de relacionamentos *Facebook*.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, que tem por objetivo analisar o movimento de humanização do parto via comunidade virtual e a troca de informações de mulheres participantes deste grupo que deixam o atendimento do plano de saúde para ter assistência ao parto em hospital público, concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas das Resoluções nº 466/2013 e nº 510/2016 CNS/CONEP.

- O comprometimento em usar os dados dos participantes exclusivamente para fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e da comunidade.

- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.

- Ciente de que haverá um risco mínimo de identificação que é inerente à publicações em redes sociais, mesmo sendo esta uma comunidade fechada.

- Não haverá nenhuma despesa para as usuárias nem para mim que seja decorrente da participação dessa pesquisa.

- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2017.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada “Césarea? Não, Obrigada! Estratégias de gestantes para fugir de uma “*desnecesária*”, conduzida por Gabriela Macedo Hugues. Este estudo tem por objetivo analisar o movimento de humanização do parto via comunidade de da rede social *Facebook* e a troca de informações de mulheres participantes deste grupo que deixaram o atendimento do plano de saúde para ter o parto em hospital público.

Você foi selecionada por ser uma destas mulheres que, mesmo tendo atendimento de plano de saúde, teve a experiência de parto no SUS. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em permitir o uso de seu relato de parto postado na comunidade da rede social *Facebook*. Não necessariamente serão usados os relatos por completo, apenas trechos nos quais as estratégias usadas para trocar o atendimento privado pelo público são descritas.

Esta pesquisa não produz riscos físicos, pois se trata de uma pesquisa da área de Ciências Humanas. Há, no entanto, o risco mínimo de identificação inerente a publicações em redes sociais, além do risco de incômodo ou desconforto na comunidade por haver uma pesquisa sendo feita neste espaço virtual. Há o risco de haver desconforto dos participantes por não utilizar o relato de parto por completo ou utilizar apenas pontos que a pesquisadora acreditar serem importantes, mas que a participante não os considera da mesma forma. No entanto, a elaboração do conteúdo será a mais cuidadosa possível, utilizando-se de todas as medidas cabíveis para minimizar quaisquer desconfortos gerados.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos, científicos e na comunidade virtual os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes, através de nomes fictícios.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável pela pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Gabriela Macedo Hugues, obstetritz, mestranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social. E-mail: gabrielahugues@uol.com.br, telefone: (21) 98387-1415.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Declaro o desejo de ter minha identidade revelada na pesquisa e estou ciente de que o sigilo da minha participação, neste caso, estará comprometido.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2017.

Assinatura da participante: _____

Nome legível _____

RG: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

ANEXO A – Regras da comunidade Cesárea? Não, obrigada!

Leiam as regras! Esse é o nosso código de conduta, leia com atenção antes de enviar mensagens. O não cumprimento das regras poderá levar à deleção do tópico, advertência do autor e, no caso de reincidência, a sua expulsão do grupo.

ATENÇÃO! Qualquer quebra das regras listadas abaixo pode significar exclusão do participante sem prévio aviso.

ATENÇÃO! PEDE-SE QUE OS MEMBROS, SEJA PELA RAZÃO QUE FOR, NÃO DELETEN POSTS DESTE GRUPO SEM ANTES CONSULTAR A MODERAÇÃO. Ainda que haja conflitos, polêmicas etc. que possam justificar a exclusão, quando o autor do post exclui sem aviso prévio, muitas vezes informações importantes são perdidas sem que seja possível recuperá-las antes.

1- Essa é uma lista de discussão de assuntos relacionados à gravidez, parto, pós-parto e amamentação. O que não se enquadra nesses temas, categorizamos de OFF-TOPIC. O que for OFF-TOPIC pode ser deletado pela moderação.

2- Os assuntos OFF-TOPIC são tolerados na medida em que estejam relacionados de alguma forma ao processo de construção do empoderamento da mulher na sua condição de mãe, entretanto advertiremos em caso de excessos.

3- Os participantes devem primar pela cortesia e pela boa convivência. *Não serão toleradas* agressões e ofensas, posts serão excluídos e possivelmente os participantes envolvidos.

4-Este é um grupo cuja essência está pautada na defesa do parto natural e humanizado, com foco no protagonismo feminino nas tomadas de decisão. *Não serão tolerados* tópicos ou comentários com o objetivo de defender as cesáreas eletivas ou desnecessárias, ou que de alguma forma enquadrem as mulheres como incapazes de tomar decisões sobre os seus corpos, podendo inclusive o participante ser excluído do grupo.

5 - *Não serão tolerados* tópicos ou comentários que citem ou indiquem medicamentos no grupo!

6- Embora muitos profissionais façam parte do grupo, não estimulamos as "consultas virtuais", nem o compartilhamento de exames ou laudos. A proposta do grupo é o bate-papo informal entre mães, mulheres e profissionais sobre os temas relacionados. Consultas virtuais serão advertidas.

7- Usem o álbum de fotos para incluir as fotos do seu parto. Compartilhe sua história conosco! Lembrem-se de que, ao compartilhar seu relato de parto no grupo, alguns questionamentos sobre sua evolução ou sobre sua assistência podem acontecer. Esteja preparada (o) para discutir amigavelmente as questões que surgirem, sempre respeitando as regras.

8- Antes de criar um tópico, observe no álbum de fotos se há uma imagem com o assunto que você quer falar. Busque utilizar tópicos que já existem, assim sempre enriquecemos o assunto

e facilitamos a busca. Posts repetidos de notícias e matérias serão deletados sem que seu autor seja marcado no post já aprovado. *** VER LINKS NO FINAL DESTE DOCUMENTO ***

9- Assuntos particulares devem ser tratados fora do grupo, diretamente com a pessoa envolvida.

10- *Não será tolerada* a divulgação de correntes, spams, páginas, sites e orações neste grupo. O post e o participante serão excluídos do grupo.

11- *Não será tolerada* a divulgação de produtos e serviços sem antes consultar a moderação. Se você é da área da obstetrícia, estão estritamente proibidos a autopromoção do seu atendimento, negociação de valores e afins no grupo.

12- *Não será tolerada* a discussão de temas relativos a outros grupos, páginas, tópicos, conflitos, questões etc. trazidos de outros grupos, salvo se ESTRITAMENTE vinculados ao tema deste grupo. Atenção para não compartilhar informações, neste grupo, que tenham sido postadas em outro grupo, sem autorização do autor/dono do caso discutido ou similar.

13- *Não será tolerada* a publicação de fotos, mesmo que de links externos, com bebês e/ou gestantes mortos. Se há uma dúvida sobre algum óbito, postem a dúvida, sem imagens. O membro do grupo que postar imagens dessa natureza será banido.

14- Como o grupo é de grande abrangência entre estados e cidades, não serão mais publicados convites para encontros de grávidas e grupos de apoio por aqui. A moderação entende que a divulgação desses encontros é fundamental, mas deve ser feita regionalmente. Sugerimos a criação de outros grupos do *Facebook* por cidade/região, para facilitar a comunicação.

15- Não serão aprovados posts com questionários ou pesquisas pessoais ou profissionais.

16- Não serão aceitos perfis comerciais ou não pessoais, sem identificação clara da pessoa por trás dele.

17- Relatos de parto devem ser compartilhados apenas pela própria ex-gestante, para que se possam discutir dúvidas que por acaso surjam. Não serão aprovados links externos para relatos de terceiros.

ATENÇÃO! Não é preciso pedir para adicionar em um tópico específico. Quando alguém do grupo adiciona um participante, aparece para a moderação a mensagem "Fulana adicionou Beltrana". A moderação das solicitações de entrada no grupo avalia os perfis apenas para identificar se não são fakes óbvios. A decisão é aceitar todo mundo exceto fakes óbvios, pessoas que por alguma razão já tenham sido excluídas do grupo por quebrarem as regras ou situações específicas de exceção. Se um membro pessoalmente adicionou alguém, MUITO provavelmente a pessoa será aceita em breve. É só aguardar!

Um grande abraço!

A Moderação

ANEXO B – Regras da comunidade Cesárea? Não, obrigada! Edição em 02/01/2018

Esse é o nosso código de conduta, leia com atenção antes de enviar mensagens. O não cumprimento das regras poderá levar à deleção do tópico, advertência do autor e, no caso de reincidência, a sua expulsão do grupo.

ATENÇÃO! Qualquer quebra das regras listadas abaixo pode significar exclusão do participante sem prévio aviso.

ATENÇÃO! PEDE-SE QUE OS MEMBROS, SEJA PELA RAZÃO QUE FOR, NÃO DELETEM POSTS DESTA GRUPO SEM ANTES CONSULTAR A MODERAÇÃO. Ainda que haja conflitos, polêmicas etc. que possam justificar a exclusão, quando o autor do post exclui sem aviso prévio, muitas vezes informações importantes são perdidas sem que seja possível recuperá-las antes.

1- Essa é uma lista de discussão de assuntos relacionados à gravidez, parto, pós-parto e amamentação. O que não se enquadra nesses temas, categorizamos de OFF-TOPIC. O que for OFF-TOPIC pode ser deletado pela moderação.

2- Os assuntos OFF-TOPIC são tolerados na medida em que estejam relacionados de alguma forma ao processo de construção do empoderamento da mulher na sua condição de mãe, entretanto advertiremos em caso de excessos.

3- Os participantes devem primar pela cortesia e pela boa convivência. *Não serão toleradas* agressões e ofensas, posts serão excluídos e possivelmente os participantes envolvidos.

4-Este é um grupo cuja essência está pautada na defesa do parto natural e humanizado, com foco no protagonismo feminino nas tomadas de decisão. *Não serão tolerados* tópicos ou comentários com o objetivo de defender as cesáreas eletivas ou desnecessárias, ou que de alguma forma enquadrem as mulheres como incapazes de tomar decisões sobre os seus corpos, podendo inclusive o participante ser excluído do grupo.

5 - *Não serão tolerados* tópicos ou comentários que citem ou indiquem medicamentos no grupo!

6- Embora muitos profissionais façam parte do grupo, não estimulamos as "consultas virtuais", nem o compartilhamento de exames ou laudos. A proposta do grupo é o bate-papo informal entre mães, mulheres e profissionais sobre os temas relacionados. Consultas virtuais serão advertidas.

7- Usem o álbum de fotos para incluir as fotos do seu parto. Compartilhe sua história conosco! Lembrem-se de que, ao compartilhar seu relato de parto no grupo, alguns questionamentos sobre sua evolução ou sobre sua assistência podem acontecer. Esteja preparada (o) para discutir amigavelmente as questões que surgirem, sempre respeitando as regras.

8- Antes de criar um tópico, observe no álbum de fotos se há uma imagem com o assunto que você quer falar. Busque utilizar tópicos que já existem, assim sempre enriquecemos o assunto e facilitamos a busca. Posts repetidos de notícias e matérias serão deletados sem que seu autor seja marcado no post já aprovado. *** VER LINKS NO FINAL DESTA DOCUMENTO ***

9- Assuntos particulares devem ser tratados fora do grupo, diretamente com a pessoa envolvida.

10- *Não será tolerada* a divulgação de correntes, spams, páginas, sites e orações neste grupo. O post e o participante serão excluídos do grupo.

11- *Não será tolerada* a divulgação de produtos e serviços sem antes consultar a moderação. Se você é da área da obstetrícia, estão estritamente proibidos a auto-promoção do seu atendimento, negociação de valores e afins no grupo.

12- *Não será tolerada* a discussão de temas relativos a outros grupos, páginas, tópicos, conflitos, questões etc. trazidos de outros grupos, salvo se ESTRITAMENTE vinculados ao tema deste grupo. Atenção para não compartilhar informações, neste grupo, que tenham sido postadas em outro grupo, sem autorização do autor/dono do caso discutido ou similar.

13- *Não será tolerada* a publicação de fotos, mesmo que de links externos, com bebês e/ou gestantes mortos. Se há uma dúvida sobre algum óbito, postem a dúvida, sem imagens. O membro do grupo que postar imagens dessa natureza será banido.

14- Como o grupo é de grande abrangência entre estados e cidades, não serão mais publicados convites para encontros de grávidas e grupos de apoio por aqui. A moderação entende que a divulgação desses encontros é fundamental, mas deve ser feita regionalmente. Sugerimos a criação de outros grupos do *Facebook* por cidade/região, para facilitar a comunicação.

15- Não serão aprovados posts com questionários ou pesquisas pessoais ou profissionais.

16- Não serão aceitos perfis comerciais ou não pessoais, sem identificação clara da pessoa por trás dele.

17- Relatos de parto devem ser compartilhados apenas pela própria ex-gestante, para que se possam discutir dúvidas que por acaso surjam. Não serão aprovados links externos para relatos de terceiros.

18- Não serão aprovados posts que tratam as gestantes pelos diminutivos "mãezinha" ou "gravidinha" ou de qualquer outra forma infantilizada de referência.

ATENÇÃO! Não é preciso pedir para adicionar em um tópico específico. Quando alguém do grupo adiciona um participante, aparece para a moderação a mensagem "Fulana adicionou Beltrana". A moderação das solicitações de entrada no grupo avalia os perfis apenas para identificar se não são fakes óbvios. A decisão é aceitar todo mundo exceto fakes óbvios, pessoas que por alguma razão já tenham sido excluídas do grupo por quebrarem as regras ou situações específicas de exceção. Se um membro pessoalmente adicionou alguém, MUITO provavelmente a pessoa será aceita em breve. É só aguardar!

Um grande abraço!

A Moderação

ANEXO C – Aprovação do comitê de ética

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cesárea? Não, obrigada! As estratégias de gestantes para fugir da "desnecesária".

Pesquisador: GABRIELA MACEDO HUGUES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 65817417.5.0000.5260

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.095.858

Apresentação do Projeto:

O objetivo do projeto é pesquisar o que pensam e reivindicam as mulheres que buscam evitar realizar o parto por meio de cesáreas que consideram desnecessárias. A pesquisa se propõe a obter informações na internet, em especial, em um grupo fechado no Facebook composto por mulheres que discutem o tema. A pesquisadora fará uma pesquisa de etnografia virtual e utilizará 10 relatos de experiência de mulheres que, apesar de terem plano de saúde, optam pelo parto no SUS, para explorar sua hipótese de estudo. A questão que motiva a realização da pesquisa é o alto número de partos por cesárea no Brasil, problema que é indicado por literatura secundária pertinente. Além da pesquisa de campo, será empreendida análise documental e jornalística das resoluções normativas e portarias do Ministério da Saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar a partir dos anos 2000

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D

Bairro: Maracanã

CEP: 20.550-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-0235

Fax: (21)2334-2152

E-mail: cep-ims@ims.uerj.br