**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Pai e acompanhante de parto: Perspectivas dos
homens sobre o processo reprodutivo e a
assistência obstétrica**

Ana Carolina Arruda Franzon

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do título de Mestre em
Ciências**

**Área de Concentração: Saúde, Ciclos
de Vida e Sociedade**

**Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carmen
Simone Grilo Diniz**

**São Paulo
2013**

Pai e acompanhante de parto: Perspectivas dos homens sobre o processo reprodutivo e a assistência obstétrica

Ana Carolina Arruda Franzon

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carmen Simone Grilo Diniz

**São Paulo
2013**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa quanto eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Para Alcnia, Maurcia, Iara, e todas as outras
mulheres que me motivam e ensinam que viver
 superar desafios.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível a partir do engajamento ativo e colaboração de uma série de apoiadores. A todo vocês, expresso minha “gratidão de parteira”, um tipo de reconhecimento transformador, que nos toca por toda a vida.

À minha orientadora, Profa. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz, pela oportunidade de sua orientação neste trabalho, e por todos os preciosos ensinamentos que ocuparam, nos últimos dois anos, boa parte de minha agenda de pesquisa e de engajamento no controle social. Agradeço pela ousadia em compartilhar seus saberes, pela motivação com a defesa dos direitos humanos das mulheres (e homens) em todo o ciclo reprodutivo, pelo direcionamento para uma percepção crítica sobre os temas que me tanto me motivam à pesquisa e demais trabalhos. Obrigada por permitir a realização deste nosso encontro, que para sempre repercutirá positivamente em minha história.

Às Profas. Dras. Janaína Marques de Aguiar, Flora Maria Barbosa, Ana Cristina Tanaka, pelas valiosas contribuições a este trabalho.

À minha família de origem, Maurícia e Nilo, Nicole, Julia e Raquel, pelo apoio incondicional durante toda esta jornada, por todo o amor que compartilhamos, e por constituírem minha “base” de motivação para seguir o caminho do autoconhecimento, diante de e permeado por todas as outras formas de conhecimento. Agradeço também aos meus avós, Alcínia e Luís, pelo acolhimento incomensurável naqueles momentos que sempre foram os mais difíceis, por cuidarem tão afetuosamente do meu maior bem.

À minha família querida, Iara e André, pela compreensão e respeito de todos os momentos de ausência que foram necessários, pelo carinho de todos os dias, e a dedicação incansável que permitiu a realização deste trabalho, pelos ouvidos acolhedores que hoje tanto conhecem sobre os modelos de assistência ao parto no Brasil, e principalmente, por termos conseguido, nós três juntos, viver a reprodução de uma forma saudável e transformadora.

Às minhas queridas amigas e companheiras de pesquisas, de reflexões críticas e todas as ações que juntas realizamos em benefício da disseminação de informações estratégicas para a defesa dos direitos das mulheres: Bianca Zorzam e Bianca Lanu, Marisse Queiroz, Ligia Sena, Heloisa Salgado, Deborah Delage, Sandra Souza, Elaine Galvão, Marcel Queiroz, Paula Prates, Bia Fioretti, Marília Reiter, Daniela Andretto, Patricia Zanin. Vocês são parte daquilo que levo de mais precioso desta experiência. Agradeço especialmente a cada homem incluído nesta pesquisa, por seu desejo e coragem em compartilhar sua vida. Esta pesquisa só foi possível a partir de toda sua dedicação e disponibilidade.

À Cecília, Paula, Vinicius e Fabio, pelo acolhimento e convivência tão rica em todo este período, pessoas de quem recebi fundamental apoio.

À Leandro, Carmen e Iara, por toda a articulação incansável sobre as demandas típicas, ou nem tanto assim, de um estudante de pós-graduação.

Às pessoas reais que ocupam os cargos administrativos no Departamento de Saúde Materno-Infantil, na Comissão de Cultura e Extensão da FSP/USP, nos Setores de Pós-Graduação e de Comunicação Institucional da FSP/USP, por tantas oportunidades de aprendizado sobre aqueles caminhos percorridos na trajetória dentro da FSP/USP e, sobretudo, na Extensão Universitária, trabalhos que foram também determinantes desta minha formação. Agradeço também à FSP/USP pela importância de seu financiamento para disseminação de pesquisas em Congressos da ABRASCO.

Por fim, à CAPES e ao CNPq pelos respectivos financiamentos deste mestrado e da pesquisa maior em que este está inserido.

RESUMO

Franzon ACA. Pai e acompanhante de parto: Perspectivas dos homens sobre o processo reprodutivo e a assistência obstétrica. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2013.

Introdução – A participação dos pais e companheiros afetivos no processo de parto e nascimento vem crescendo desde a década de 1960. Este fenômeno tem marcado a história das famílias e da Obstetrícia nos mais diversos contextos. Ouvir os pais é uma estratégia importante para melhorar a atenção à saúde das mães e dos bebês, assim como para prover um melhor acolhimento ao acompanhante. **Objetivo** – Descrever e analisar a perspectiva paterna acerca do processo reprodutivo, buscando conhecer os elementos de preparação para o parto, se há implicações para o desfecho da gravidez, assim como as percepções sobre os riscos e benefícios da assistência obstétrica em diferentes modelos de atenção. **Métodos** – Pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas presenciais, via *Skype* e *e-mail*, com amostra auto-selecionada a partir de divulgação institucional e em mídias sociais. Dados analisados a partir de categoriais iniciais propostas pelo roteiro, e novas categorias temáticas advindas do conjunto dos dados. **Resultados** – 23 sujeitos foram incluídos na pesquisa, todos estiveram presentes no momento do nascimento, em partos normais hospitalares, em partos domiciliares planejados, cesáreas intraparto e cesáreas agendadas. Os dados evidenciam que os pais têm desejo para participar do parto como parte essencial de sua experiência reprodutiva, e usufruem de benefícios subjetivos para o exercício da paternidade. Durante o parto, os pais qualificam sua presença com elementos de proteção e companheirismo. O modelo de assistência de conduta expectante só é possível após negociação com o provedor do parto normal, o que depende ainda da qualidade do preparo dos pacientes em termos de informações sobre direitos reprodutivos e recomendações de boas práticas. Nos hospitais, descrevem também os diferentes constrangimentos para o cumprimento estrito da Lei do Acompanhante,

assim como para a vivência do nascimento como evento familiar.

Conclusões – Garantir a presença irrestrita do acompanhante no parto traz benefícios não só para a saúde do binômio mãe-bebê, mas ainda para a experiência subjetiva dos homens com o processo reprodutivo e a paternidade. No entanto, a participação paterna ainda é um desafio imposto por muitos serviços de saúde, sendo valorizada somente em espaços restritos, mais comumente se extra-hospitalares. Em grande parte, os constrangimentos são da ordem do controle e restrição da autonomia dos sujeitos nas instituições de saúde, contrariando as melhores evidências que apóiam o cuidado efetivo centrado na mulher, e valorização do parto como experiência familiar.

Descritores: acompanhante de parto; direitos reprodutivos; masculinidades; modelos de assistência ao parto; paternidade.

ABSTRACT

Franzon ACA. Fathers attending childbirth: Men's perspectives about reproductive process and obstetric care. [Dissertation]. Sao Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2013.

Introduction – Fathers and husbands attendance to childbirth is an increasing trend since 1960s. This phenomenon has marked the history of families and Obstetrics in various contexts. Listening to fathers is an important strategy to improve the mother's and babies' health care, as well as to provide better support to the labour companion. **Goals** – To describe and analyze paternal perspective about the reproductive process, getting to know the elements of childbirth prepare, whether there are implications for the outcome of pregnancy, as well as perceptions about the risks and benefits of obstetric care in different care models. **Methods** – Qualitative research conducted through semi-structured interviews in person, via Skype and e-mail, with a self-selected sample from institutional publicity and social media. Data analyzed from pre-determinates categories, and new themes arising from the data set. **Results** – 23 men were included in the study, all were present at childbirth, attending vaginal birth at hospitals, planned home births, cesarean section intrapartum and scheduled cesarean section. Data show that parents have the desire to attend childbirth as an essential part of their reproductive experience, as well as they enjoy subjective benefits for their fatherhood. During childbirth, fathers qualify their presence with elements of protection and companionship. The expectant management model of care is possible only after negotiation with the birth provider, which also depends on the quality of patient's preparation in terms of information on reproductive rights and best practice recommendations. At the hospital, they also describe the different constraints for the strict compliance of brazilian 'Attendance Childbirth Law', as well as for the experience of birth as a family event. **Conclusions** – Ensure the unrestricted presence of companion during childbirth brings benefits not only to the health of both mother and baby, but also to the subjective experience of men with the reproductive process and

fatherhood. However, fathers involvement is still a challenge posed by many health services being valued only in restricted spaces, more commonly outside hospitals. In large part, the constraints are of the order of control and restriction of personal autonomy in health institutions, contrary to best evidence on effective support and women centered care, which values childbirth as a family experience.

Key words: childbirth companionship; fatherhood; masculinity; obstetric care models; reproductive rights.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	HISTÓRICO DE MEDICALIZAÇÃO DO PARTO	12
1.2	QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA: CONSENSOS E POLÊMICAS DOS ATUAIS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO	15
1.2.1	Consenso – A qualidade da assistência precisa melhorar	15
1.2.2	Controvérsias – Como melhorar a qualidade da assistência? Aposta em diferentes modelos de assistência ao parto e indicadores para avaliação da qualidade	19
1.3	HOMENS, GÊNERO, SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS	22
1.4	ESTUDOS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DOS PAIS NO PARTO	27
1.5	REFLEXIVIDADE E O LUGAR DESTE ESTUDO SOBRE OS HOMENS: OUTRAS CONTRIBUIÇÕES FEMINISTAS	30
1.6	JUSTIFICATIVA	32
2	OBJETIVOS	35
2.1	OBJETIVO GERAL	35
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
3	METODOLOGIA	36
3.1	FASE EXPLORATÓRIA	36
3.2	ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA	36
3.3	REVISÃO LITERÁRIA E ÁREAS DO ESTUDO	37
3.4	CAMPO DA PESQUISA	39
3.4.1	Composição da amostra	39
3.4.2	Produção dos dados	42
3.5	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	44
3.6	ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	48
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	49
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
4.1	ASPECTOS METODOLÓGICOS	51
4.2	OS PAIS E A GRAVIDEZ, PARTO E PATERNIDADE	52
4.2.1	Expectativas e motivações para participar do processo reprodutivo	54
4.2.2	Informação e preparação para o parto	59
4.2.3	Percepções sobre a via de parto	70
4.2.4	Considerações sobre ocitocina, episiotomia, manobra de Kristeller, fórceps e litotomia	78
4.2.5	Considerações sobre doulas	82
4.2.6	Considerações sobre a Lei do acompanhante e a percepções sobre acolhimento	87
4.2.7	A relação conjugal após o parto	99

5	CONCLUSÕES	103
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
	ANEXOS	115
	Anexo 1 – Quadro 3 – Características do preparo para o parto, assistência recebida, desfechos da gravidez, e percepções acerca da humanização da assistência	115
	Anexo 2 – Cadastro e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	123
	Anexo 3 – Roteiro para entrevistas presenciais e Skype	126
	CURRÍCULO LATTES	132

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1 – Print Screen da divulgação original da pesquisa na Fanpage do Grupo de Pesquisa GEMAS, na plataforma Facebook.....	39
Gráfico 1 –Distribuição quantitativa dos partos acompanhados pelos sujeitos e incluídos na pesquisa	47
Quadro 1 – Características dos diferentes modelos de assistência ao parto.....	20
Quadro 2 – Características sócio-demográficas dos sujeitos participantes de pesquisa.....	45
Quadro 3 – Características do preparo para o parto, assistência recebida, desfechos da gravidez, e percepções acerca da humanização da assistência (ANEXO 1).....	115

SIGLAS UTILIZADAS

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CPN – Centro de Parto Normal

DSDR – Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

FSP/USP – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

GEMAS – Gênero, Maternidade e Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PDP – Parto domiciliar planejado

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PNRMMN – Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

SUS – Sistema Único de Saúde

TP – Trabalho de parto

VoIP – Voice over Internet Protocol

1. INTRODUÇÃO

1.1. HISTÓRICO DE MEDICALIZAÇÃO DO PARTO

Publicações científicas, assim como outros documentos históricos, propõem que os homens comumente estiveram distantes das mulheres durante o trabalho de parto. Mesmo quando se ocupavam de atividades relacionadas ao evento do nascimento de um filho¹ ou familiar, como relatam alguns estudos antropológicos², sua presença estava à margem do espaço em que se acomodavam as parturientes, parteiras e comadres. Isto se dava pelo fato de que o parto e a reprodução seriam assuntos de domínio exclusivo das mulheres (EHRENREICH e ENGLISH, 1973; DINIZ, 1997; VIEIRA, 2002; MARTINS, 2004; BRENES, 2008).

A entrada dos homens neste cenário, com sua pragmática contribuição científica por meio da ginecologia e obstetrícia, não se deu sem resistência por parte das mulheres. A medicalização das funções sexuais e reprodutivas das mulheres foi um longo processo histórico, com ideias e práticas desenvolvidas desde o século XVII, até a constituição, no início do século XIX, de uma disciplina específica para exploração do corpo feminino: a ginecologia e obstetrícia, então difusas e intrínsecas. (EHRENREICH e ENGLISH, 1973; DINIZ, 1997; RODHEN, 2002; VIEIRA, 2002; MARTINS, 2004).

Muitas mulheres morreram ou tiveram seus corpos mutilados para que o desenvolvimento da ciência pudesse avançar. Uma história perpassada por diversos constrangimentos e legitimidades para o exercício do poder biomédico, que buscava organizar as características de uma prática obstétrica prioritariamente cirúrgica e altamente invasiva, que guarda

¹ No decorrer do texto será usada a grafia padrão da língua portuguesa, que toma a desinência masculina, no singular e plural ('o' ou 'os') para generalizar os casos em que os sujeitos são representados por homens e mulheres. (FONSECA, 2008).

² Há relato, por exemplo, de ritual paterno de construção de pontes para as almas dos recém-nascidos ou de deitar-se com o corpo recoberto de pimentas, e ainda, de somatização dos efeitos da gravidez, como a síndrome de couvade, (DELLMAN, 2004).

resquícios de autoritarismo e subordinação das mulheres³, até os dias atuais (DINIZ, 1997; EHRENREICH e ENGLISH, 1973).

Segundo Rohden (2003), logo no início do século XX, as sociedades modernas passaram a valorizar os cuidados dedicados à obstetrícia como indicadores do “grau de civilização” de um país. Já Martins (2005), explica que esta correlação deriva da valorização da então nova assistência que começava a ser prestada pelos cirurgiões, que eram homens, médicos, em detrimento dos cuidados que eram tradicionalmente realizados pelas mulheres parteiras.

Nos últimos cem anos, o sucesso do movimento de medicalização do parto esteve vinculado justamente ao progresso do movimento hospitalar e à proposição de novas cadeiras de obstetrícia e ginecologia nas faculdades de medicina. Rohden (2002) evidenciou o quanto foi necessário readequar a organização do trabalho hospitalar em função das “dificuldades que a especificidade feminina” trazia para a dinâmica dos serviços: doenças de difícil tratamento, acompanhadas de muito sofrimento físico e sensibilidade nervosa.

Para a autora supracitada, a necessidade dos atendentes especialmente treinados para lidar com os perigos do “excitamento nervoso”, assim como a demanda pela criação de ambientes específicos: as

³ Como exemplificado no recente episódio jurídico envolvendo uma maternidade escola no Rio Grande do Sul e uma gestante de alto risco que impediu que estudantes de medicina acompanhassem a realização de exame: “No caso em tela, contudo não constato que o atendimento médico em hospital universitário, feito com a presença de estudantes de graduação ou de médico residentes, sob a supervisão, respectivamente, de professores e preceptores, possa violar o direito à intimidade dos pacientes. Nesse sentido, afigura-se imprescindível para o deslinde da presente demanda a diferenciação entre o constrangimento e a quebra da intimidade, porquanto o primeiro é sentimento de ordem subjetiva, o qual nem sempre é decorrência da objetiva violação à vida privada, caracterizadora do segundo item.” Fonte: Documento eletrônico assinado digitalmente por RAFAEL WOLFF, Juiz Federal Substituto na Titularidade Plena, conforme MP nº 2.200-2/2001 de 24/08/2001, que instituiu a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil, e a Resolução nº 61/2007, publicada no Diário Eletrônico da 4a Região nº 295 de 24/12/2007. A conferência da autenticidade do documento está disponível no endereço eletrônico <http://www.jfrs.gov.br/processos/verifica.php>, mediante o preenchimento do código verificador 5814120v4e, se solicitado, do código CRC 6C5B8F12. Disponível em: http://www.trf4.jus.br/trf4/processos/visualizar_documento_gedpro.php?local=jfrs&documento=5814120&DocComposto=&Sequencia=&hash=e693c54d9422fd4a9b594f47182f14be e <http://www.trezentos.blog.br/?p=4685>. Acesso em 02 de outubro de 2011.

maternidades e unidades de consulta ginecológica estavam justificadas. Finalmente, este projeto contou ainda com a força da imposição de uma “disciplina moral e corporal” entre as mulheres, que condenava todo tratamento de saúde domiciliar, os quais, especialmente nas classes pobres, não davam resultados satisfatórios.

No Brasil, este evento data de 1808, quando a então chamada “Arte Obstétrica” foi implementada nas escolas de medicina e cirurgia inicialmente criadas nos estados da Bahia e Rio de Janeiro. Como reportado por Brenes (1991), a partir deste evento os profissionais da medicina iniciaram um “jogo de interesses” direcionado a levar o corpo feminino à clínica, ao hospital e ao consultório. Deste “jogo” surgiram muitos mitos, tais como: o amor materno, a mãe dedicada, a boa esposa, a rainha do lar, as histéricas, as mundanas e toda uma série de tipificações femininas que ocupariam a literatura médica e o imaginário social do século XIX. A mulher criada no século XIX, que povoou as páginas do romance nacional, destacava-se pela sua constituição frágil e débil. Seriam, em geral, muito mais delicadas, ternas, sensíveis e pacíficas que os homens, tendo sido criadas para desempenhar exclusivamente os papéis de esposas e mães.

De acordo com Draper (2003), este processo resultou no controle médico e na medicalização dos “assuntos de mulheres”, como os principais reguladores do corpo feminino observados na atualidade. Para esta autora, isto se deu não apenas por meio da patologização da fisiologia do ciclo reprodutivo (e culminando no uso extensivo de intervenções tais como a histerectomia, a terapia de reposição hormonal, o uso de contraceptivos medicamentosos, cesáreas e o manejo ativo do parto), mas mais sutilmente por meio da objetificação da capacidade reprodutiva das mulheres. Em estudo sobre violência institucional em maternidades públicas brasileiras, Aguiar (2010) argumenta que este é o ponto determinante para configurar as relações estabelecidas entre profissionais e pacientes de obstetrícia: as mulheres que buscam tais serviços especializados seriam desconsideradas como sujeitas nesta relação, sendo acolhidas e tratadas

como objetos de intervenção, passivas e alienadas da autodeterminação de seus corpos.

Como veremos na próxima seção, ao final do século XX, a Obstetrícia havia alcançado a hegemonia política sobre as demais práticas curativas e assistenciais, colocando-se como expoente do desenvolvimento científico e tecnológico, e ainda, sendo valorizada como garantia de efetividade e segurança para a maior parte das técnicas cirúrgicas e de manejo desenvolvidas. Para a maioria das mulheres de muitos países (incluindo o Brasil e outros países América Latina), isso significou uma transformação radical da cena do parto, que passou a ser contida exclusivamente pelos saberes médicos especializados. Uma experiência institucionalizada pela organização do trabalho nas maternidades, que passou a ser vivida rotineiramente de forma isolada do resto dos familiares, medicada e instrumentalizada.

1.2. QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA: CONSENSOS E POLÊMICAS DOS ATUAIS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO

1.2.1. Consenso – A qualidade da assistência precisa melhorar

Há 30 anos, a redução das mortes maternas vem ocupando cada vez mais espaço na agenda de pesquisas e políticas públicas, dado que permanece como desafio à assistência que, atualmente, é universal no Brasil, e em outros países com indicadores socioeconômicos e culturais semelhantes (DINIZ, 2009). É exatamente o que nos direciona o olhar investigativo para a qualidade da assistência que vem sendo praticada nos centros obstétricos, sobretudo quanto aos modelos de atenção, aos cuidados prestados nos diferentes locais de parto e aos tipos de formação profissional.

Assim como em grande parte dos países industrializados, a cobertura universal da assistência profissional ao parto e nascimento no Brasil trouxe inegáveis benefícios para a saúde do binômio mãe-bebê

(ENKIN *et al.*, 2005, VICTORA *et al.*, 2011a). São resultados bem-sucedidos do acesso irrestrito das populações aos serviços de saúde: redução das infecções puerperais; melhor nutrição e imunização das mulheres; menor incidência/prevalência de tabagismo durante a gravidez; menor número de filhos com intervalos maiores entre os partos; data de início de pré-natal mais precoce e maior número de consultas; e maior número de consultas pós-parto. No entanto, há vinte anos não é verificado impacto contundente nos indicadores de mortalidade materna. (BARROS *et al.*, 2005; BRASIL-PNDS, 2006).

Umas das mais importantes inovações na agenda de pesquisa para redução da mortalidade materna é a expansão das investigações sobre os quadros clínicos de morbidade materna grave ou “near miss”. Apesar dos desafios operacionais que as pesquisas revelam para os serviços de saúde sobre quais seriam as definições da morbidade severa entre gestantes, parturientes e puerpéras, alguns autores a compreendem como “uma mulher que, em qualquer momento da gestação e até seis semanas de puerpério, tenha sofrido uma disfunção orgânica aguda grave, que poderia ter resultado em morte materna caso não tivesse recebido um tratamento médico adequado” (GANDHI, WELZ e RONSMANS apud SOUZA *et al.*, 2006). A raridade do desfecho morte materna nas instituições de saúde dos países desenvolvidos indicam a necessidade de medidas mais acuradas para avaliar a qualidade do cuidado à saúde reprodutiva das mulheres, tal é a magnitude da importância deste indicador (BASKETT e STERNADEL 1998; SOUZA *et al.*, 2006). No Brasil, estima-se que para cada morte materna, ocorram 20 casos de morbidade severa (MARTINS, 2007).

Além disso, configuram ainda o atual quadro da saúde materna nacional: 97% de cobertura pré-natal, com 99% dos partos realizados em hospitais; sendo que apenas 45% das gravidezes tenham sido planejadas; mais de 50% de cesáreas em todos os nascimentos do país, situação agravada na Saúde Suplementar, cuja taxa está em torno de 84%. E mais, 75% não tiveram acesso a grupos educativos durante o pré-natal;

64% das parturientes do SUS não tiveram garantia do direito ao acompanhante; 95% estiveram deitadas durante o período expulsivo, e tiveram uma experiência de parto vaginal com excessiva manipulação, caracterizada, entre outros, pelo uso liberal de ocitocina sintética e episiotomia (BRASIL, 2012; LEAL, 2012; VICTORA *et. al.* 2011a).

De fato, os resultados que temos descritos atualmente no país indicam, segundo os autores supracitados, a recorrência de danos provocados pela combinação de rígidos protocolos hospitalares – que se sobrepõem às individualidades das mulheres e suas famílias, acarretando em perda da autonomia sobre o próprio corpo (autodeterminação em saúde), com a falta de preparo das mulheres para viver a experiência reprodutiva da forma mais saudável possível. Situação esta que se traduz em agravos iatrogênicos, violação institucional de direitos e alta incidência de experiências de parto insatisfatórias – tanto para as mulheres sujeitas da assistência quanto para os profissionais provedores da área.

Sensíveis aos desafios que permanecem à saúde reprodutiva das mulheres, muitas estratégias nacionais e globais têm sido propostas aos diversos sistemas nacionais de saúde; tais como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio⁴, da Organização das Nações Unidas, cuja meta número cinco estabelece uma redução de três quartos da mortalidade materna entre 1990 e 2015, a articulação internacional Maternidade Segura (OMS 1996), e as iniciativas The White Ribbon for a Safe Motherhood⁵ e Women and Health Alliance International⁶, entre outras. No Brasil, o esforço é orientado para as políticas públicas do setor Saúde, contando com a forte articulação dos movimentos de *advocacy* pelos direitos das mulheres, espaço sociopolítico em que a perspectiva feminista de defesa dos direitos reprodutivos torna-se preeminente.

São iniciativas complexas, que envolvem setores multiprofissionais e interinstitucionais, e que buscam qualificar a atenção à

⁴ <http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>

⁵ <http://www.whiteribbonalliance.org>

⁶ <http://www.waha-international.org>

saúde materna a partir da implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas, passando pela organização dos serviços e a valorização do controle social em saúde (BRASIL, 2008b). Esses movimentos abordam desde recomendações para boas práticas na atenção ao parto normal (BRASIL, 2001), até o estabelecimento de um Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004) e a Lei Federal 11.180 de 2005, cujo texto ocupa posição de centralidade no contexto da investigação aqui proposta. Apesar da regulamentação atual não dispor de nenhuma penalidade para o descumprimento da Lei, seu cumprimento estrito prevê a permanência do acompanhante de livre escolha da mulher durante toda a internação, desde o pré-parto, passando pelo momento do nascimento em si, até 10 dias de pós-parto.

Em resumo, toda a complexidade que envolve o debate sobre a redução das mortes maternas pode ser representado pela estimativa de que até 90% das mortes maternas seriam evitáveis pela atenção obstétrica de qualidade, e em momento oportuno. Diniz (2009) sugeriu um modelo explicativo para o “paradoxo perinatal”, baseado na seguinte questão: Por que não conseguimos melhorar os indicadores de mortalidade materna apesar do acesso universal e, consequentemente, de toda a tecnologia disponível? Para a autora, a resposta está no **modelo hegemônico de atenção ao parto** praticado por profissionais de diferentes formações (obstetras, anesthesiologistas, preceptores e residentes, enfermeiras chefes, técnicas de enfermagem), pelas rotinas e protocolos das instituições de saúde, e pelas informações curriculares dos centros de educação e formação biomédicos – além do ‘currículo oculto’ – ou seja, o aprendizado empírico vivido neste processo, e que constam somente de registros não-oficiais⁷.

⁷ O diário virtual ‘Reflexões do Internato’ compila uma série de textos autorais de egressos do estágio em obstetrícia na UNICAMP, com suas percepções acerca desta que é sua primeira experiência prática de cuidado direto à população. Acesso em 04 de setembro de 2012. Destaque para os documentos disponíveis em: <http://i.imgur.com/zp66Q.jpg> (datado de 1987) e <http://reflexoesdointernato.files.wordpress.com/2011/10/ocaism.pdf> (datado de 2011).

1.2.2. Controvérsias – Como melhorar a qualidade da assistência? Aposta em diferentes modelos de assistência ao parto e indicadores para avaliação da qualidade

O modelo hegemônico adotado largamente no ocidente é o modelo tecnocrático, excessivamente medicalizado e hospitalocêntrico. Para Diniz (2009), os modelos de atenção ao parto são expressões de um conjunto cultural complexo que compreende todos os símbolos e significados da autonomia da mulher em uma dada oportunidade. Esses reproduzem um arquétipo da necessidade de correção de seu corpo, determinando às punições simbólicas a que estão sujeitas as mulheres em boa parte de suas experiências sociais, e que a circunda na esfera reprodutiva da vida social. Neste sentido, a permanência de um status de personalização dos problemas acaba por impedir diálogos politizados desde a maternidade exclusiva (sem marido ou companheiro) até a responsabilização singular pelos cuidados dos outros (crianças e idosos), passando pelas dores do parto como forma de castigo pela atividade sexual. Assim, a característica do manejo ativo, bem como o conjunto de técnicas empregadas nas maternidades refletem, em última instância, uma tradução simbólica da cultura científica, biomédica e social.

Segundo Diniz (2009), D'Orsi *et al.* (2005) e Patah e Malik (2011), para além do que reflete sobre as relações de gênero, os modelos de atenção ao parto também podem ser definidos de acordo com os critérios elencados resumidos e agrupados quadro abaixo:

Quadro 1: Características dos diferentes modelos de assistência ao parto

CRITÉRIO DE QUALIFICAÇÃO OU DISTINÇÃO	O QUE É NA PRÁTICA	CARACTERÍSTICA, RESULTADOS E INDICADORES	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Uso de tecnologias assistenciais	- modelo tecnocrático ou humanista, - padrão para conduta expectante ou manejo ativo;	Altas taxas de cesáreas e manipulação excessiva do parto vaginal	Wagner 2001
Constituição da equipe	- médicos, enfermeiras, médicos e enfermeiras	Comando e constituição das	D'Orsi <i>et al.</i> (2005); Patah e

assistencial, formação e atuação profissional	obstetras, obstetrizes, doulas)	equipes de parto, se multidisciplinares ou não, de abordagem da saúde integral ou não - hospitalocêntrico, misto ou holístico;	Malik (2011)
Ambiência e local de parto	- centro obstétrico hospitalar - centro de parto normal intra, peri ou extra hospitalar - midwife unit led - partos domiciliares planejados - Prêmio Galba de Araújo);	Pesquisas evidenciam como a ambiência e o local de parto podem favorecer a experiência subjetiva das mulheres com o parto	Olsen, Clausen, (21012); Schneck <i>et al.</i> (2012)
Grau de autonomia e liberdade conferida à mulher,	- mulher ocupa posição central do cuidado ou está à margem da fisiologia (e possíveis patologias) do ciclo reprodutivo;	São altamente determinantes de muitos aspectos por influenciarem a dinâmica dos serviços e dos profissionais com relação com os pacientes durante o trabalho de parto e parto	Carneiro (2011)
Conflitos de interesses, sobre via de pagamento ao serviço de saúde, reserva de mercado de trabalho, entre outras.	- remuneração por tempo - conforto das usuárias e dos profissionais - organização do trabalho - disputas entre categorias profissionais	No Brasil, as taxas de cesáreas praticadas pelos planos de saúde está em 84%. Recentemente, o CFM liberou uma cobrança extra das clientes de plano de saúde	Estadão (2012), Martins-Costa, Ramos (2005)

Esse conjunto de constrangimentos e necessidades permite estabelecer as características típicas de uma dada política pública, de um serviço ou profissional, e ainda, da autodeterminação das usuárias. Para localizar os desafios colocados à saúde das mães brasileiras, as considerações a seguir privilegiarão as características e resultados dos modelos nacionais, sempre comparados à algumas experiências internacionais de referência.

A partir do consenso mundial de que as morbidades e mortalidades materna e perinatal constituem um dos maiores desafios colocados atualmente para a Saúde Pública, Sandall *et al* (2010) problematizou sobre a limitada produção de evidências sobre a segurança das pacientes (ou binômio mãe-bebê). O Programa para Segurança dos

Pacientes, da OMS, ocupa espaço prioritário na agenda de pesquisas para países de baixa renda ou alta concentração de renda e extremas desigualdes, como no Brasil. Segundo esta autora, é preciso produzir mais conhecimento sobre as causas originais e fatores que contribuem para tais eventos, assim como a investigação sobre as melhores soluções custo-efetivo para os problemas comuns.

Não há consenso ou proposta universal para quais seriam as dimensões da qualidade do cuidado. A maior parte das discussões científicas sobre o tema incorpora critérios de **segurança**, **efetividade** e **eficiência** das intervenções em saúde⁸. No entanto, a experiência subjetiva dos usuários da saúde e dos profissionais, bem como monitoramento dos efeitos adversos e o modelo de cuidado centrado no paciente, são simplesmente ignorados pelas produções brasileiras como indicadores de qualidade da assistência.

Pesquisas inglesas e australianas têm desenvolvido discussões sofisticadas na tentativa de estabelecer um modelo eficiente para monitoramento da qualidade da assistência. Uma experiência recente na Inglaterra compreende e centraliza a experiência do usuário com o serviço de saúde, a monitoração dos desfechos e efeitos adversos dos cuidados recebidos, assim o bem-estar dos profissionais de saúde (JAMESON, 2012).

1.3. HOMENS, GÊNERO, SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS

Esta pesquisa tem como **marco conceitual político** a plataforma de direitos humanos proposta nas duas Conferências Mundiais

⁸ **Segurança** é geralmente definida pela ausência de danos associados aos efeitos iatrogênicos do cuidado. “Evitar injúrias aos pacientes pelo cuidado que tem objetivo de ajudá-los”. **Eficácia/eficiência** é definido pela economia de desperdícios, incluindo o desperdício de equipamentos, insumos, ideias e energia. **Efetividade** é definida por “prestação de serviços com base em conhecimentos científicos, para todos aqueles que poderiam se beneficiar; e abstendo-se de prestar serviços para aqueles que muito provavelmente não se beneficiariam (evitando o sobre-uso e o sub-uso, respectivamente). (Sandall *et al*, 2010)

da Organização das Nações Unidas (ONU): **a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, CIPD, realizada na cidade do Cairo, em 1994; e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade de Pequim (Beijing), em 1995.** Um processo liderado principalmente pelo movimento feminista, articulado em um jogo de forças com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e outras esferas, como jurídicas, religiosa, biomédica e outros movimentos sociais.

De acordo com Siqueira (2000), a elaboração da referida plataforma – dos direitos sexuais e direitos reprodutivos (DSDR) – teve como ícones de discussão: a maior visibilidade e clareza sobre a participação desigual de homens e mulheres nos processos reprodutivos; e o reconhecimento da excessiva instrumentalização do corpo das mulheres, inviabilizando a vivência da sexualidade como experiências saudáveis e positivas. A compreensão das mulheres e homens como sujeitos de direitos na esfera da reprodução e da sexualidade deve ser percebida como uma conquista histórica:

Os direitos sexuais dizem respeito ao exercício da sexualidade de todas as pessoas. Compreende também viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações, independente de sexo, gênero, orientação sexual, idade, raça, classe social, religião, deficiência mental ou física. É, ainda, receber educação sexual ampla e sem preconceito, exercer a sexualidade independente da reprodução e praticar sexo com segurança e proteção, inclusive com a opção pelo não exercício.

Os direitos reprodutivos são direitos humanos básicos, ou seja, é o direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. Todos devem ter acesso às informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não filhos. Direito reprodutivo é, também, ter o direito de exercer a sua sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2011).

É importante observar que a defesa pelo reconhecimento de que os DSDR tratam de dois campos distintos passa também pela adequação da linguagem. Tratá-los como dois campos separados é uma questão crucial no sentido de assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida, o que permite relacioná-los entre si e com várias outras dimensões da vida social. É também um re-conhecimento das razões históricas que levaram o feminismo a defender a liberdade sexual das mulheres como diretamente relacionada à autodeterminação da vida reprodutiva. (ÁVILA, 2003).

Se a tomada dos homens como objeto, para entendê-los e também às mulheres, representa o esforço empírico concreto de realizar a categoria gênero, o produto de tal esforço pode efetivamente contribuir para que a perspectiva de gênero sirva à renovação do conhecimento e das práticas da Saúde Coletiva. (GOMES, SCHRAIBER e COUTO 2005).

Nesta área do conhecimento, as produções nacionais sobre a saúde dos homens não compreendem necessariamente os benefícios da perspectiva das relações de gênero. Em cumprimento ao projeto dos DSDR, a tradução das masculinidades em questões articuladas sobre saúde e cidadania permanece como desafio, tanto para o meio acadêmico quanto para as políticas públicas. Esta é uma provocação realizada em oposição à propagação de novos diagnósticos patológicos, com indicação de tratamentos farmacológicos ou invasivos, especialmente nas áreas da sexualidade e reprodução (ROHDEN, 2012; AQUINO, 2005; SCHRAIBER, GOMES e COUTO, 2005).

Em avaliações sobre as atuais práticas de pesquisa e atenção à saúde dos homens, diversos autores (entre eles, os supracitados) realizam uma crítica que atinge diretamente a biomedicina e suas articulações com as indústrias farmacêuticas, além do modelo de assistência à saúde. Isso porque estaria em curso um intenso processo de medicalização do corpo masculino, processo análogo ao ocorrido com o as mulheres, o qual explicado anteriormente.

Siqueira (2000), ao apresentar enfoque inovador sobre como os homens podem articular-se com a saúde e direitos reprodutivos, defende a valorização dos homens enquanto “sujeitos”. Isso porque haveria uma tendência mais forte para a apreciação das masculinidades sempre em articulação direta com a saúde e os direitos das mulheres. Em contrapartida, devem ser consideradas as necessidades concretas dos homens, não apenas nas suas relações com as mulheres, mas também, no próprio processo de constituição das masculinidades e as subjetividades, incluindo a sexualidade, a relação com o próprio corpo, a saúde e a reprodução. Ainda, neste contexto, é desejado que haja o acolhimento das singularidades e das *masculinidades múltiplas*, tal como é desejado para as mulheres (FIGUEIREDO, 2008).

Além da regulamentação dos serviços para o atendimento dos DSDR, publicadas por OMS (2000) e BRASIL (2001), entre outras, é importante ressaltar a recente experiência brasileira de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Em meio às críticas de que seja um projeto de medicalização de “corpos errantes”, em detrimento da consolidação de um conceito de saúde como “ausência de doenças”, e da sua articulação com a cidadania e os direitos humanos (CARRARA, RUSSO e FARO, 2009), a PNASIH foi promulgada em 2008, no âmbito do SUS. Prevê a necessidade de superação da responsabilização exclusiva das mulheres pelas práticas e planejamento reprodutivos. Entre seus princípios e diretrizes, reconhece:

A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança. (BRASIL, 2008).

Em tese, esta é uma perspectiva valorizada pelo Instituto Papai (s/d) e CARVALHO (2003) os quais, em síntese, defendem a valorização da paternidade como parte dos direitos reprodutivos dos homens. Em pesquisa sobre a participação dos pais no momento do parto

em maternidades públicas no Rio de Janeiro-RJ, esta autora analisou que a presença destes como acompanhantes não foi valorizada pela equipe obstétrica nem como suporte à parturiente tampouco como evento da paternidade. Já o Instituto Papai mantém uma campanha permanente de valorização da paternidade, a partir de uma perspectiva das relações de gênero. Com título “Paternidade: Direito, Desejo, Compromisso”, o projeto apresenta a seguinte premissa, destacada abaixo.

(i) Um **direito**: da criança, da mulher e do próprio pai; (ii) Uma ação que está inserida no campo do **desejo**, ou seja, é possível ser feliz não sendo pai, mas a paternidade também traz benefícios para o homem e é preciso refletir muito sobre o real desejo de se ter um filho, antes de dar um passo adiante; (iii) Um **compromisso**: uma responsabilidade com o/a filho/a que envolve tanto recursos financeiros quanto afetivos. (INSTITUTO PAPAI, s/d).

Nesse contexto, faz-se importante ainda resgatar um projeto nacional que ocorre no âmbito do sistema Judiciário, desde 2010. Trata-se do Programa Pai Presente, uma iniciativa da Corregedoria Nacional de Justiça que tem como objetivo “localizar os pais que não reconhecem seus filhos e garantir que assumam as suas responsabilidades, contribuindo para o bom desenvolvimento psicológico e social dos filhos”. A ação cumpre uma resposta sensível ao Censo Escolar de 2009, segundo o qual cerca de quase cinco milhões de estudantes não tiveram o nome do pai declarado na ficha censitária, destes, quase quatro milhões são jovens menores de 18 anos. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010).

Estas considerações evidenciam os desafios que permanecem à grande parte da população brasileira, no que se refere ao acesso e garantia de direitos humanos e sociais, dentre os quais constam os DSDR e o próprio direito à saúde. A valorização da presença dos pais durante toda a institucionalização dos processos reprodutivos deve ser temática privilegiada para as ações de saúde e cidadania da população – embora seja defensável como determinante o desejo da mulher na definição de seu acompanhante de parto.

Ainda como desafio complexo, especialmente para a área da Saúde Coletiva, é preciso superar as descrições e análises que restringem os homens à construção e ressignificação de marcas identitárias que seriam próprias a “uma visão hegemônica do ser masculino”. Segundo Gomes, Schraiber e Couto (2005), tais marcas seriam

(...) expressões, principalmente, da adoção do *status* quase que exclusivo de ser ativo, da crença de que deva mostrar invencibilidade, da associação do masculino à necessidade de se expor ao risco, e da naturalização do descontrole sexual e redução da sexualidade masculina à penetração. Com tal modelo de masculino, os estudos também assinalam que não se pode desconsiderar a possibilidade de aspectos normativo-sociais serem alterados ou ressignificados pela subjetividade dos atores sociais. Inferências dessa discussão, em síntese, remetem à idéia de que o homem, quando influenciado por ideologias hegemônicas de gênero, pode colocar em risco tanto a saúde da mulher quanto a sua própria.

O histórico de investigação⁹ sobre esses temas sugerem a forte tendência em relacionar a “masculinidade tradicional” com a produção de danos em saúde. É preciso ampliar a variedade das investigações para além dos temas recorrentes da morbi-mortalidade entre homens, a violência urbana, e a saúde sexual e reprodutiva como sinônimos de andropausa, infertilidade e disfunção erétil.

Com relação à paternidade, a maior parte dos estudos estabelecem modelos de paternidade sem, contudo, oferecerem uma crítica social aos papéis e responsabilidades atribuídas a este sujeito, sobre a forma como se relacionam com o exercício de sua sexualidade. Assim, temos estabelecidos, principalmente, dois “modelos” de pai: aquele que se satisfaz com o cumprimento exclusivo dos compromissos para o provimento familiar, e o “novo pai”, que deseja e busca viver este fenômeno de forma comprometida com a afetividade familiar (SALEM, 2007; CARVALHO, 2003; INSTITUTO PAPAI, s/d).

⁹ Note-se que se trata de breve histórico, datado a partir de 1980, no Brasil (GIFFIN e CAVALCANTI, 1999), tendo origem nos movimentos organizados nos Estados Unidos de crítica à medicalização excessiva, ou seja, ao modelo biomédico – entre eles, o feminista. (FONSECA, 2008).

1.4. ESTUDOS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DOS PAIS NO PARTO

Os primeiros escritos sobre a participação dos pais no parto datam da década de 1920, um legado da área da Antropologia. Outras áreas das ciências só passaram a investigar os efeitos da presença dos pais no parto no final da década de 1970, mais de dez anos após a inclusão deste sujeito de direitos e desejos na cena do parto. Isto se deu em cumprimento a uma demanda do movimento pelo parto natural (DELLMAN, 2004).

Foi apenas após a metade dos anos 1980 que as pesquisas passaram a investigar os sentimentos dos pais, suas percepções, motivações e expectativas, e os sentidos atribuídos ao nascimento. Desde então, está crescente o interesse pelo tema da “presença masculina” no ambiente dos serviços de saúde em geral (GIFFIN e CAVALCANTI, 1999; MEDRADO e LYRA, 2008) e especialmente, nas maternidades (DRAPER, 2003; DELLMAN, 2004; STEEN *et al.*, 2011). Contudo, o número de estudos realizados a partir da perspectiva dos homens sobre o parto ainda é considerado baixo, ou seja, a produção de dados empíricos tendo os homens como sujeitos de pesquisa ainda é menor em comparação com os estudos que investigam a participação paterna a partir da perspectiva das mulheres.

Atualmente, a presença dos pais como acompanhantes no parto é uma realidade constante e quase universalmente presente nos países ricos, com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e segurança dos direitos sociais (HODNETT, 2002; ENKIN, 2005; STEEN *et al.*, 2011). Sua acolhida por parte dos serviços é procedimento recomendado por leis e tratados políticos nacionais e internacionais (Department of Health, Department for Children, Schools and Families, e National Childbirth Trust apud STEEN *et al.*, 2011; OMS, 2000; BRASIL, 2009; BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b; BRASIL, 2001), e discursos biomédicos (HODNETT, 2002; ENKIN, 2005).

Em revisão sistemática sobre o tema, Steen *et al.* (2011) valoriza a importância de estudos que evidenciem as práticas correntes para que sirvam de base para a avaliação e o planejamento das ações em saúde. O foco é a promoção da saúde de mães, pais e seus filhos, inclusive em longo prazo, uma provocação também orientada para o reconhecimento e valorização do parto como um evento saudável, familiar, da ordem da sexualidade das mulheres.

Em situações adversas para a equidade em saúde e justiça social, como é o caso brasileiro, a inclusão do acompanhante no ambiente da maternidade hospitalar (modelo hegemônico no Brasil) persiste ora como demanda de grupos sociais articulados a segmentos profissionais menos tradicionais, ora pela imposição de procedimentos e rotinas nos serviços. Em muitos momentos e lugares, ela simplesmente não se concretiza. De acordo com os últimos dados publicados, pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006, apenas 16% das parturientes tiveram assegurado seu direito à companhia de uma pessoa familiar durante a internação (BRASIL, 2009).

Mais recentemente, em divulgação preliminar do Inquérito Nascer no Brasil, durante o X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO, UFRGS, Porto Alegre-RS, 2012), a taxa de acompanhantes foi anunciada em 73%, segundo dados produzidos em 2011, com representatividade de todo o país. Nesta ocasião, o alto número de mulheres com acesso à Lei do Acompanhante suscitou discussões. Como será explicado adiante, tais indicadores podem compreender uma resposta à metodologia aplicada por tal pesquisa, que não permitia grandes investigações das perguntas às participantes.

Outra publicação recente, desta vez produzida pela Ouvidoria do SUS para o programa federal do MS, Rede Cegonha, anunciou que, dentre quase 55 mil brasileiras que participaram da pesquisa, 64% não tiveram acompanhante durante o parto. Mais da metade delas alegou que a infração da Lei Federal foi uma imposição dos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Pesquisas brasileiras já constataram a existência de uma “pluralidade de valores impondo constrangimentos e orientando as opções em relação às formas de acompanhamento” entre usuários e os serviços de atendimento ao parto e ao nascimento. (HOTIMSKY e ALVARENGA, 2002; CARVALHO, 2003; OLIVA, NASCIMENTO e ESPÍRITO SANTO, 2010). Apesar da escassa investigação sobre o tema, o interesse dos pais em participar do nascimento de um filho é fato social estabelecido, descrito culturalmente como uma nova forma de exercício não somente da paternidade, como sobretudo, da conjugalidade dos casais (SALÉM, 1987).

Esses mesmos autores divulgam as contribuições para a saúde e o bem-estar da mulher e da família que a presença paterna é capaz de provocar. Criticam a desvalorização dos serviços e profissionais com a participação de homens como acompanhantes – e como pais; ao mesmo tempo em que reconhecem a necessidade de melhorar as informações sobre os benefícios do acompanhamento junto aos profissionais, e de ampliar a disponibilização de conhecimentos estratégicos, tanto para as mulheres quanto para os homens, para a vivência do processo fisiológico de trabalho de parto, por meio de sua inclusão e “preparação” desde o pré-natal.

No contexto das pesquisas já publicadas, alguns temas foram apontados como relevantes diante do panorama da inserção e da participação dos homens no parto. A seguir, é apresentada uma lista que compreende a síntese dos problemas científicos que foram verificados nas publicações incluídas no presente levantamento.

- Motivações e desejo para participar
- Os efeitos e benefícios para a saúde e bem-estar das mães, do bebê, e da família; o pai como apoio físico e emocional às companheiras
- Necessidade constatada de mais informações e mais preparação para o acompanhamento do trabalho de parto e parto/nascimento, sobre fisiologia, participação no pré-natal,

- A organização dos serviços de saúde não permite acolhimento devido aos homens, ou famílias
- Como o trabalho (emprego) interfere na paternidade e na preparação para o parto – ou seja, como a organização dos serviços é incompatível com a organização do trabalho
- Marcadores sociais da diferença, e quem são estes homens destas amostras qualitativas
- A corporificação da experiência vivida
- Percepção sobre o manejo de riscos e incertezas por parte dos profissionais; Situações que foram avaliadas como negativas, que provocaram medo, frustração, etc.
- Efeitos adversos do parto na sexualidade do casal, da mulher, do homem; Cicatrizes psicológicas, sexuais; como o parto é capaz de interferir nisso, o parto e nascimento de um filho é percebido como evento da sexualidade do casal?
- A transição para a paternidade, a inclusão do bebê como filho, a aceitação da paternidade e de práticas de paternagem e cuidado, descompasso entre o esperado e o real.

1.5. REFLEXIVIDADE E O LUGAR DESTE ESTUDO SOBRE OS HOMENS: OUTRAS CONTRIBUIÇÕES FEMINISTAS

Só podemos começar do que somos – seres criados numa sociedade cruelmente racista, capitalista e machista, que moldou nossos corpos e nossas mentes, nossas percepções, nossos valores e nossas emoções, nossa linguagem e nossos sistemas de conhecimento. (JAGGAR, 1997).

Há uma *clareza teórica* que paira sobre os pesquisadores que trabalham com teorias sociais críticas, e de um modo especial, sobre aqueles que buscam incorporar uma perspectiva das relações de gênero: trata-se da **importância político-metodológica de situar a pesquisa no**

contexto em que se insere; reconhecendo as **possibilidades e os limites deste(s) ‘lugar(es)’ de onde falam os autores e sujeitos de pesquisa.** (JAGGAR, 1997; FONSECA, 2008).

Esta valorização torna-se constitucional quando tratamos de pesquisas feministas, segundo as quais, as emoções são “complexo processo da atividade humana, que envolve agir, sentir e avaliar”; e que “não são mais ‘básicas’ ou menos importantes que a observação, a razão ou a ação para a construção de uma teoria”; sendo cada uma dessas faculdades condição necessária para o desenvolvimento de todas (JAGGAR, 1997).

A reflexividade da teoria feminista ensina que o exercício do ‘auto-exame crítico’ deve buscar reinterpretar e aprimorar nossas emoções, etapas essenciais à investigação teórica que propõem. Assim como defende Haraway (1995),

O feminismo ama outra ciência: a ciência e a política da interpretação, da tradução, do gaguejar e do parcialmente compreendido. O feminismo tem a ver com as ciências dos sujeitos múltiplos com (pelo menos) visão dupla. O feminismo tem a ver com uma visão crítica, conseqüente com um posicionamento crítico num espaço social não homogêneo e marcado pelo gênero. A tradução é sempre interpretativa, crítica e parcial. (HARAWAY, 1995).

No caso específico da autora desta dissertação de mestrado, neste momento vale declarar que sua virada para o campo da Saúde Pública se deu após experiência pessoal de ocupar os seguintes *locus*: i) usuária e consumidora dos serviços de saúde na situação de gestante, parturiente e puerpera em Londrina-PR¹⁰; ii) *ciberativista* dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres, especialmente, no

¹⁰ Uma experiência anterior com cirurgia de médio porte, mamoplastia redutora, foi decisiva para o desfecho da gestação, pela motivação contra uma nova cirurgia eletiva. Optou-se por uma assistência “privada”, que idealmente garantisse o não-manejo ativo do parto; e a internação com permanência exclusiva na suíte do hospital.

momento do parto¹¹; iii) representante da Rede Feminista de Saúde no Conselho Municipal de Direitos da Mulher.

Assim, tem-se a percepção de que a Pós-Graduação é parte do projeto individual de reflexão crítica sobre a teoria e prática política, sempre em processo de aprendizagem e renovação, que envolve a valorização e o desenvolvimento de teorias ou análises adequadas para a transformação social; com intuito de promover a saúde e a defesa dos direitos humanos de mulheres, homens e crianças, em torno do nascimento.

1.6. JUSTIFICATIVA

Esta dissertação de mestrado é um componente da pesquisa **“Gênero e Saúde Materna – Riscos e Benefícios dos Modelos de Assistência ao Parto: Perspectivas de usuárias/os e profissionais”**, coordenada pela Prof.^a Dr.^a Carmen Simone Grilo Diniz, do Departamento de Saúde Materno-Infantil, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), e desenvolvida no âmbito do grupo de pesquisa do “Gênero, Maternidade e Saúde” (GEMAS), cadastrado em 2011 no Diretório do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A pesquisa **“Relações de Gênero, Mulheres e Feminismos”** contou com o financiamento vindos do edital **MCT/CNPq/SPM-PR/MDA nº 20/2010**.

A referida pesquisa buscou considerar diferentes olhares sobre a prática clínica, o cuidado, o direito à saúde e a autonomia dos sujeitos, com objetivo de relacionar compreensões e produzir consensos sobre como é possível melhorar a qualidade dos serviços de saúde e o grau de satisfação das usuárias. A avaliação explorou aos cuidados especializados para gravidez, parto e puerpério, a partir da perspectiva da Saúde Coletiva, incluindo a escuta e a análise da percepção dos

¹¹ A experiência interativa de comunicação e ativismo via *webblogger* é co-editada em parceria com a antropóloga Bianca Lanu; seu conteúdo é de acesso aberto e pode ser conferido no endereço www.partonobrasil.com.br

acompanhantes sobre o parto e a assistência recebida, que consiste nesta pesquisa de mestrado.

No campo da saúde e direitos sexuais e direitos reprodutivos, os homens são pautados de modo recorrente, sobretudo no que se refere à desigualdade percebida entre homens e mulheres com a tomada de responsabilidades sobre o exercício da sexualidade, bem como no campo dos desejos e compromissos para o planejamento reprodutivo, assim como para os respectivos produtos da concepção. Neste sentido, este estudo buscou conhecer a história de uma específica geração de acompanhantes de parto, sobretudo para os seguintes aspectos:

i. Que tipo de emoções envolvem os pais que participam de cesáreas com hora marcada, que inviabilizam o início espontâneo do trabalho de parto; partos hospitalares com excesso de intervenções e situações em que há ocorrência de agravos iatrogênicos; partos sem intervenções medicamentosas e com liberdade de movimentos; partos em centros de parto normal, maternidades hospitalares e domiciliares;

ii. Trata-se de uma primeira geração de acompanhantes de partos hospitalares? São homens cujos pais não puderam participar do seu nascimento, ocorrido antes de 1970 ou 1980, quando supomos terem acontecido as primeiras experiências de acompanhamento de partos hospitalares? Como estão lidando, portanto, com essa nova realidade em sua rede afetiva?

iii. Como a informação que os pais detêm é oferecida e/ou esclarecida durante o atendimento especializado para a gravidez, parto e puerpério? Quais outras fontes e conteúdos são buscados e encontrados? Como são tomadas as decisões clínicas e quais escolhas são permitidas? Na percepção dos pais, a comunicação com o serviço ou provedor foi satisfatória e dialogada?

iv. O parto é percebido como um evento da sexualidade do casal? Como o ciclo gravídico-puerperal interfere nas relações afetivas e nas práticas sexuais?

De fato, ouvir e incluir os homens nesta narrativa científica sobre as percepções acerca dos modelos de assistência ao parto é cumprir com parte do projeto dos DSDR, os quais estabelecem as responsabilidades individuais e coletivas para o desejável exercício da sexualidade e da reprodução, em consideração aos direitos humanos e à autonomia dos sujeitos. Desse modo, neste estudo foi adotada a estratégia de pesquisa qualitativa para entender os aspectos sociais sobre as relações de gênero que compreendem certos fragmentos de nossa histórica e atual realidade obstétrica.

As pesquisas qualitativas têm como forte característica a centralidade do pesquisador na produção e análise das informações, assim como a focalização nos processos que engendram a pergunta científica, para que enfim, possam ser estruturados em modelos descritivos e explicativos (TRIVIÑOS, 2001). Considerando que o progresso da ciência se materializa pela quebra dos paradigmas e discussão das teorias e métodos (KUHN 1978), recentemente, pesquisadores têm buscado ampliar os recursos (entrevistas+grupo+análise documental) de modo a garantir a confiabilidade da abordagem qualitativa, bem como da análise e discussão dos resultados.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar, a partir da perspectiva das relações de gênero e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, as experiências e percepções dos homens, acompanhantes de parto de usuárias dos setores público e privado.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever e analisar:

(i) a experiência de homens que foram acompanhantes de parto em diferentes contextos: maternidades hospitalares públicas e privadas; em centros de parto normal; e em partos domiciliares planejados;

(ii) as concepções sobre os benefícios, riscos e efeitos adversos das intervenções obstétricas e via de parto, e como se formam tais concepções;

(iii) as circunstâncias em que há negociação de escolhas e consentimentos sobre intervenções obstétricas entre profissionais e usuárias e suas famílias;

(iii) descrever e analisar a participação paterna durante o pré-natal, buscando identificar os padrões de comunicação e informação que são oferecidas aos pais às gestantes, no setor público e no privado;

3. METODOLOGIA

3.1. FASE EXPLORATÓRIA

Esta pesquisa exploratório-descritiva utilizou um método qualitativo, orientado pela perspectiva de gênero que, por meio de um roteiro flexível de questões, abordou homens que foram acompanhantes de parto sobre sua experiência com a fisiologia e desenvolvimento do ciclo gravídico-puerperal, assim como sua percepção sobre a assistência recebida.

A opção pela metodologia qualitativa se deu pela exequibilidade de reconstrução teórica e sistematizada de processos, relações, símbolos e significados que compõem a realidade social, considerando a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade que marcam todas e quaisquer questões sociais propostas por Minayo (2009). Esta estratégia trouxe rigor metodológico, visibilidade e comunicação dos argumentos, como previamente reportado por Fonseca (2008). Para assegurar este rigor metodológico, todas as definições dos objetos, objetivos, instrumentos de pesquisa, assim como a toda a fase de produção dos dados em campo, organização do material e pré-análise e análise dos dados foram discutidas com o grupo de pesquisa GEMAS.

3.2. ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA

O desenho da pesquisa foi baseado na utilização de dois recursos: entrevistas semi-estruturadas e grupos focais, ambos tendo os usuária/os da saúde como sujeitos. A elaboração do roteiro (ANEXO 2) que serviu de base foi um processo longo que considerou uma série de documentos como: i) o projeto “guarda-chuva” **Gênero e Saúde Materna – Riscos e Benefícios dos Modelos de Assistência ao Parto: Perspectivas de usuárias/os e profissionais**, já mencionado, ii) os instrumentos do Inquérito Nascer no Brasil (Fiocruz); iii) o Programa de Ação do Cairo; iv) a Lei do Acompanhante de 2005 e v) a Política Nacional de Humanização do

Parto; as recomendações da OMS para a definição das boas práticas na atenção ao parto normal. Assim, os trabalhos foram direcionados para resgatar e compreender as noções que os participantes tinham sobre cidadania e direito à saúde (o qual encontra-se no rol dos direitos humanos), no momento da participação nos eventos de parto.

A seleção dos participantes foi conduzida seguindo as definições da pesquisa guarda-chuva (Diniz e cols. 2010). Houve uma provocação conduzindo para a auto-seleção dos participantes para composição da amostra por meio de uma divulgação inicial de abertura de inscrições para a pesquisa. Esta provocação favoreceu àqueles com desejo de incluir sua história e perspectiva no estudo proposto, com produção de uma narrativa guiada por roteiro semiestruturado para entrevista.

Foi adotada a estratégia de uso das tecnologias de informação dada a flexibilidade que a Internet traz para as comunicações sociais, mediadas pela *web*. Para tal, nos baseamos em (BECK, 2005; BARRATT e LENTON, 2010), os quais sugerem que as tecnologias de informação podem facilitar o acesso de populações específicas às pesquisas científicas, como por exemplo, usuários de drogas e mulheres em situação de violência. Neste contexto, esta metodologia configurou em uma abordagem inovadora, por também investigar a viabilidade da produção de dados com uso de tecnologias da comunicação e informação, sem perder a qualidade analítica dos resultados obtidos.

3.3. REVISÃO LITERÁRIA E ÁREAS DO ESTUDO

A elaboração do delineamento experimental foi baseado no panorama geral da literatura já produzida no Brasil e no exterior sobre: (i) a experiência dos pais com o ciclo gravídico-puerperal; (ii) a percepção dos pais sobre a assistência recebida para os cuidados especializados em obstetrícia; (iii) o uso das tecnologias de informação (mídias sociais e VoIP) para produção de dados em pesquisa.

Foram anotados aspectos e perspectivas sobre: i) tornar-se pai e viver a experiência da gravidez e nascimento, ii) ser companheiro afetivo (desde que esta fosse a realidade) e acompanhante de parto, iii) ser sujeito de direitos e iv) (re)produtor de noções próprias de cultura e masculinidades. Estas foram as bases que puderam ensejar os principais descritores para o início das pesquisas bibliográficas. A partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foram buscadas as seguintes palavras: a) parto, masculinidades, b) parto, homens, c) parto, acompanhante e d) gênero, saúde, masculinidades. A busca original na plataforma supracitada remeteu às seguintes plataformas de pesquisa bibliográfica: LILACS, MEDLINE, ScieLO.

Foram excluídos todos os artigos que não tratavam de pesquisa social ou em saúde de seres humanos. De outro modo, foram selecionados aqueles que tinham como objetivo investigar a experiência dos pais como acompanhantes de parto; aqueles que situavam o contexto brasileiro; os que tratavam de saúde dos homens e das mulheres a partir da perspectiva das relações de gênero; e os que compreendiam o campo multidisciplinar das teorias de gênero.

A partir de então, a busca foi estendida por meio da técnica de consulta de lista bibliográfica e seleção de referências. Nesta etapa, muitos autores e novos descritores¹² também foram pesquisados por meio das ferramentas de busca *Google Scholar*, dos portais PubMed e SCOPUS e, de modo importante, o Portal de Periódicos da CAPES. Em geral a maior parte das publicações trata da participação paterna em outras fases do ciclo gravídico-puerperal, como a gestação, o pré-natal, a paternidade e a amamentação. Assim, houve um procedimento de filtragem final buscando prioritariamente artigos que compreendiam a participação no parto e a assistência obstétrica. As informações foram anotadas sobretudo com relação à percepção dos homens sobre condutas, protocolos e intervenções

¹² Outras palavras-chave: pais no parto; acompanhante de parto; sexualidade no pós-parto; homens e sexualidade pós-parto; gênero, parto.

obstétricas, e de que forma suas experiências contribuíram para as discussões sobre a qualidade da assistência.

3.4. CAMPO DA PESQUISA

3.4.1. Composição da amostra

A entrada em campo ocorreu no dia 16 de julho de 2012, com a divulgação eletrônica do convite para a pesquisa guarda-chuva com o seguinte cartaz de divulgação.

Figura 1 – Print Screen da divulgação original da pesquisa na Fanpage do Grupo de Pesquisa GEMAS, na plataforma Facebook.

GÊNERO, MATERNIDADE, SAÚDE
GEMAS/FSP/USP

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
Comitê de Ética em Pesquisa FSP/USP 0095.0.207.000-11

**RISCOS E BENEFÍCIOS DOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO:
PERSPECTIVAS DE USUÁRIOS/OS E PROFISSIONAIS**

Convite para participação em pesquisa
qualitativa da Faculdade de Saúde Pública da USP
Entrevista semi-aberta - cerca de 30min duração

PÚBLICO
Mães que tiveram parto normal ou cesárea no SUS, pelo plano de saúde ou particular
Pais que foram acompanhantes de parto em hospitais, CPNs ou domicílio
Profissionais de saúde e gestores

INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES
escolhasnoparto@gmail.com
Presencial em São Paulo (SP) ou via Internet (Skype): Julho-Agosto 2012

Curtir (desfazer) · Comentar · Compartilhar · Editar

Gênero, Maternidade e Saúde (GEMAS/FSP/USP), Isabele Catarine, Nicole Passos, Dalila Costa e outras 9 pessoas curtiram isso.

78 compartilhamentos

Exibir todos os 12 comentários

Bianca Lanu Ana Carolina A Franzon, bora subir pro blog esse convite!
16 de julho às 13:07 · Curtir (desfazer) · 2

Luciana Benatti Topo participar e vou ajudar a divulgar.
16 de julho às 17:24 · Curtir (desfazer) · 2

Marilyn Reiter Oi pessoas queridas! Eu compartilhei aqui no FB e mandei também um email para a lista de gestantes e puérperas. Agora eu vou publicar no meu blog!
16 de julho às 19:24 · Curtir (desfazer) · 3

Ana Carolina A Franzon Companheiras queridas, agradecemos a colaboração em divulgar, muito obrigada! Beijos
16 de julho às 19:34 · Curtir (desfazer) · 4

Daniela Roberta Antonio Rosa Marcelo Riball!!! Não quer participar???

Laissa Máximo Mariana Correia, Amanda Machado Passos
17 de julho às 18:06 · Curtir · 1

Escreva um comentário...

Junto com a imagem, foi publicado um texto explicativo sobre: quem poderia participar; como seria a participação; as modalidades de realização das entrevistas; o prazo para a realização de todas entrevistas; e o canal de comunicação para proceder à inscrição ou obter mais informações, pelo e-mail criado especificamente para este fim, escolhasnoparto@gmail.com.

Foi realizada uma ação de comunicação ativa em busca de espaços virtuais que pudessem repercutir a informação para usuária/os e profissionais de saúde. Logo no primeiro dia, o convite foi publicado na *Fanpage* do GEMAS no Facebook. Como forma de abordar outras redes para além das nossas, foi criado um perfil do Grupo no Fórum E-family Net, e também inserido um convite para o Googlegrupo de alunos da FSP. O blog da autora desta pesquisa assim como suas plataformas no Facebook também foram usadas para aumentar a visibilidade.

A partir da publicação original do grupo, foi expressivo o número de compartilhamentos e divulgação espontânea por parte de outros usuários de mídias sociais.

Após uma semana, enquanto dezenas de mulheres correspondiam ao estímulo da divulgação, a participação dos homens não obteve nenhuma resposta espontânea. Passamos então a realizar uma busca ativa específica por pais que mantinham blogs sobre o tema da paternidade e outras áreas afins. De um total de 14 blogs levantados, todos foram comunicados do convite para a pesquisa. Esses foram convidados a participar com sua própria experiência e/ou divulgarem o mesmo em suas redes.

Esta segunda etapa obteve ainda alguns tímidos retornos. E há todo momento, houve reavaliações e discussões sobre como poderíamos superar os desafios de fazerem com que os homens sentissem-se atraídos para produção de uma narrativa sobre o acompanhamento do parto.

Na última etapa, de busca por inscrições individuais na pesquisa, buscamos duas pessoas estratégicas, com características bastante distintas, que puderam contribuir significativamente para as reflexões metodológicas ainda em construção.

Na primeira tentativa, a qual não gerou resultado, uma médica neuropediatra residente em São Paulo SP e provedora de cuidados em 3 serviços de saúde diferentes (Hospital SUS, Centro de referência e especialidades, clínica particular), com atuação na área da pediatria e neuropediatria, publicou o cartaz em seu perfil de Facebook, com menção

especial ao homens – dentre seus 357 amigos. Compartilhando a imagem em seu mural, ela chamava **“Caros colegas! Quem já teve um filho, queria por gentileza responder a esta entrevista sobre o parto! Em especial os homens do face!!!!”** (*sic*).

É importante ressaltar que a qualidade do chamado acima, remetido aos profissionais de saúde (colegas), pessoas sobre as quais podemos inferir estarem articuladas a diversos serviços de saúde na cidade de São Paulo, e outras, além de trabalharem e viverem entrelaçados pelos temas biomédicos, e de modo geral, pela saúde coletiva. Podemos inferir que sejam pessoas acostumadas com a elaboração de reflexões e pronunciamento de discursos – enunciados – sobre estes temas. Não houve interesse em participar de uma provocação sobre a experiência subjetiva de acompanhar a gravidez e o parto, e o encontro com a assistência obstétrica.

Na segunda tentativa, foi selecionada uma pessoa, também de São Paulo, com atuação na área específica da obstetrícia, em um modelo contra-hegemônico de assistência: organizadora de grupo e formador de doulas, para assistência à gravidez e ao parto “humanizado”; e provedora de cuidados obstétricos para partos domiciliares planejados e hospitalares. Para tal foi lançada a seguinte provocação:

“URGENTE: Ana Carolina A Franzon precisa entrevistar homens sobre suas experiências de acompanhamento de parto de suas esposas. Para pesquisa de doutorado e futura publicação e evidências. O foco são os homens. Quem pode ajudar? Temos um papel importante da produção de informação de qualidade no Brasil que prove que estamos querendo dizer há décadas. Entrem em contato direto com ela, ou escrevam algo aqui.”

Este foi um momento metodológico muito importante, pois com esta a maior parte da amostra foi organizada. Após a publicação deste chamado, dentre seus 2349 amigos, muitos pais, mães e doulas entraram em contato com a pesquisa, disponibilizando-se para participação nas entrevistas. Foram realizados 68 comentários na postagem original: 47 mulheres marcaram os nomes de seus maridos, convidando-os a participar,

15 doulas que chamaram diversos pais em um mesmo comentário, e somente 6 homens dispuseram-se espontaneamente. Além disso, algumas dezenas de mensagens foram encaminhadas de modo privativo para a autora da pesquisa.

Neste momento, foi estabelecido como critério de inclusão a comunicação realizada diretamente pelos homens. Todos aqueles que entraram em contato com a pesquisadora receberam o convite e o termo de consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa, número suficiente (e maior) do aquele previsto originalmente para formação da amostra.

3.4.2. Produção dos dados

A cada contato realizado, via e-mail escolhasnoparto@gmail.com, ou ainda, via mensagem privativa para a pesquisadora na plataforma Facebook, os homens recebiam o documento intitulado “Cadastro e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (ANEXO 1).

Como objetivo de monitorar a articulação dos sujeitos da pesquisa com o movimento pela humanização da assistência ao parto, perguntamos inicialmente aos pais se estes se consideravam conhecedores ou defensores desta política pública e modelo de atenção. Este recurso foi um recurso estratégico importante devido à inserção do próprio grupo de pesquisa, assim como a pesquisadora responsável, no referido movimento social.

Ao final, a pesquisa realizou contato com 70 homens: 20 não deram retorno algum à comunicação e busca ativa realizada pela pesquisa e 27 desistiram de participar no meio de percurso. Destes, 20 receberam o documento inicial para cadastro, mas não voltaram a fazer contato, mesmo após terem sido re-convocados para participação, e sete pais chegaram a receber o roteiro para entrevista por e-mail e também não devolveram o documento, mesmo após terem recebido novo prazo para participação,

assim como oferta para mudança de modalidade de participação. Ao final, 23 pais responderam ao roteiro de pesquisa: 08 por e-mail; 05 pais foram entrevistados presencialmente; e 10 pais participaram via Skype.

Todas as entrevistas foram realizadas entre os meses de julho e setembro de 2012. Presencialmente ou via tecnologia VoIP, foram conduzidas e gravadas por esta pesquisadora (oito entrevistas *Skype*, duas presenciais) e outros dois entrevistadores colaboradores, Heloisa Oliveira Salgado (três presenciais) e Marcel Robledo Queiroz (duas *Skype*), ambos estudantes e pesquisadores do Grupo de Pesquisa GEMAS/FSP/USP.

Durante esse período, a pesquisa ainda entrou em contato com uma unidade de saúde do município de Carapicuíba-SP, e com a comunidade de alunos, docentes e funcionários da Faculdade de Saúde Pública da USP (São Paulo-SP), com objetivo de formar um grupo focal em cada uma dessas localidades, para falar com os pais sobre sua experiência com a gravidez e o nascimento dos filhos.

No entanto, a participação dos homens via serviço de saúde foi inviabilizada pela dificuldade em localizar e contatar os pais – o que nos indica o pouco contato que os homens mantêm com a atenção básica. Em reunião com a gerente da UBS, as coordenadoras do campo da pesquisa (esta autora e colega Bianca Zorzam) foram informadas da impossibilidade do serviço em agendar horário específico com os pais das crianças que realizam puericultura neste local.

No ambiente da Faculdade de Saúde Pública, os convites foram realizados de duas maneiras: via grupo de e-mails de alunos – realizada pessoalmente pelas pesquisadoras, e ainda via comunicação institucional – que enviou convite para todo o mailing da Instituição, assim como publicou no Site o chamado para o grupo focal, e afixou cartazes nos murais da universidade. Não houve inscrição de interessados, tanto para o chamado das mães, quanto dos pais. Neste momento, frente ao já abundante material empírico e dados os limites de tempo, foi determinado o encerramento do campo da pesquisa.

3.5. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Esta pesquisa analisou as narrativas produzidas por 23 homens brasileiros, com investigação de sua cor da pele, religião, deficiência física, profissão, escolaridade, idade, estado civil, número de filhos e de partos assistidos, localidade e data do parto, e o sistema de saúde utilizado. Estes, e outros dados estão organizados, abaixo, no **Quadro 2** – Características sócio-demográficas dos sujeitos participantes de pesquisa.

Destacamos as seguintes características como recorrentes ou atípicas entre o conjunto: i) Faixa etária predominante dos 30 aos 39 anos (n=15), apenas dois pais tinham 29 anos ou menos, outros dois tinham entre 50 e 59 anos; ii) A maioria dos partos ocorreu em São Paulo-SP (n=11) e em outras capitais de Estado (n=5). Apenas oito pais trouxeram suas experiências de cidades do interior – do Paraná e São Paulo. Isto se deveu em grande parte pelos vínculos das entrevistadoras com pessoas de suas cidades de origem; (iii) Sete pais têm ensino superior completo, e onze têm pós-graduação *lato sensu* ou *strictu sensu*; apenas um pai tem ensino médio completo, e outro está em formação no ensino superior; (iv) Quanto ao sistema de saúde utilizado, 13 pais tiveram cobertura do plano de saúde, dois pais tiveram assistência totalmente privada, e outros dois totalmente SUS; (v) Todos os homens estavam casados ou em uniões estáveis, nos casos daqueles que tinham filhos de casamentos anteriores, todos nasceram via cesárea, e a presença do acompanhante no centro obstétrico não foi permitida; (vi) Quanto à cor da pele, foram dadas as seguintes autodeclarações: um transparente, um vermelho, um amarelo, um negro, e todos os demais brancos (n=19).

Foram determinantes para a pesquisa, ainda, o fato de três sujeitos serem médicos, um ser cirurgião-dentista, e outro ser casado com enfermeira obstetra.

Quadro 2 – Características sócio-demográficas dos sujeitos participantes de pesquisa

Nome	Idade	Estado civil	Profissão	Escolaridade	Localidade do parto	Sistema de saúde utilizado	Modalidade de participação
Adauto	37	União estável	Médico	Superior completo	Fortaleza CE	Plano de saúde	Skype
Antônio	45	União estável, após divórcio	Professor universitário, Biologia	Doutorado completo	Londrina PR	Misto (privado e plano)	Presencial
Carlos	32	Casado	Corretor de seguros	Superior completo	São Paulo SP	Plano de saúde	Skype
Danilo	32	Casado	Arquiteto	Superior completo	Ribeirão Preto SP	SUS	Presencial
Diego	37	Casado	Dentista	Especialista	São Paulo SP	Plano de Saúde	E-mail
Douglas	34	Casado	Corretor de Imóveis	Superior Incompleto	São Paulo SP	Plano de Saúde	E-mail
Edgar	37	Casado	Técnico em eletrônica	Superior Completo	Londrina PR	Plano de Saúde	E-mail
Elton	38	Casado	Médico	Doutorado completo	Ribeirão Preto SP	Plano de saúde	Presencial
Evandro	37	União estável	Auxiliar de professor	Superior em andamento	São Paulo SP	SUS	Presencial
Fábio	27	Casado	Professor universitário, Comunicação Social	Doutorado em andamento	Florianópolis SC	Privado	Skype
Frederico	27	Casado	Bancário	Superior Completo	Cascavel PR	Misto (público e privado)	E-mail
Gabriel	38	Casado	Designer	Superior completo	Ribeirão Preto SP	Plano de saúde	Presencial
Leonardo	51	União estável, após divórcio	Músico	Superior Completo	São Paulo SP	Misto (público e plano)	E-mail

Luciano	40	Casado	Professor universitário, Medicina	Doutorado completo	São Paulo SP (1o) e Fortaleza CE (2o)	Privado (1o) e plano de saúde (2o)	Skype
Marcos	48	Casado	Professor universitário, Administração e Economia	Mestrado completo	Campinas SP	SUS	Skype
Raul	31	Casado	Analista de banco de dados	Superior completo	São Paulo SP	Privado	Skype
Renan	36	União estável	Economista	Especialista	Brasília DF	Plano de saúde	Skype
Roberto	30	Casado	Missionário e Pastor	Ensino Médio completo	Londrina PR	Plano de Saúde	Skype
Ronaldo	36	Casado	Publicitário	Especialista	São Paulo SP	Plano de saúde	E-mail
Teodoro	37	Casado	Biólogo	Doutorado em andamento	São Paulo SP	Misto (privado e plano)	Skype
Valter	54	Casado	Jornalista	Especialista	São Paulo SP	Plano de Saúde	E-mail
Waldemar	41	Casado	Professor universitário, Ciência da Computação	Doutorado completo	João Pessoa PB	Plano de saúde	E-mail
William	35	Casado	Corretor de seguros	Superior Incompleto	São Paulo SP	Plano de saúde	Skype

Estar presente no momento do parto era pré-requisito para participação na pesquisa. Com relação aos tipos de parto acompanhados pelos sujeitos, conforme ilustrado abaixo, no **Gráfico 1 – Distribuição quantitativa dos partos acompanhados pelos sujeitos e incluídos na pesquisa**, foram narradas 19 experiências de parto normal, sete cesáreas realizadas antes do início do trabalho de parto, e três partos domiciliares. Apenas um pai se programou para obter assistência em CPN, o que não foi possível devido à protocolo de bolsa rota (máximo 6h para início do TP).

Gráfico 1 – Distribuição quantitativa dos partos acompanhados pelos sujeitos e incluídos na pesquisa

Ainda, em consideração ao monitoramento dos sujeitos e suas possíveis articulações com o movimento social pela humanização da assistência ao parto, 15 manifestaram seus motivos para defender ou apoiar tal característica do cuidado à saúde. As respostas a esta pergunta foram digitadas pelos homens no documento de cadastro na pesquisa, e estão disponíveis, junto com outras informações acerca das principais características do preparo para o parto, a assistência recebida, os desfechos da gravidez, no **Quadro 3 – Características do preparo para o parto, assistência recebida, desfechos da gravidez, e percepções acerca da humanização da assistência** (ANEXO 1).

Diante de todo o exposto, partimos da constatação de que o tipo de recrutamento dos sujeitos do modo como foi realizada favorecia àqueles que sentiam “vontade de narrar” sua experiência reprodutiva, sendo que muitos deles já tenham tido a oportunidade de elaborar perspectivas críticas sobre a assistência ao parto no Brasil. Além disso, em termos sócio-demográficos, consideramos a homogeneidade quase completa dos sujeitos participantes: homem branco, casado, com emprego e renda fixa, e mais de 12 anos de escolaridade.

3.6. ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O fluxo de participação dos sujeitos na pesquisa, assim como suas características sócio-demográficas e informações de cadastro, foram organizados em uma planilha EXCEL.

As entrevistas presenciais e por Skype foram gravadas e transcritas. Com relação à duração das conversas, a entrevista mais breve levou 33 minutos e a mais longa 2h 02min. O tempo total de gravações de entrevistas foi de 994 minutos, com média de 66 minutos. Quanto ao número de páginas transcritas, a entrevista mais curta tem 16 páginas, e a mais longa, 62 páginas. O total de páginas transcritas foi de 560, com média de 37 páginas por entrevista.

Já em relação ao grupo que respondeu por email, houve certa dificuldade em operar um conjunto de dados bastante sucintos. Tendo em vista que o documento original do roteiro de perguntas totalizava cinco páginas, em resposta, tivemos a entrevista mais curta com seis páginas, e a mais longa com oito páginas, com média de sete páginas. De tal modo que a brevidade das informações produzidas pelos sujeitos deste grupo acabou por comprometer, em alguns casos específicos, o aproveitamento de seu conteúdo para análise. Apesar desta colocação, alguns pontos importantes narrados por determinados sujeitos puderam ser aproveitados.

Seguindo as orientações de Minayo (2006), a análise temática de conteúdo teve início com a leitura compreensiva do conjunto dos materiais produzidos, de forma exaustiva. As categorias iniciais da análise foram elaboradas a partir dos objetivos específicos da pesquisa, e agrupadas segundo as questões do roteiro de entrevistas. Ainda nesta etapa, foi possível estabelecer algumas novas categorias de análise, a partir do conteúdo trazido pelas narrativas dos sujeitos de pesquisa. Ao final, foi possível ter uma visão geral do conjunto dos dados, assim como suas particularidades.

Para tratamento dos dados a partir das entrevistas transcritas, foi utilizado o Software NVIVO9, que trouxe como principal ferramenta de pesquisa a possibilidade de categorização dos temas da pesquisa, para a aplicação da técnica supracitada. Nesta etapa, distribuímos os trechos das narrativas de acordo com a classificação temática inicialmente proposta e geramos relatórios de conteúdos agrupados por categorias. Os relatórios foram então explorados e analisados, considerando a especificidade das situações, assim como os elementos que eram apresentados de forma recorrente. A partir do qual foi possível inferir os núcleos de sentido que as narrativas traziam sobre cada tema específico, assim como elaborar uma redação-síntese para cada grupo de resultados, e propor sua discussão que compreendesse os sentidos do texto narrativo, assim como os conceitos teóricos que orientam a análise e ainda, dados provenientes de outras pesquisas.

Como etapa final, foi elaborada uma síntese interpretativa, que articulava os objetivos da pesquisa, com seus resultados e a discussão com a literatura científica.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto desta pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Saúde Pública da USP, via Plataforma Brasil. Segundo os pressupostos de pesquisa com seres

humanos estabelecidos pela Lei 196/96, foram garantidos os princípios éticos do sigilo e anonimato a todos os participantes.

Os sujeitos de pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1), por e-mail, junto com o cadastro para participação na pesquisa. A validação do consentimento livre e esclarecido dos participantes foi considerada a partir do envio do documento preenchido pelo participante, em mensagem de e-mail, tendo o sujeito como remetente e o endereço da pesquisa como destinatário.

O documento continha informações sobre a dinâmica da pesquisa, seus benefícios e riscos para aqueles que aceitarem a participação. Neste caso, os riscos referiam-se a um possível desconforto em rememorar e narrar experiências pessoais ou confidenciais. Em resposta, a pesquisa oferecia a possibilidade de recusa de informações que constavam no roteiro original de pesquisa, assim como a possibilidade de desligamento do gravador ou envio de conteúdo por escrito.

Por fim, a pesquisadora se colocava sempre à disposição – desde o contato inicial por meio do TCLE, até o momento de agendamento e realização das entrevistas – para esclarecimento de dúvidas, assim como o comprometimento para comunicação da disponibilidade de acesso público dos resultados da pesquisa, via Portal de Teses da USP.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Três métodos de entrevistas foram realizadas (*Skype*, presencial e *E-mail*). Destas, as entrevistas por *Skype* foram especialmente vantajosas devido a otimização de recursos e tempo. Isto se deve ao conforto de local, tanto para os entrevistados quanto entrevistadores, bem como pela facilidade do contato virtual, poupando os transtornos de tempo, distância e deslocamento, sobretudo em localidades de trânsito pesado em grandes cidades, como São Paulo.

Esta modalidade de participação não acarretou em prejuízo de conteúdos importantes para a investigação. Ao contrário, em todas as conversas (mesmo que não tenha existido a exibição de vídeo, sempre por iniciativa do entrevistado), foi possível superar o estranhamento inicial típico destes encontros, e alcançar um diálogo rico em informações.

Algumas entrevistas conseguiram inclusive provocar uma sensação de proximidade entre sujeito e pesquisador, com registro de algumas narrativas longas e bem elaboradas, sobre temas sobre os quais podemos perceber certo prazer em discursar. Estas foram, invariavelmente, mais “abertas”, e demandaram retornos ao roteiro original, para conferência de conteúdos. Estas ocorreram principalmente com participantes dos quais os entrevistadores sentiram grande “disposição para narrar” sobre o que lhes era pedido ou explorar outras associações livres. Alguns homens foram mais lacônicos, atendo-se às informações que lhes eram pedidas.

As entrevistas presenciais contêm toda riqueza diferencial que somente o encontro real proporciona – o campo do deslocamento do pesquisador do seu espaço, o encontro com o “nativo”, em sua realidade, a comunicação corporal do entrevistado.

Oito entrevistas foram respondidas por *E-mail*. Pela brevidade das informações fornecidas por este grupo, sua melhor

contribuição para o estudo refere-se à investigação metodológica sobre o uso de técnicas e recursos criativos para produção de dados à distância. Pesquisas já haviam sugerido que mulheres e homens aproveitam muito bem as investigações via Internet, em cartas, *E-mails* e listas de discussão. No entanto, o tempo disponível para a realização do campo inviabilizou o emprego de uma técnica de participação com réplicas e tréplicas entre sujeitos e pesquisador. Tal como o roteiro foi enviado aos homens, nos três diferentes grupos que receberam versões sempre melhoradas, não foi possível obter sucesso com o fornecimento espontâneo de grandes narrativas descritivas ou críticas.

Para a obtenção das entrevistas com homens, foi necessário superar a barreira do sistema sexo/gênero, propondo temas como o retorno das atividades sexuais para pessoas que talvez nunca tenham conversado tão profundamente sobre a gravidez, o parto, e o pós-parto. Neste sentido as informações sobre a sexualidade do casal no pós-parto, assim como os aspectos da relação afetiva, principalmente daqueles pais que demonstraram certa facilidade em conversar sobre o assunto foram aproveitadas. Contudo, não foi possível identificar diferença significativa nas entrevistas produzidas por entrevistador do sexo masculino comparada com aquelas produzidas pelas entrevistadoras mulheres – quando há indisposição para comentar assuntos considerados privativos, esta ocorreu tanto nas entrevistas realizadas pelas mulheres, como pelo entrevistador homem.

4.2. OS PAIS E A GRAVIDEZ, PARTO E PATERNIDADE

Neste estudo, as entrevistas com os homens acompanhavam o desenvolvimento do ciclo gravídico puerperal de suas esposas, buscando conhecer sua experiência e a qualidade de sua participação no processo reprodutivo. O significado que a paternidade têm

para os diferentes sujeitos, e sua percepção sobre os cuidados obstétricos recebidos, antes, durante e após o parto foram alcançadas.

O roteiro de entrevistas considerou os principais temas da literatura existentes sobre a participação dos pais no pré-natal, parto e pós-parto, assim como a importância do aleitamento materno para a saúde de mães e bebês. Em todos os momentos, buscou-se conhecer suas percepções sobre satisfação com o atendimento, as emoções positivas ou negativas daquela experiência, suas dificuldades e principais percepções do ciclo todo. Ainda, em alguns momentos, houve orientação sobre as lembranças dos entrevistados para o sentido de localizar as principais características da assistência obstétrica brasileira, e seus indicadores de saúde.

A lista a seguir apresenta os 13 tópicos principais sugeridos para apreciação pelos entrevistados. Alguns desses apareceram espontaneamente nas narrativas. Os resultados da pesquisa foram organizados a partir do elenco a seguir:

- Expectativas e motivações para participar do processo reprodutivo: falta de planejamento (*posteriori*)
- Informação e preparação para o parto: destaque GAPP (*posteriori*)
- Parto domiciliar versus hospitalar: autonomia e direito (*posteriori*)
- Percepções sobre riscos e benefícios da via de parto
- A experiência do parto normal
- Considerações sobre Episiotomia / Manobra de Kristeller / Litotomia
- Métodos para alívio da dor: analgesia e não-farmacológicos
- A experiência da cesárea
- Complicações: *Near Miss* e Depressão Pós-Parto (*posteriori*)
- Doulas
- Lei do acompanhante e realidade/qualidade do acompanhamento
- Satisfação com o atendimento: cuidado contínuo e os plantonistas
- Pós-parto: amamentação, paternidade, relação afetivo-conjugal
- Crítica à medicalização excessiva (*posteriori*)

4.2.1. Expectativas e motivações para participar do processo reprodutivo

Durante a gravidez, os homens em geral apresentaram muitas expectativas com relação à paternidade, com as novas atribuições a partir da chegada do bebê. É o momento da vida pessoal em que eles reconhecem sua responsabilidade em prover cuidados com o binômio mãe-bebê, embora alguns pais confirmem a divisão de compromissos com as mães somente no momento inicial da licença maternidade. Nas entrevistas, o compartilhamento de compromissos emocionais e práticos entre os casais ocorreu mais evidentemente com aqueles que vivem distantes de suas famílias de origem.

Deave e Johnson (2008) confirmaram achados anteriores os quais evidenciam que a chegada dos filhos é o evento que provoca as mudanças mais radicais no ciclo da vida familiar, em comparação com as outras etapas da convivência. As transformações que advêm deste evento são capazes de gerar certos desconfortos emocionais e angústias, e pesquisas anteriores já haviam demonstrado o quão estressante a vida de um casal pode se tornar neste período. Também Rowe e Fisher (2010) e Fisher, Wynter e Rowe (2010) estabeleceram os principais desafios que são colocados à vivência da conjugalidade em situações típicas do puerpério. Em resumo, as autoras problematizam o descompasso entre as expectativas a priori e a realidade elaborada e vivida a partir do compromisso com os cuidados que os filhos demandam, além da dedicação afetiva.

Os pais sentem necessidade de dialogar com outros homens sobre parto e nascimento, os compromissos e as possíveis dificuldades que chegam junto com os filhos. Apesar de reconhecerem a importância desse tipo de diálogo para o benefício de sua própria experiência, alguns homens perceberam também que essa abertura pode ser considerada uma “fraqueza” de caráter. O tema do acompanhamento do parto, por exemplo, segundo ROBERTO, não estaria em “evidência” nos “papos de homens”, por ser assunto relacionado à parte feminina.

O distanciamento dos homens da atenção às questões corporais, do cuidado com os filhos, e da dedicação afetiva às crianças já foi intensamente problematizado por pesquisadores na área dos Estudos de Gênero. Segundo Giffin e Cavalcanti (1999), há cerca de 30 anos, percebe-se uma ‘crise de representações’ entre os homens que vivem uma expressão cultural que os coloca e define como antagônicos ao ‘ser feminino’ – ser homem é reafirmar-se constantemente como um “sujeito que não é criança, nem mulher, nem homossexual” – em relação ao reconhecimento de suas próprias necessidades afetivas, e de modo muito importante, o estabelecimento da valorização de corresponder às demandas emocionais dos filhos.

Um pai sentiu-se angustiado ao perceber que não havia dialogado com ninguém sobre paternidade. Ainda, em duas situações de gravidezes não-planejadas, os pais relataram que sentiram muito desconforto com a surpresa dos novos compromissos, sobretudo, financeiros.

ADAUTO: A expectativa na formação de um filho em pai. Ou seja, pagar as consequências de ser um mau filho, também. Esse talvez tenha sido um dos maiores medos. Ou seja, como eu andei muito pelo mundo e isso sempre foi uma preocupação dos pais. Então viver isso na pele era a minha preocupação.

RAUL: Eu tive um momento meio complexo antes do parto, que foi quando eu vi que não estava conversando com ninguém sobre o assunto. Eu tenho um relacionamento meio distanciado com o meu pai. O meu pai é um cara muito sério, nunca me entendi muito bem com ele. E quando foi chegando a data, eu vi que eu não tinha parado pra conversar com ninguém sobre a paternidade, comecei a ficar meio preocupado. E aí eu fiz uma coisa, que me falaram pra não fazer na época... Eu contei pra todo mundo, pra todos os meus amigos que a gente ia fazer aqui em casa,... Pra poder conversar com as pessoas, pra poder ter como dialogar.

DANILO: Fui pai com 26 anos de uma forma não planejada, não tinha terminado a faculdade. Só aí já existiam diversos medos. Fora pensar “Será que eu já tenho maturidade para criar um filho? O que eu gostaria de acertar? O que eu não gostaria? No que eu acredito que os meus pais acertaram e no que eles erraram? Então... Enfim são inúmeras, né? E foi bem conturbado assim, com medos.

Com relação às **motivações** que os sujeitos tinham para estar presente no momento do nascimento, buscou-se sensibilizá-los para que pensassem nos efeitos que sua presença poderia ter sobre sua relação com a mãe/parturiente, e também sua relação com o bebê.

Todos os pais ouvidos pela pesquisa afirmaram que tinham desejo “natural” de participar do parto e nascimento dos filhos. Explicaram, portanto, que não houve discussão ou decisão sobre se iriam acompanhar o parto ou não. Afirmaram que não consideravam a possibilidade de não estarem presentes, sua participação era percebida como algo “completamente natural”, conforme muitos deles nos disseram. Acompanhar o desfecho da gravidez e a recepção ao novo filho foi apresentado como parte do processo reprodutivo, ciclo do qual se sentem e se reconhecem como sujeitos ativos de direitos e deveres. Não raro ouvimos dos entrevistados “Os filhos são um projeto do casal, não somente das mulheres”.

RENAN: Eu acho que é importante sim, porque eu acho que ali você tem um momento único muito próprio dos dois, né? O que tá nascendo ali é o fruto dos dois. Então eu acho que é o momento que deve ser preparado pra que os dois vivenciem. Cada um da sua forma, cada um na sua intensidade. Eu acho que é isso. Tem que ser compartilhado pelos dois.

De tal modo, podemos confirmar os achados de Salém (1987) sobre as ressignificações da conjugalidade neste modelo que ela caracterizou como o “casal grávido”. Ainda, fica destacado o projeto destes sujeitos em aproximar e conectar sua masculinidade com o contexto familiar, esforçando-se para demonstrar que estão tão comprometidos afetivamente com os filhos quanto suas esposas. Embora alguns pais tenham referido suas preocupações com o provimento familiar, e mais, o reconhecimento de que a paternidade consolida uma sensação de plenitude do “ser homem”, os mesmos assumem muitas das características do modelo do “novo pai”. Percebe-se então, que também neste caso a constituição individual das identidades de gênero se tensionam e relacionam com o exercício histórico e culturalmente determinado dos possíveis “papéis de gênero”, quais sejam,

as atribuições esperadas para determinados sujeitos ou contextos sociais (GROSSI, 2010).

Também perceberam sua presença como elemento de uma atitude protetora do binômio mãe-bebê, capaz de garantir segurança e acolhimento familiar diante de um estado de reconhecida vulnerabilidade – seja pelo fato de estar hospitalizada e recebendo cuidados de uma grande diversidade de pessoal, seja pela fragilidade emocional da situação ou dores do parto. Também reconheceram que a oferta deste tipo de suporte é capaz de fortalecer os vínculos familiares – estas seriam mulheres que sabem que seus companheiros estão presentes, mesmo nos momentos mais difíceis.

ROBERTO: Primeiro pra dar segurança a minha esposa, pra que ela se sinta, porque ela não conhece o médico, ela conhece o obstetra de consultas. Ela não conhece ele. Ela não sabe quem é ele. Não tem nenhum vínculo emocional com ele. A equipe de trabalho, ela também não conhece. E com isso eu não estou desmerecendo nenhum profissional, eu só to dizendo que ela não conhece, né? // E eu acho importante por quê? Porque a mulher vai encontrar no seu marido um porto seguro nessa hora. Porque é uma hora de dores, é uma hora que o corpo dela tá funcionando de uma maneira onde ela, ela num sabe como vai acontecer as coisas e tudo. Então por isso, eu acho muito importante o marido tá junto, pra participar dos procedimentos, pra ser um motivador da esposa, passar toda a segurança, calma, saber que ela tá ali, dialogar com ela, dentro de uma linguagem que ela entende. Que, às vezes, o médico começa a perguntar e responder um monte de coisa e eu conheço ela pelo olhar, quando ela tá nervosa, quando ela tá mais calma, quando ela entra em pânico. Então eu estando ali com ela, quando eu via que tava pra chegar a outra contração, eu ia, fazia carinho nela, falava que a amava, que: "- Ó, fica tranquila, vai dar tudo certo, vamos lá." E ela foi acalmando, foi relaxando. Então é muito importante essa segurança pra mulher, então por isso que eu acho muito importante ter o acompanhamento do marido.

MARCOS: Se esse parto for hospitalar, por exemplo, ela fica vulnerável aos desejos, aí, dos profissionais da área. Ela sem alguém ao lado, assegurando que aquilo vai funcionar num momento de vulnerabilidade, ela fica desprotegida. Então é importante que ele esteja lá pra protegê-la, a parturiente e a criança. [...] É um momento muito especial pra mulher, que ali é protagonista do ato, não é? E é um momento também que, queremos ou não queremos, ela está numa situação mais fragilizada. Então o marido, o companheiro

estando junto, isso é um apoio muito importante. Eu acho que fortalece vínculos.

Por fim, chamou atenção a forma como eles, em suas narrativas, se apropriaram de benefícios subjetivos por meio da participação no evento do nascimento. Fisicamente separados dos filhos durante a gravidez, é no pós-parto imediato que acontece a sensação de pertencimento e apropriação da relação pai-filho, um momento pelo qual demonstraram sentir enorme expectativa, conforme explica ELTON: *“Existe uma ansiedade muito grande em conhecer o filho e como será.”*

Ou seja, estar presente no momento em que uma filho nasce, e ser uma das primeiras pessoas a recebê-lo, vê-lo, tocá-lo, permite a “corporificação” da paternidade. Em muitos casos, principalmente quando se espera o primeiro filho, este é o exato momento em que tomam consciência do “tornar-se pai” daquela criança única que estava na barriga. É um instante de muita satisfação pessoal, como podemos ver abaixo.

RAUL: Foi logo depois que ele nasceu, foi um momento que a Carol foi tomar banho, e tava preparando o banho pra ele. Ele já tinha nascido fazia uma horinha, mais ou menos. E, puta, foi um momento, assim, de conexão, uma coisa... Eu nunca tinha visto, nunca tinha sentido nada parecido. Então eu acho que é muito, muito importante.

ROBERTO: Então pra mim foi muito importante, por quê? Porque eu não vou amamentar, eu não carreguei nove meses na barriga, todo o contato que ela teve foi com a mãe. Então, naquela hora, quando eu vi que a Anita começou a ter as contrações, a gente fez força e ela saiu, que eu pude olhar pra ela, tipo, parece que saiu de mim também, entendeu? Então pra mim foi muito importante tá junto. E hoje eu me sinto tipo: “-Pô, tava no dia que você nasceu. Uma das primeiras pessoas que te olhou fui eu, antes da sua mãe.” Então eu acho que essa proximidade com a Sara foi muito legal, nessa hora.

Freitas, Coelho e Silva (2007), em estudo sobre a vivência do “sentir-se pai”, também encontraram a representação do parto e nascimento como o momento em que a paternidade é percebida como fato concreto. Esse é um fato explicado por Draper (2003) que, a partir de uma análise sociológica do corpo, compreende que faltam aos homens as marcações biológicas e fisiológicas da transição para a paternidade.

Processo antagônico ao que ocorre com as mulheres, sujeitos para as quais o ciclo gravídico-puerperal representa uma fase em que as transformações corporais encontram-se em uma perspectiva muito privilegiada.

4.2.2. Informação e preparação para o parto

Consideramos que os processos e conteúdos deste grupo de resultados foram determinantes para a percepção que os sujeitos têm do processo reprodutivo, de tudo aquilo que lhes é de direito e os deveres dos provedores de saúde; sobre como podem alcançar benefícios próprios a partir do acesso às informações sobre “direito à saúde”; e especialmente, da preparação emocional para viver a experiência de um parto normal saudável, ou de uma cirurgia.

Durante a gravidez, os pais buscaram informações sobre: (i) questões de ordem prática, como cuidados com o bebê e deslocamento para a/dentro da maternidade; (ii) questões de preparo emocional, como o suporte psicológico que seria necessário oferecer à mulher no parto e pós-parto; e (iii) questões de ordem técnica ou referente às condutas médicas.

Foram fontes de informação para os pais: a família, os amigos com filhos, publicações diversas na Internet, além de listas de discussão e *websites* (Amigas do Parto e Materna), vídeos de parto, relatos de parto, os grupos de apoio ao parto, as consultas e exames pré-natais, cursos de maternidades hospitalares, CPNs, e clínicas privadas, livros, artigos científicos. Destaque para: Laura Gutman “Maternidade e o Encontro com a Própria Sombra”, citado por dois pais que tiveram partos domiciliares; o livro “Parto Normal ou Cesárea”, de Ana Cristina Duarte e Simone Diniz; e os vídeos “Orgasmic Birth” e “Business of Being Born”, citados por um pai. Sem citação do título da obra, um pai confirmou a leitura de livro tipo “diário do bebê”, e outros dois se informaram sobre o tema do desenvolvimento infantil.

Todos os pais consideraram satisfatória sua participação nas **consultas de pré-natal** e acompanhamento de exames de ultrassonografia. Isso ocorre de modo mais contundente quando se trata da primeira gestação de um casal. Esse é um dado que contraria resultados produzidos em países onde a participação paterna no parto encontra-se atualmente universal, e data de período anterior ao que é verificado no Brasil. Na Inglaterra, segundo Deave e Johnson (2008), os pais clamam por maior participação no pré-natal e preparo para o parto. Isso pode estar ocorrendo devido ao fato de que os pais, no Brasil, ainda não se sentem valorizados pelos serviços de saúde como um “sujeito em processo de reprodução”, naquele momento em que o filho está sob os cuidados institucionais para o nascimento. Também pode haver uma associação direta entre os modelos de atenção praticados nestes dois países – uma assistência que privilegia a experiência do parto como evento familiar e outra, que submete as mulheres à condição de objetos de intervenção médica.

Em todos os casos narrados pelos sujeitos desta pesquisa, chama atenção a troca de experiências entre pessoas que já haviam passado pelo evento do nascimento de um filho, compartilhamento privilegiado em grupos de preparação para o parto desconectados de instituições hospitalares (como será explicado adiante). Alguns pais refletiram ainda sobre o fato de não ter realizado curso algum, baseando-se apenas nas informações das pessoas próximas, ou não buscando conteúdos específicos para gravidez e parto.

ADAUTO: [As melhores fontes são as] Informações de amigos que não fantasiem, certo? E que lhe contam a realidade mesmo. Tipo as dificuldades "-Vocês vão passar por dificuldades e as dificuldades serão essas. Compre as roupas que sejam muito fáceis de colocar, de tirar." Mas amigos que passaram pela experiência.

CARLOS: Não. Não fiz nenhuma preparação. Ai você conversa com alguém que já assistiu, você acaba falando com pessoas que já passaram pela experiência de como foi de como aconteceu mais, eu não fiz aqueles cursos de casais pro parto. Vi algumas coisas se não me engano em sites, dei uma olhada, mas nada muito aprofundado. Acredito que o que me trouxe mais confiança foi em ouvir as outras

peessoas falando em relação a emoção que sentiram, a importância de estar ali naquele momento, do que passaram, do que presenciaram em assistir o parto dos filhos né, assistir o parto da esposa e ver o nascimento do filho. Acho que foi o que mais me trouxe confiança e tirou dúvidas que eu tinha.

WILLIAM: Fiz a preparação de vestimenta, que tinha que ter aquelas roupas essas coisas, e ouvi algumas orientação que o médico passou de onde ficar, seria nesse sentido.

DANILO: Na maternidade ela ia para palestras esporádicas, a cada 15 dias. E, principalmente, nas últimas semanas, para aprender a amamentação e diversos outros cuidados com a criança. Participei... Sim. Participei da maioria. Era aberto também aos pais. Na verdade era até feito um convite pros pais participarem. A princípio, ligava bastante com a ideia, “Bom, vai nascer mesmo o meu filho não planejado”. Então me fazia muito acreditar em tudo aquilo e a concretizar o que a gente esperava na barriga que ainda não era, que ainda não tinha acontecido o parto. Mas eu gostei. Eu achei... Eu aprendi muito. Foram muito bons. Ainda mais porque eu tive, era o nosso primeiro filho. Sim. Sim a preparar. A conscientizar. A entender os cuidados com a criança...

Em geral, foi possível reconhecer a coexistência de dois padrões de resultados: aqueles que demonstram uma atitude de total confiança nos provedores do cuidado, e outros que mantêm uma perspectiva crítica com relação à assistência obstétrica comumente disponível ou aquela recebida. São dados que confirmam as tensões e conflitos entre pacientes e profissionais já evidenciados em outros estudos (COULTER 1999; EYSENBACH e JADAD, 2001; HENWOOD, WYATT, HART e SMITH, 2003; GARDINER 2008), as quais são construídas a partir do fenômeno recente de que os pacientes encontram meios alternativos ao diálogo exclusivo com o provedor de cuidados em saúde, para obter informações sobre procedimentos e quadros clínicos. Remon (2004) destaca que tais sujeitos apresentam demandas das seguintes ordens: contato visual, comunicação e esclarecimentos adequados às suas necessidades subjetivas, dedicação em tempo satisfatório, e atendimento em momento oportuno como sinônimo de agilidade para o período da espera.

GABRIEL: Participamos do pré-natal, fizemos aquele cursinho da maternidade mais nada. Eu não sei se pelo fato dos meus pais serem

médicos, eu encaro tudo que envolve a medicina com naturalidade. Por estar mais ou menos, indiretamente inserido nesse meio. Mas não sei. A gente sempre acha que vai dar tudo bem com a gente, né? Então, a gente acredita nisso. Não esquentei muito. Deixei acontecer. Na segunda gravidez, eu acho que eu acompanhei menos [...] Mas eu fui nas últimas consultas, porque ela ficou de repouso em casa.

WILLIAM: [*Sobre se indicaria o serviço de saúde utilizado*] Olha por outras experiências é o que eu te falei, o hospital, por ser um hospital conceituado tanto é que nossa filha vai nascer lá também creio que pra gente não tem muita opção, indicaria por ser um hospital que tem um *now-how* digamos assim né. Quanto ao médico também é um médico de confiança de vários anos, indicaria porque, não sei te dizer se teria profissionais muito deferentes hoje.

FÁBIO: [*Comentando sobre o que considera importante que novos pais saibam durante a gravidez*] Como profissional da comunicação, tomem informação sobre o parto que você vai fazer. Busque, busque... Se você tem dúvidas aonde buscar a informação, vá a um posto de saúde buscar informação. Busque informação com o seu médico, não só com o seu médico, mas também com ele. Construa essa confiança com o médico. Não vá tão cego pro médico que você escolheu. Construa com ele o conhecimento que você tem sobre o parto, dialogue com ele e tire as dúvidas, para que no momento que você tiver no processo do parto, você não sinta dúvidas. Que eu acho que a pior, o pior sentimento que você pode ter é estar com dúvida, ansioso, no momento, naquele momento do parto, que é um momento muito especial do casal.

Ainda, de modo geral, pode-se afirmar que determinados sujeitos produziram narrativas que consideramos atípicas para o geral da população. São eles: os médicos e aqueles que tiveram acesso a informações dos modelos de assistência contra-hegemônicos, quais sejam, frequentadores de grupos de preparação para o parto em Centro de Parto Normal (CPN), para os partos domiciliares planejados ou ainda para os partos planejados para serem “naturais”, ou seja, sem analgesia ou outras intervenções obstétricas, e com liberdade de movimentos para as mulheres durante o expulsivo. Apenas estes últimos referiram a apropriação das tomadas de decisões sobre condutas para o parto (como será descrito adiante), enquanto os médicos confirmaram sua confiança no provedor contratado.

ELTON: Não, eu não senti muito essa falta, justamente por ser médico e ter um conhecimento básico. Algumas coisas a gente acaba suprindo algumas dúvidas em conversas informais com colegas e com amigos que já tiveram filhos. Mas nunca busquei uma informação formalmente em alguma bibliografia nem nada. [O que me deixou mais seguro] de novo eu evoco o fato de ser médico. E ter, desse conhecimento que eu to chamando de básico, a noção de que se a gravidez correu bem, com o pré-natal bem feito, sem intercorrências até aquele momento, a chance de ter algum problema era muito, muito pequena. Em relação ao parto normal, os números também me ajudaram muito no sentido de saber que aquela era a escolha mais correta. Então acho que, basicamente, o conhecimento técnico [foi o que mais ajudou na preparação].

ADAUTO: A profissional que fez o parto é uma profissional excelente. Então ela sempre, em todo momento ela passou muita confiança. E eu tinha a confiança suficiente de saber que ela não deixaria as coisas escaparem da mão dela. Ou seja, ela teria o parto nas mãos o tempo todo. Então todas as decisões dela sempre foram respeitadas. Ou seja, a decisão, a hora que ela decidiu pela cesariana não é questionável. Não é mais questionável. Daí já é aquele..., a ciência contra as paixões. Ou seja, mesmo que quisesse, a ciência é a ciência. Tem jeito não.

Todos os pais têm um relato do processo histórico de tomada das **decisões sobre via de parto**, no entanto, a negociação e o questionamento sobre condutas clínicas são características evidentes do grupo que teve acesso ao modelo de atenção contra-hegemônico. As escolhas são realizadas em função das novas informações que são acessadas pelos casais e, especialmente, pela busca ativa realizada pelas mulheres; conteúdos estes que só são disponibilizados por pessoas e grupos estratégicos, e de modo importante, divulgados via Internet. Os resultados desta pesquisa corroboram aqueles encontrados por Carneiro (2011), quando conclui que o acesso a informações valorizadas nestes espaços acaba por determinar a experiência de parto destes sujeitos que os freqüentam. RAUL comenta sobre o papel ativo que os pacientes podem ou não desenvolver nesta jornada de descobertas sobre riscos e benefícios de cada via.

RAUL: A mulher vai ter que primeiro buscar essa responsabilidade, buscar se tornar protagonista. Não é um passo pequeno este, né? E

uma vez feito, dado esse passo... Na verdade eu acho que começa um pouco antes, né? Uma vez que acaba a ignorância, uma vez que a pessoa começa a pensar no assunto. Quando você começa a ver que a cesariana não é uma coisa tranqüila, a cesariana não é uma coisa tão legal, que o parto natural é muito melhor pra mãe, pro bebê. Quando começa a perder essa ignorância, já começa esse processo, né? Algumas param, algumas vão adiante. Mas todas aquelas que se entregarem a isso, buscarem se tornar protagonistas do seu parto, com certeza que podem buscar e todas elas têm o potencial pra isso. É um caminho árduo, difícil, mas vale a pena pra caramba.

A primeira grande descoberta referida por estes pais trata da existência de uma maior variedade de “tipos de partos” em comparação com aqueles que eles conheciam previamente, ou que eram oferecidos pelos médicos do modelo hegemônico. A oferta exclusiva da díade **“Parto Normal versus Cesárea”** acabou configurando um problema para aqueles que haviam “descoberto” outras possibilidades para o parto vaginal, e buscavam assistência neste modelo.

RAUL: Nossa! Na época eu não fazia a menor ideia. Quanto ao parto, eu tinha essa noção do parto natural, aliás do parto normal, não é? Mas jamais imaginava que fosse ser em casa, nem disso. Pra mim a gente ia pro hospital, a gente ia escolher algum médico e basicamente ia ficar tudo bem.

EVANDRO: Quanto à expectativa no transcorrer da gravidez, nós queríamos mais é que fosse o mais tranqüilo possível, que fosse saudável pra ela e pro bebê. Mas bem no início, quando nós soubemos a gravidez, nós só pensamos nessa, nas opções parto normal, parto cesariana e, inicialmente, era o parto normal a preferência.

ROBERTO: Até então, o que a gente conhecia como parto normal era que não ia precisar fazer corte, nada, né? Não era cesárea, tipo parto normal igual o contrário de cesárea.

Nestes casos, é invariável a experiência da troca de profissionais durante o pré-natal (médicos da saúde suplementar ou privados), e da busca ativa por um provedor de serviços obstétricos compatíveis com as novas demandas e decisões dos casais. Também invariavelmente, estes casais buscaram viver a experiência do parto de modo mais “fisiológico” possível, a partir de uma conduta expectante por

parte dos profissionais de saúde, sempre que e enquanto fosse possível. Demanda esta que apresentou-se difícil de ser acolhida e respeitada pelos serviços tradicionalmente oferecidos no mercado brasileiro, da saúde suplementar e privada, como explica o primeiro excerto destacado abaixo. Em seguida, RAUL conta porque se angustiou com o medo de que a esposa não conseguisse alcançar seus objetivos de ter um parto respeitoso e humanizado. Já que também haviam ‘descoberto’ que esse tipo de modelo era raramente praticado no país.

ANTÔNIO: Olha, foi uma romaria. Nós visitamos vários hospitais, visitamos alguns médicos com uma lista de exigências "-Queremos esse tipo de parto. Queremos essas condições. O mais humanizado possível." Então nós procuramos determinadas condições e essas condições foram negadas... Na maioria.

RAUL: Ela já tinha ido atrás de algumas coisas, ela já tava meio decidida por fazer um parto natural. E se aprofundando no assunto, ela teve toda a iniciativa e descobriu que no Brasil não é fácil ter um parto natural, né? É mais difícil do que qualquer outra coisa. E nessa situação, o meu medo nessa hora era dela não conseguir, como é que eu posso dizer? Dela se decepcionar, né? Porque ela botou bastante expectativa nas possibilidades do parto e nessa hora que eu comecei a me preocupar dela se decepcionar, de sair tudo de um jeito que ela não queria, né? Era mais essa a minha preocupação.

WALDEMAR: O que foi oferecido a ela, foi várias cesarianas, ela teve um parto normal por pura ideologia e coragem... Os médicos se orientam pela praticidade da cirurgia, não pelo que é melhor para mãe ou para criança. Para fazer um parto com hora marcada eles jogaram fora o juramento que fizeram ao se formar na graduação em medicina.

FÁBIO é profissional da comunicação, docente e doutorando; sua esposa também está fazendo pós-graduação, nível Mestrado – com graduação em Direito, atualmente, ela pesquisa a assistência ao parto/saúde materna na área da sociologia política. Quando relatou sua história, FÁBIO afirmou que a decisão pelo parto domiciliar foi um processo de aprendizado sobre os modelos de assistência ao parto; e concluiu que a experiência trouxe benefícios até para sua prática profissional *“Eu até virei melhor jornalista quando informo saúde.”*

FÁBIO: Se pensar assim, nós fomos construindo, uma visão sobre o parto que nós gostaríamos. Especialmente porque era, nós tínhamos sempre o binômio cesariana e normal. Aí depois que a gente começou a descobrir, ah, tem o parto de cócoras, o parto na água, o parto domiciliar, os tipos de parto que a OMS designava, o alto número de cesáreas no país e isso tudo é foi construindo, né? E a nossa médica abertamente ela incentivava o parto cesariana que era mais seguro, porque ele, na visão dela, claro, né? Era o parto que não tinha riscos, que o parto era uma caixinha de surpresa e, sim, vários jargões e que ela achava o parto normal muito complicado. Aí, a minha esposa comentou com ela sobre parto na água, parto em casa. Ela falou que era modismo, que ela não acreditava que isso fosse dar certo e que isso é coisa de artista. [...] ela disse que só tinha duas opções, e nós sabíamos que tinha cinco, seis. Naquele momento, ali, eu percebi que o conhecimento que aquela médica tava passando pra gente era inferior ao conhecimento que nós tínhamos em termos de possibilidades de parto. E aí eu sabia que a gente tinha que buscar alguém que nos informasse melhor sobre aquilo. Alguém que soubesse de todas as possibilidades do parto, e que não inventaria informação pra nós. Daí, nós rapidamente resolvemos mudar de médico, né? Fomos atrás de um médico que acreditasse mais naquilo que a gente tava, que respondesse, na verdade, as indagações que a gente tava levando pra ele. E é algo que parece que está escancarado, é assim, as pessoas leigas são pessoas que não são formadas em medicina, se elas fazem uma pesquisa, de um dia ou dois, e ficam sabendo disso então o médico também deveria saber disso. Ou deve ter formação pra isso.

Conforme foi relatado, o grande diferencial dos grupos de preparação e apoio para o parto são os conteúdos específicos sobre a fisiologia do parto, como lidar com as dores do trabalho de parto, como efetivar a participação dos pais no acompanhamento deste tipo de evento. Por consequência, esses grupos acabam problematizando o excesso da medicalização da assistência ao parto, criticando o uso liberal de analgésicos, de procedimentos cirúrgicos e outras condutas que deveriam ser de uso restrito. Ainda, são características destes espaços a valorização da assistência obstétrica realizada por outros profissionais além dos médicos, como as doulas, enfermeiras obstetras e as obstetrizes. A entrada nesses grupos surge como uma forma de conseguir dialogar sobre informações de parto que geralmente não estão disponíveis na maioria das consultas pré-natal, e dos cursos de maternidades hospitalares.

EVANDRO: Na primeira gravidez, a gente não chegou a ir em cursos de casa de parto, mas a gente fazia curso de pré-natal. Mas eu não lembro de ter essa coisa de massagem pra grávida, de exercícios que a gente teve agora no segundo. Porque agora foi tudo assim, acho que parece que ficou mais intenso, porque a gente fez o curso lá no Centro de Parto Normal.

Ao que parece, este tipo de informação ocorre de modo mais confortável fora do ambiente hospitalar. Sua dinâmica também tende a ser realizada de modo dialogado, baseada em relatos de experiências, informações sobre evidências científicas e direitos humanos no parto. A metodologia é mais próxima dos grupos de apoio à saúde, em que usuários têm liberdade de manifestação livre de ideias, problemas e relatos pessoais.

FÁBIO: Nós lemos alguns artigos, principalmente material da internet, sabe? E quem pesquisou muita coisa foi a minha esposa. Eu chegava em casa, ela sempre dizia: "-Olha, tem tal vídeo pra nós vermos. Ah, tem tal artigo que eu encontrei." Então a maioria das vezes era relatos dela, relatos muito lúcidos do que ela encontrava. Primeiro foi em relação à OMS, que isso eu lembro que minha esposa foi na Organização Mundial da Saúde ver os tipos de partos, os processos de parto, isso foi referência. Aí depois nós entramos no site do Ministério da Saúde algumas vezes, pra verificar quais eram as políticas de parto. E nesse processo localizamos que tinham grupos de parto em casa em Florianópolis. Aí entramos no site de um grupo de parto em casa em Florianópolis, e lá existem relatos de mães, relatos de vários partos. Então nós assistimos alguns partos, nós vimos alguns relatos e isso nos ajudou. E as conversas com essas pessoas-chave que a minha esposa encontrou também foram bem interessantes, sabe? As enfermeiras, e a psicóloga que foi a primeira que nos deu as dicas aí de quem eram os médicos que faziam o parto diferenciado. Que abriam mais espaço pra fazer parto domiciliar. Então, o processo meu que me marcou foi esse, de pesquisa mesmo, a partir de grupos daí. E entrando nos modos específico dos grupos, eles tinham níveis que jogavam pra outros, outros lugares, [fontes de informação]. Nós ainda acabamos entrando na rede do parto domiciliar. E como já, já era um desejo da minha esposa, nós fomos buscando mais informações sobre isso.

MARCOS: A gente participou do grupo que tinha lá no CAISM, um grupo de parto de cócoras. Foi muito importante essa convivência com eles. A gente tem uma cultura muito é distorcida com relação ao parto, com relação a todo esse processo. Então esses grupos são muito bons pra esclarecer, pra desconstruir coisas que a gente tem socialmente e sócio-histórico estabelecido nos nossos conceitos.

TEODORO: Mas é engraçado que essas reuniões do grupo de apoio ao parto conseguiram destacar um sentimento que tenho, que é assim, eu acho que o mundo tá sendo medicalizado demais e tem horas que médicos não são necessariamente o fator importante. A gente, o nosso parto foi assistido por uma médica, mas uma médica que aceita, por exemplo, parto domiciliar.

Para este grupo, ainda foi notável e importante destacar os encontros organizados especialmente para tratar da participação paterna durante o trabalho de parto e parto. Segundo os relatos dos pais que deles participaram, foram momentos que permitiram aos casais o reconhecimento de uma identidade grupal, tão distinta e diversa do que a maioria das famílias vive. Como exposto adiante, o pai usufrui da mesma liberdade que a mulher durante todo o trabalho de parto e parto.

O depoimento de DANILO chamou a atenção, pois trata-se de um pai acostumado com o paradigma da cesárea agendada, e que, pela falta de planejamento da gravidez acabou sem cobertura do plano de saúde e sujeito à assistência pelo SUS. Determinado pelo serviço de saúde possível – sem poder escolher – DANILO se distanciou da experiência de seus conhecidos, consumidores da saúde suplementar. Já no segundo depoimento, RAUL, que teve um parto domiciliar planejado em São Paulo-SP, confirmou como sua experiência atípica inviabilizou o diálogo com seus amigos. Por fim, FÁBIO confirmou a experiência de sentir que suas preocupações se aproximavam com aquelas de outros pais que estavam nestes mesmos grupos de apoio e preparação.

DANILO: De quatro ou cinco amigos que eu conversei, talvez noventa por cento foram partos cesárea. Mas não que era necessário, tal, mas que o médico marcou o parto daquela forma. Então muito eu tinha essa ideia de que o parto seria uma coisa marcada. E, por muitas vezes, eu percebi que não era assim, que era uma espera, né? Você iria aguardar. A criança que ia decidir.

RAUL: Não. Entre os meus amigos, não. A coisa é um pouco diferente, porque eu nunca, eu tento não julgar, não comparar e tal, mas na minha percepção todos os meus amigos não tiveram, aqueles que são pais, não tiveram nada próximo da experiência que eu tive. [...] fica meio difícil tu conversar com os amigos porque sempre acaba entrando no mérito dessa questão [*de ter escolhido o parto domiciliar*],

não é? Que, pra mim, foi um momento tão diferente que eu não vejo como conversar com outro cara sobre o assunto, porque não encontro outro que tenha tido a mesma experiência, ou próximo disso, entre os meus amigos, né? A gente chegou a encontrar alguns que fizeram, que tiveram coisa parecida nos grupos de apoio. Que foi aonde a gente mais conversou. Então eu comecei a me entender com alguns outros homens de lá, que passaram, mais ou menos, pela mesma coisa. Agora, conversar com os amigos é muito estranho, muito estranho.

FÁBIO: Teve um encontro sobre os pais, né? Que os homens solicitaram um encontro sobre o quê o pai faz no momento do parto, pós-parto. E, aí, foi bem divertido e bem instrutivo, porque vieram dois, três pais que tinham recém ganhado seus bebês. E falaram como trataram os seus processos. E isso ajudou bastante, assim, a nós, nós divulgarmos as dúvidas, sabe? E perceber, então essa pra mim foi interessante porque deu pra perceber que as minhas dúvidas eram similares as dos outros homens também, sabe? Foi bem, foi bem interessante assim. Esse processo assim foi o principal.

Na Inglaterra, um terço dos pais que acompanham os partos (96%) freqüentou cursos de educação pré-natais (SINGH e NEWBURN apud DELLMAN, 2004). A discussão proposta remete à incompatibilidade de expectativas dos pais e dos serviços com relação à sua adesão aos cuidados pré-natais. Soma-se a centralidade do trabalho para os homens, que em muitas partes do processo inviabiliza sua participação em cursos, grupos, consultas e exames. Os homens não têm licença para tais eventos.

A educação pré-natal deve encorajar os casais a esclarecerem suas expectativas com relação ao papel de cada um, de acordo com seus valores, motivações e desejos. Isso implicaria uma avaliação honesta de sentimentos e habilidades para atender às expectativas. Só então ambos podem fazer uma escolha livre e esclarecida para participar por razões positivas, e não porque o pai se sente pressionado para fazer algo sobre mesmo se sente desconfortável. (DELLMAN, 2004).

A educação pré-natal é observada como uma prática em defesa da satisfação dos casais com a experiência do parto, relacionada por Coffman *et al.* apud Dellman (2004), com um relacionamento marital mais positivo, e atitude de dedicação e afeto entre o casal e com o bebê.

4.2.3. Percepções sobre a via de parto

Escutar as experiências dos homens permite verificar como eles versam sobre demandas próprias de acolhimento, atenção e suporte emocional (DELLMAN, 2004). Trata-se de uma atitude científica imprescindível à prática de incorporação da perspectiva de gênero nas pesquisas sobre o parto e representações da reprodução e sexualidade, na articulação de direitos e saúde.

Em muitos momentos da entrevista, os pais foram provocados a opinarem sobre suas perspectivas com relação à via de parto. Para a análise e descrição dos resultados, foi adotado o agrupamento de conteúdos em duas seções distintas (parto normal e cesárea). Isto ocorreu para melhorar a compreensão da totalidade dos sentidos e significados produzidos e reproduzidos pelos sujeitos da pesquisa sobre estes dois “fenômenos” da assistência. Isso porque, de fato, determinada a via de parto, assim como o modelo de assistência, estas acarretaram impactos sobre toda a organização da participação paterna e dinâmica dos cuidados com o binômio mãe-bebê.

Além de suas percepções sobre os riscos e benefícios de cada via, foram questionados temas como acolhimento dos pais pelos profissionais de saúde; a relação do casal com os provedores do cuidado e os serviços de saúde; e suas experiências com o acompanhamento – momentos marcantes, bons ou ruins. Outros assuntos que se relacionam com o parto e nascimento foram tratados em subseções específicas: participação de doulas, cumprimento da Lei do Acompanhante, métodos para alívio da dor, intervenções obstétricas no parto vaginal (ocitocina, episiotomia, Kristeller, fórceps, imobilização da parturiente em posição litotômica), complicações maternas e neonatais.

É preciso reiterar o quão determinante podem ser as diversidades sociais, geracionais e étnicas para as percepções dos pais. Segundo Peterson *et al.* apud Dellman (2004), pais mais jovens e mais pobres tiveram menos propensos a sentirem-se satisfeitos com as

informações recebidas dos profissionais de saúde e com o nível de inclusão nas tomadas de decisão. Em nosso estudo, produzimos dados a partir de uma amostra quase totalmente homogênea, composta majoritariamente por homens brancos, com mais de 12 anos de escolaridade, e renda fixa.

Todos os pais ouvidos pela pesquisa estiveram presentes no exato momento de nascimento das crianças. Eles relataram suas fortes emoções nos minutos que envolveram a chegada do bebê, uma experiência marcante para todos. Com muito orgulho e satisfação, contam sobre o quanto choraram, como ajudaram suas esposas em expulsivos difíceis, cortaram o cordão umbilical, ampararam nascimentos de cócoras, pegaram seus bebês no colo logo após o nascimento, se impressionaram com a coragem de suas esposas durante o parto.

Apesar da ampla aceitação das cesáreas em nossa cultura do nascimento, dado que 52% dos partos no país ocorrem por via cirúrgica, a maioria absoluta dos entrevistados reconheceu que os benefícios da via de parto normal são superiores em relação à cirurgia, para a saúde das mães e dos bebês. Quase todos expressaram suas preocupações com o bom desenvolvimento fetal e da gravidez e parto como um todo.

ADALTO, que é médico, trabalha em hospital SUS, e acompanhou sua esposa em uma cesárea não-planejada intraparto, resumiu em dois os melhores benefícios do parto normal para a saúde física: “*A recuperação da mãe, e o contato imediato da mãe com o bebê... Basicamente, é isso.*” Outros pais que tiveram cesáreas, nestas mesmas condições e/ou desejadas, ressaltaram apenas a melhor recuperação da mulher, ignorando o contato precoce entre mãe e filhos como referência para as vantagens desta via.

CARLOS: Olha, eu gostaria primeiramente que fosse um parto normal, porque a cesárea, ela é uma cirurgia e acaba sendo mais invasiva, mas enfim a mulher acaba sofrendo por uma cirurgia e a gente sabe que toda cirurgia tem seus riscos né então queria que fosse um parto normal até pra que ela não tivesse nenhuma complicação posterior.

WILLIAM: O parto normal até pela experiência da minha esposa ao qual a recuperação da mulher que é melhor, pensando na saúde da mulher parto normal. Sendo que a cesárea já entraria numa cirurgia né, algo que pode ser mais complicado.

O parto normal é referido como a melhor opção para participação paterna. MARCOS usufruiu de boas expectativas com o simples fato de poder participar do processo reprodutivo, estando presente no parto, pela primeira vez, após ter sido impedido de participar do nascimento de seus dois primeiros filhos, via cesáreas. RENAN produziu um discurso elaborado para expressar o sentimento que também acometeu outros pais durante a experiência do parto normal: o forte apelo estético deste momento do processo reprodutivo. Em contrapartida, ROBERTO lembrou que o modelo estético que temos sobre o parto normal, reproduzido livremente pelas mídias sem nenhum critério de qualidade ou veracidade¹³, provoca sensação de insegurança.

RENAN: Eu acho que, assim, razões científicas a gente pode colocar muitas, muitas. E eu acho que nem cabe muito a gente discutir. Eu acho que o mais interessante é falar sobre a experiência carinhosa, amorosa da paternidade, da maternidade pelo parto normal. to dizendo até pelo aspecto estético, entendeu? É que não é uma cirurgia, não tem aquele cheiro do carne queimada do bisturi. Você pode tá num ambiente um pouco mais, menos inóspito do que aquela salas de cirurgia geladas e horrorosas. Mesmo tando num hospital, né? a gente teve uma estrutura legal, ali. A gente ficou no quarto junto até o último... Até bem perto do bebê nascer. Você tem uma interação do casal muito interessante. Você fica um segurando a mão do outro. Principalmente na primeira, né? Que é tudo desconhecido, ali é tudo muito diferente. Então a gente pode ficar no quarto. Ela fez movimentos da yoga, conforme toda a instrução que ela tinha tido durante a gravidez. A gente continuou conversando. Isso -- uma possibilidade de parto normal permitiu, né? E, depois, ela... Além de tudo, os dois partos foram sem anestesia nenhuma. O que eu digo foram partos de cara limpa, né? Na cara e na coragem. Então ela não teve tempo de recuperação de anestesia nenhum. Então ela pode

¹³ Note-se: Recentemente, em 07 de dezembro de 2012, a Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão (PRDC) do Ministério Público Federal em São Paulo, recomendou à TV Globo realizar retratação pública pela divulgação de informações inadequadas sobre aleitamento materno. A empresa acatou a orientação jurídica.

FONTE: <http://tv.globo.com/programas/mais-voce/O-programa/noticia/2012/12/amamentacao-em-pauta-esclareca-suas-duvidas-com-especialistas-no-assunto.html>

ficar com a criança perto dela. Aquele momento do parto normal de mamar, né? Não tem que dar mama enquanto os caras tão te costurando, entendeu? É uma coisa muito pesada, né? O momento da cirurgia. Então eu acho que o parto normal, só falando desse aspecto do momento sentimental ali do negócio, né? Você tem essa vantagem, assim. Você já põe uma criança pra vida, num ambiente um pouco mais carinhoso, um pouquinho menos inóspito. Apesar de eu achar que mesmo tando no hospital, a coisa é meio inóspita. Você tem aquela luz branca. Aí, pegam, saem com o bebê correndo pra fazer teste, apgar, não sei o que. Aí, você sai correndo atrás. Apesar de tudo isso né? Acho que ainda pode ser um pouco mais ou bem mais humano, bem mais tranquilo. Mas a gente fez aquela opção por ter aquele aparato ali, então a gente tinha que respeitar a velocidade da regrinha deles. Mas foi ótimo. Pelo parto normal, a gente pode tá no, né? A gente foi pro quarto alguns momentos depois. Não tinha recuperação de anestesia, não tinha nada. A criança ficou no quarto o tempo inteiro com a gente. A gente ficou só um dia, nas duas gravidezes, a gente ficou só um dia. A criança pode ficar no... [A FAMÍLIA NÃO FOI SEPARADA] Em nenhum momento. Isso foi muito interessante. Teve um momento que eles limparam a criança e tal, né? E, aí, deram aquela, deram vitamina K, fizeram as medições do apgar, aquele negócio, que eu acompanhei numa sala que estava em L com a sala onde a minha companheira tava e tinha parido. Então ela de rabo de olho, ela via a entrada da sala. Era uma do lado da outra. Foi o mais longe que agente ficou, né? Mas eu, o tempo inteiro, com a criança. Eu não saí momento, desde que a criança saiu da barriga, os dois, eu não me separei nenhum momento até sair do hospital.

MARCOS: A minha primeira esposa fez cesárea marcada e a Olívia me trouxe essa coisa do parto, né? De humanizar, parto humanizado, tal. Então tinha a expectativa... Tava feliz, né? Por poder participar do parto. As expectativas eram boas. Assim, eu estava feliz por poder participar do parto. Eu acho que essa era a maior expectativa.

ROBERTO: Na realidade, quando a gente vai falar sobre parto normal, o que que nós vemos? Nós vemos uma mulher ensandecida, né? Toda informação que a gente tem de parto normal, nas mídias, são essa. Uma mulher ensandecida, deitada numa maca toda amarrada e gritando e dando chique, né? Então quando você vê aquilo, por mais que você fala: "-Bom, não, eu acho que não vai ser assim, é um pouco de exagero." Mas querendo ou não querendo, essas imagens ficam na sua cabeça e com o trabalho de parto, quando começa o trabalho de parto, você já começa a se preparar pra sua esposa começar a gritar, tem um monte de médico entrando na sala. Tipo, aquilo que deveria ser um momento mágico da sua vida, o medo vem de, tipo, minha mulher vai morrer, minha filha vai morrer.

Então, no meu caso, o medo foi: "-Putz! Eu não quero que elas morram."

São muito diversas **as experiências do parto normal** que os sujeitos relatam. Como vimos no capítulo de Introdução, os constrangimentos a que estão submetidas as pacientes de obstetrícia traduzem tanto os aspectos culturais quanto aqueles clínicos ou científicos. É por isso que, o momento do uso (criterioso e seletivo ou irrestrito) das intervenções no parto, assim como a qualidade das informações prestadas pelos profissionais aos pacientes, dependem da via de pagamento, do contrato com as operadoras de plano de saúde, das características institucionais e ainda, da relação direta que o provedor do parto normal mantém com as mesmas; além de sua experiência clínicas com as necessidades de saúde das mulheres e dos bebês. Assim como as informações obtidas acerca do preparo durante o pré-natal, os relatos das experiências de parto também configuram, em suma, dois padrões de resultados – aqueles que mantém uma perspectiva crítica sobre a condução da assistência obstétrica e outros, que acolhem mais confortavelmente as orientações ou imposições dos profissionais.

DANILO explicou como continuou preferindo o seu paradigma tradicional e familiar de cesárea agendada, mesmo após ter frequentado curso de 'hospital humanizado'. O problema para ele é a **falta de continuidade do cuidado** típica nos serviços de saúde do SUS. Por isso, sentiu-se angustiado pelas mudanças radicais que a gravidez provocou, e que foi descoberta somente aos três meses de gestação, deixando menor tempo para aceitação das mesmas. Foi preciso se acostumar com a ideia de ser atendido por um plantonista, e principalmente, com a ideia de que o parto normal era privilegiado nestes serviços.

DANILO: A princípio, ou pelo menos por eu entender ou viver num meio em que as pessoas tinham mais acesso a plano de saúde e a rede particular ou a hospitais particulares, eu acreditava muito nos partos tipo cesárea. Porém, depois que a minha esposa ficou grávida, nós começamos a freqüentar algumas consultas pré-natais e fomos entendendo que realmente o normal seria o parto normal, né? E eu

entendi, a partir daí, que com o parto normal a recuperação era mais rápida, que a mulher já estaria cuidando de outra pessoa que era o seu bebê, então tinha que estar melhor recuperada, e a cesárea já debilitava um pouco mais. Então... Além do risco da saúde, da preservação da saúde e da mulher também, a cesárea já era considerada uma cirurgia e o parto não tinha essa consideração. Pelo menos foi essa a concepção que a gente foi participando de palestras e fomos entendendo e conhecendo. Mesmo assim eu tava com medo do parto normal. Talvez entre um pouco a questão de não ter participação direta com o médico que acompanhou sempre a gravidez. Então, poderia ser aleatoriamente escolhido uma equipe que estivesse lá no momento de **plantão**. Então isso gerava certa angústia por não saber quem estaria fazendo. Fico pensando, assim, o que levaria a gente mudar de ideia em tão curto espaço de tempo e sem ter aquela experiência. Então a gente tava mudando os nossos conceitos naquele momento. "Poxa. A gente não vai fazer uma cesárea. Não. Vai ser parto normal." A cesárea pra nós foi colocada como se fosse uma coisa ruim.

FABIO, no percurso de informações que buscava para escolha do local de parto comenta as desvantagens do atendimento com **plantonistas**. Neste caso-se, é preciso abrir mão do direito à negociação de intervenções da assistência ao parto, ou seja, assume-se previamente que as condutas profissionais são invariáveis às individualidades das pacientes. A condução e acompanhamento do parto fechado em rígidos protocolos.

FÁBIO: E, também um outro fator que nos incomodava porque nesse, nesse Ilha, dependendo do momento do parto, o parto seria com o plantonista. O plantonista poderia ser qualquer médico, qualquer visão sobre o parto. Aí não, não, não existe como você também chegar num hospital e exigir que ele não faça episiotomia, não utilize ocitocina, enfim. Não, não faça esse procedimento porque não tá certo. Não tem como. Então, o hospital era, era uma coisa importante. Nós conhecemos o hospital, tudo. Para que caso acontecesse alguma complicação no parto domiciliar, nós nos dirigíssemos diretamente pro, pro outro hospital.

Como vimos no capítulo sobre o pré-natal, nem sempre é permitido às gestantes a livre tomada de **decisões sobre a via de parto**, além das intervenções mais corriqueiras – as quais veremos adiante. Em maternidades privadas, o parto normal é fenômeno incomum, segundo nos contaram anteriormente ANTÔNIO (e a 'romaria' em busca de profissionais

que acatassem sua 'lista de exigências') e WAGNER (cuja esposa teve um parto por 'pura ideologia e coragem'). Agora, destacamos as impressões que dois pais tiveram sobre comentários dos profissionais das maternidades sobre a ocorrência de um PARTO NORMAL – segundo a percepção de alguns, trata-se de ambiente inóspito para o acolhimento que tal momento mereceria. Os trechos abaixo falam das dificuldades que perceberam para o bem-estar materno, que são traduzidas como despreparo para acolher bem a mulher durante as dores do trabalho de parto. RODRIGO e LUCIANO também discursam sobre a ambiência inadequada dos centros obstétricos – temperaturas desagradáveis, com extremo calor e frio, e iluminação excessiva.

LUCIANO: Tudo vai ao contrário desse ambiente mais aconchegante, não facilita, né? Comentários da equipe de enfermagem você já deve ter ouvido isso, do tipo assim: "-Nossa fazia tanto tempo que eu não via um parto normal." No caso da minha segunda filha aconteceu. Então quer dizer, num hospital de classe média, um hospital de plano de saúde, é só cesárea que rola mesmo. Porque, na verdade, a auxiliar de enfermagem até considerava que isso era uma, meio que assim, um desconforto pra mulher, sabe? Pra ela era um desconforto isso. Em vez de você chegar confortavelmente ter a sua barriga cortada, depois ficar com aquele negócio, aquele que na verdade é um pós-operatório.

RODRIGO: Chegando no hospital, foi um ambiente totalmente intimidador. Então foi bem complicado e isso foi atrapalhando um pouco até a progressão do trabalho de parto. Ela chegou com seis de dilatação e chegou bem até, chegou tranquila, não tava nervosa. Mas quando começaram a agarrar ela pra botar soro na veia. Falar: "-Olha a gente precisa te depilar." E: "-Não, não precisa." "-Não, não, mas vamos." "-Não. Não precisa." E eles já estavam esperando uma cesárea. Então já foram caminhando tudo isso e teve uma hora que eu tive que falar: "-Gente, mas não vai ser cesárea. Vai ser parto normal." Ela: "-Ah, é? Parto normal? Hum." E aí eu vi que, aí o negócio ficou tenso demais.

Em contrapartida, no SUS, a percepção de DANILO é da imposição do parto normal como única via para o nascimento, independente dos desejos que a possa paciente possa vir a ter para via de parto. Ou seja, entende que as mulheres não têm poder de decisão neste tipo de serviço,

característica atribuída e determinada pela modalidade de pagamento da prestação dos serviços.

DANILO: A decisão foi tomada a partir do momento em que estávamos no SUS. Então, lá, o direcionamento era parto normal acima de tudo. E cesárea se fosse um outro risco. Então essa foi a decisão. "-Ó, vocês estão aqui, a nossa, a nossa missão, a nossa, o nosso lema é esse." "-O que nós preservamos é esse." Não sei se isso é um questionamento. Só, sei lá eu vou abrir esse espaço, eu não sei até que ponto que, sim, eles pensavam no parto normal como algo muito mais pra favorecer a pessoa, o cidadão, a mulher e tudo o mais, humanizar, né? Ou se era mesmo uma questão financeira, né? Que a cesárea já iria aumentar, por se tratar de uma cirurgia ia aumentar muito mais os custos de cada parto. Sim, é uma imposição. Não foi uma decisão, não. Não foram colocadas opções. E, também, não foi uma decisão do médico. É uma decisão do protocolo. A justiça estaria no momento em que você apresenta os argumentos prós e contras e bons e a favores para cada modalidade de parto. E seja dado uma opção. "Ó, mediante você estar grávida, existe isso, isso e isso. O que a gente pode te fazer? O que você quer? Qual a sua opção?"

Esse mesmo tipo de dinâmica de imposição da via de parto para as diferentes mulheres também foi apresentada por Martinho (2011) que, em sua pesquisa sobre as práticas e implementação da assistência humanizada em Salvador, comparando serviços públicos e privados, confirmou a existência de um padrão de reconhecida autonomia das mulheres para escolha da cesárea apenas na saúde privada ou suplementar. Já as mulheres usuárias do SUS não teriam o direito à escolha. Segundo a autora, são determinações que confirmam a estreita relação que existe no Brasil entre o direito ao uso do mais alto nível de sofisticação tecnológica – a cirurgia cesárea – e a melhor assistência obstétrica disponível. Somente as mulheres do setor privado e suplementar poderiam então ter acesso ao emprego de tecnologias duras, ao passo que os serviços públicos impõem uma economia de recursos durante a assistência.

Nesta pesquisa, a **analgesia** de parto não foi uma constante: ANTÔNIO, DOUGAS, EVANDRO, FÁBIO, FREDERICO, LEONARDO, MARCOS, RAUL, RENAN (N=9; total de 10 partos

acompanhados) acompanharam suas esposas o tempo todo com as dores das contrações até após o expulsivo. A peculiaridade desta situação decorre do fato de terem sido escolhidos para serem assim. Ou seja, falam de homens e mulheres que se preparam, cada um à sua maneira, para superar o desafio da tão temível dor do parto. Alguns métodos de alívio não-farmacológicos foram aproveitados: massagem, chuveiro, banheira e bola.

4.2.4. Considerações sobre ocitocina, episiotomia, manobra de Kristeller, fórceps e litotomia

DIEGO, ELTON, EVANDRO, LUCIANO, RENAN, ROBERTO, WALDEMAR e WILLIAM (n=8) contam que foi realizada episiotomia em suas esposas. Destes, sete tiveram também condução do trabalho de parto com ocitocina, e analgesia em algum momento do processo. RENAN foi o único que teve somente a episiotomia, nos dois partos, que foram considerados por ele *“rápidos e sem dificuldades, de cerca de 4h cada um”*. ROBERTO e LUCIANO relataram a utilização de fórceps, aquele fez questão de contar que o instrumento não estava em boas condições de uso, provocando uma laceração grande no períneo de sua esposa: *“Porque a episotomia foi pra um lado e lacerou de outro. Então enquanto a maternidade pública de minha cidade tinha treze tipos de fórceps, uma particular tinha um só e torto. Então foi terrível, assim.”* DIEGO, WALDEMAR e WILLIAM relataram ainda a realização da manobra de Kristeller. RENAN retoma as informações que lhe foram passadas pela mãe, quando do seu próprio nascimento.

WALDEMAR: O anestesista empurrou a barriga dela após aplicar a anestesia. E foi feito a episiotomia. Acompanhar estes procedimentos é estranho, pois não se recebe nenhum tipo de preparação por parte da equipe do que irá acontecer, como serão os procedimentos, ou durante o parto, do que esta acontecendo se está tudo certo. A equipe médica é robotizada, fazem as coisas com quem empacota compras em um supermercado.

RENAN: Nossa Senhora, isso aí é um outro fantasma. A minha mãe disse que eu fui empurrado pela médica. Mas a gente não teve nada disso.

São excertos que traduzem o desconforto emocional geral que assolou os entrevistados durante a realização destes procedimentos invasivos. Diante das questões que lhes perguntavam se eles sabiam que aquilo seria feito, se foram informados dos motivos, metade deles formulou uma perspectiva crítica sobre os riscos e benefícios dos procedimentos, em grande parte relacionada com a falta de esclarecimentos sobre os mesmos. LUCIANO retoma seus tempos de faculdade para demonstrar há quanto já desconfiava dos benefícios da episiotomia; ROBERTO e WILLIAM explicam o processo comum da relação paciente-profissional da assistência, que corre impunemente à revelia de esclarecimentos e consentimentos por parte de cada um.

LUCIANO: Já sabia dessa polêmica com relação à episiotomia. Naquela época, não tava tão claro, tava se começando a discutir a possibilidade de que a episiotomia não tivesse qualquer benefício e que, na verdade, pudesse ter inclusive malefício - na época da faculdade. Aí na época do nascimento do Mateus, eu até cheguei a dar uma questionada nisso, mas aconteceu. Eu nunca gostei. Eu sempre achei um negócio meio esquisito, sabe? "-Ah, por que isso preserva. A mulher no futuro não desenvolve incontinência urinária, pá-pá-pá." Eu sempre achei esquisito essa história. Sim, eu compreendo uma mulher que teve dez filhos, mas uma mulher, como a minha, que teve dois. Não via muito sentido nisso, sabe? Me desagradou. Desagradou porque eu não concordava muito com a conduta. Não me convencia muito... Claro que pegou mais forte no caso da minha mulher, mas eu me incomodava quando eu via e sempre que eu vi me incomodou, mesmo em outras mulheres. Isso nunca foi uma coisa que eu achei agradável de ver ou de... Nunca me convenceu completamente de que isso era uma coisa necessária.

ROBERTO: Depois ele disse que se não tivesse tomado aquelas providências na hora, a bebê poderia ter nascido com algum problema de saúde, principalmente na área mental, né? Porque já tava coroadada e tudo. Mas não, não avisou nada. Eu sei que cortou porque eu vi o bisturi na mão dele, mas ele não consultou a gente em nada, em nada, em nada, em nada. Absolutamente nada.

WILLIAM: Ele comentou [*que ia fazer a episiotomia*] porque, eu creio que foi por causa da mão do bebê, então ele comentou que precisava cortar. Ele não comentou diretamente pra mim, mas ele comentou na equipe.

Apesar de ter sentido o momento do Kristeller como o mais “chocante” de suas duas experiências (um parto normal, e uma cesárea posterior), WILSON comentou: *“Dava a impressão que poderia machucar o bebê, mas pela experiência do pessoal, eu não achei que eles estavam errando”*. Para ROBERTO, a verificação dos danos perineais de sua esposa foi o seu momento mais forte. Ele conta que estava emocionado com o nascimento que tinha acabado de ocorrer, quase às lágrimas.

ROBERTO: [...] e aí eu vi o tamanho do corte que fizeram, que foi feito na minha esposa, aí eu passei mal. Daí não tinha onde sentar, eu fui sentei no chão mesmo. Aí, comecei a respirar e tal. E, aí, levantei.

WILSON: O que me chocou mesmo foi aquela parte da médica ou enfermeira forçando a barriga. Uma cena que eu não esqueço.

Já DIEGO, ELTON e RENAN, todos profissionais da saúde, concordaram previamente em aceitar tais condutas, o que não significa que os deixou de impactar.

DIEGO (conforme digitado): A pressão na barriga foi feita pelo anestesista, me pareceu estranho, mas ele agia de maneira educada e muito atenciosa. A episiotomia foi um DESASTRE!!! Me pareceu um cortador de cana adentrando um canavial... uma bela lamina 10, sem apoio digital, inesperadamente rompendo camadas de tecido...uma sutura que parecia sutura em massa...a experiência mais chocante do parto... Em relação a episiotomia, tivemos o problema da ferida ter muita dificuldade de cura, com dor pulsátil, reparação por segunda intenção, dificuldade de fazer assepsia(que eu fazia com Andolba...não esqueci) e uma cicatriz que custou a desaparecer e hoje não sei se sumiu por completo.

ELTON: A gente queria desde o começo fazer um parto que vocês chamam de normal. É o parto assistido, é o parto vaginal. Sem, de preferência sem nenhum tipo de indução, mas com a analgesia peridural. Isso já era uma decisão. A episiotomia a gente já sabia que faria, quando a gente decidiu que faria o parto vaginal. A gente tinha dúvidas a respeito de realização ou não da episio e com a literatura francamente caminhando mais contra, pra não indicação da episio.

Mas como tudo na medicina, a verdade é pendular, vai volta, tal, a gente deixou muito o médico muito a vontade pra tomar essa decisão. A gente decidiu que quem decidiria seria o médico. [*Sobre se viu o procedimento*] Eu não quis ver. Mas fiquei ali do lado, sabendo, já fiz muita episiotomia, eu sei como é que é. Mas não vi. Eu não fiquei vendo a progressão da cabeça, a expulsão, eu não vi a expulsão fetal. Eu só vi depois. Eu fiquei ali do lado da mãe.

RENAN: A médica, inclusive, ela colocou isso muito claramente e eu acho que isso foi um dos motivos que fez a gente optar por ela. Ela colocou muito claro que ela aceitava todas as nossas condições de parto, se as condições de saúde assim permitissem, mas que a episiotomia era uma decisão dela. E ela colocou isso muito claro. Eu gostei muito da sinceridade. Então a gente optou por ficar com ela sabendo que ela... Ela optaria por isso ou não, né? [*Sobre se viu o procedimento*] Eu, na verdade, isso daí foi uma opção minha, tá? Inclusive, faz parte da mesma opção de não cortar o cordão umbilical. Que eu acho que aí não fazia mais parte do meu momento carinhoso com aquilo. Fazia mais de uma, mais parte de uma técnica de medicina científica de necessidade, entendeu? Eu achei que não precisava ver aquilo, né? Por isso, eu fiquei ali na altura da cabeça dela, curtindo meu momento com ela. Deixando a parte técnica restrita pra obstetra e pra aquela equipe, ali.

São dados importantes porque obrigam a imobilização da parturiente no leito, causando desconfortos e mais dores, quando não analgesiada. Ainda mostra-se alarmante pelo fato de que o uso liberal de episiotomia para todas as mulheres, já está proscrito há muitos anos. neste ponto, é importante destacar o ineditismo produzido pelas entrevistas desta pesquisa. Nos estudos internacionais que avaliam as percepções dos pais e acompanhantes de parto, tais procedimentos raramente são narrados. Isso porque, de fato, são produzidos em países que adotam critérios rígidos de seleção para emprego destas técnicas, ao passo que no Brasil são praticados de modo mais corriqueiro.

Williams e Umberson (1999) problematizam sobre a perspectiva materna e paterna acerca das tecnologias médicas usadas na gravidez e parto: o uso do monitoramento fetal eletrônico, com cardiotocografia e ainda, a analgesia peridural. Já Chapman (2000) investigou a experiência dos pais que acompanharam suas esposas em partos normais com analgesia. Neste caso, fica ressaltada a noção de que o

alívio farmacológico das dores do trabalho de parto representou também certo conforto para as angústias do acompanhante. Ainda dentre os estudos revisados por ocasião desta pesquisa, encontramos apenas uma referência a realização de episiotomia. A pesquisa de White (2007) trata justamente de investigar a experiência de pais que foram diagnosticados com Transtorno de Estresse Pós-Traumático após o acompanhamento do parto. Nesta ocasião, muitas narrativas sobre cesáreas de emergência são analisadas, o medo da morte é fortemente recorrente, e a episiotomia foi definida como uma “cicatriz sexual psicológica”.

Ainda como aspecto inovador desta parte da investigação, destaca-se o relato de TEODORO ao apresentar a utilização de elemento para o preparo do períneo – o uso do equipamento importado EPI-NO¹⁴, ainda pouco disponível e conhecido no país. Segundo informou, ele ajudava a esposa com o recurso, e que ao final, ela estava satisfeita com o mesmo.

4.2.5. Considerações sobre doulas

Conhecer a perspectiva paterna sobre a inserção das doulas na equipe obstétrica torna-se importante a partir do reconhecimento de que sua atuação contribui para a promoção do bem-estar materno durante o trabalho de parto e parto, assim como os resultados positivos de sua participação para a saúde de mães e bebês. Segundo Hodnett *et al.* (2012), os benefícios diretamente associados à presença das doulas são, resumidamente: maior chance de ter parto vaginal espontâneo; menor necessidade de analgesia de parto; menor risco de relatar insatisfação com a experiência de parto; menor duração do trabalho de parto; menor risco de cesariana; menor risco de parto instrumental; menor necessidade de

¹⁴ Segundo informações do Site da empresa no Brasil, o Epi-No é um equipamento indicado para tonificar e fortalecer a musculatura do assoalho pélvico, aumentando a flexibilidade da musculatura vaginal e períneo, por meio de exercícios e distensão. O objetivo é prevenir problemas futuros relacionados ao relaxamento desta musculatura, tais como cistocele e incontinência urinária, rompimento do períneo, dentre outras. Consiste em um balão de silicone, conectado a um medidor de pressão através de um tubo, com bomba em elastômero termoplástico e válvula de liberação de ar. Acesso em 10 de fevereiro de 2013. Disponível em: <http://epi-no.com.br>

analgesia regional; menor risco de nascimento de bebês com baixos escores de Apgar no quinto minuto.

Apesar de Enkin *et al.* (2005) terem relacionado a presença paterna com níveis menores de percepção da dor, e conseqüentemente, menor emprego de métodos farmacológicos; parece não ser de todo justa e eficaz a proposta de comparar, em termos biomédicos, os desfechos perinatais da companhia dos pais – o suporte emocional e o *advocacy* que lhes é possível oferecer às companheiras, naquele momento –, *versus* a companhia de uma doula ou outra pessoa tecnicamente habilitada para tal e emocionalmente distante daquele nascimento (DELLMAN, 2004; HODNETT, 2002).

Perguntamos aos pais se eles sabiam o que era uma doula, se tiveram a companhia de tal profissional, como sua presença foi percebido em termos de benefícios para todo o processo e, para aqueles que não tiveram ou não conheciam, explicamos as principais atribuições desta acompanhante de parto, questionando-os ao final sobre se acreditavam que poderia fazer alguma diferença. Como relataram os sujeitos desta pesquisa, sua própria experiência de acompanhamento do parto teve benefícios a partir da participação das doulas – segundo disseram, são pessoas que integram a equipe às famílias, e com as quais os casais desenvolvem sentimento de gratidão pelo apoio recebido.

Do total de homens entrevistados, oito tiveram a assistência de doulas contratadas, e 15 não tiveram. Destes, apenas sete não conheciam a existência deste tipo de serviço para o parto; os oito restantes optaram pela não contratação dos serviços. Sobre os motivos para esta última, três principais argumentos foram referidos pelos pais: (i) o tipo de serviço escolhido para o parto (Centro de Parto Normal e parto domiciliar provido por enfermeiras obstetras) já compreendia a doulagem em sua equipe de profissionais; (ii) a presença de uma pessoa estranha ao casal não seria bem-vinda, por ser este um processo íntimo da vivência do casal; (iii) a expectativa de conseguir superar os desafios do trabalho de parto apenas com a presença do próprio acompanhante, dentre eles, um pai que

era médico, e outros dois que eram filhos de médicos, os quais participaram do processo pré-parto.

ADAUTO: Pra mim não [*teria ajudado*]. Porque esse era um momento nosso e um momento que a gente decidiu, decidiu que seríamos nós.

RENAN: [...] a gente achou que não era necessário. Exatamente por achar que a gente não queria ninguém interferindo naquele nosso momento. A gente achou, apesar das dúvidas e das angústias, que a gente dava conta. Mas tem, também, como converso bastante, tem experiências de outros casais amigos que tiveram doula e, às vezes, dá até vontade de ter tido uma também. [Risada]

Assim como excerto acima, em que RENAN faz uma avaliação retrospectiva sobre suas decisões de parto, aqueles pais que não conheciam essa possibilidade consideraram que os cuidados especiais que somente as doulas oferecem poderiam ter sido bem usufruídos. Ao mesmo tempo, os oito pais que tiveram o suporte contínuo de uma acompanhante de parto profissional destacaram como principais benefícios a tranquilidade e a sensação de segurança gerada pela sua presença.

ROBERTO: Teria ajudado cem por cento. Porque é uma pessoa que tá devidamente instruída, não é uma pessoa alienada. É uma pessoa que tá mais preocupada com a saúde da mulher do que o próprio marido. Porque ela tem, ela tem a consciência não só sentimental do que é ter um filho, mas também uma consciência científica [...] porque ela não tá na minha posição de pai se preocupando com a filha e com a esposa. Ela tá numa posição, que ela tá entendendo, muito melhor do que eu, o que tá acontecendo. [...] Então se tivesse uma doula ali, ela ia poder me ajudar a ser um pouco melhor com a minha esposa, a ter mais traquejo.

CARLOS: Na sala de cirurgia, na sala de parto? Não tive o acompanhamento de ninguém. Poderia [*ter ajudado*]. Até pelo momento de nascimento que eu passei de cada filho meu. A primeira teve um problema na hora do nascimento, não chorou. Então assim embora ela tenha chorado depois e tenha ficado tudo bem teve um momento de apreensão e não teve ninguém pra falar comigo, quer dizer, eu que tive que ir falar com os médicos pra saber o que estava acontecendo. A segunda também teve um problema. Só o terceiro que foi tranquilo. Então seria importante se tivesse alguém ali do lado exclusivamente pra orientar o pai ou a mãe e passar mais tranquilidade e segurança no momento do nascimento.

A segurança sobre a normalidade da situação – muitas vezes inédita para pais e mães – é exatamente o fato que proporciona tranquilidade aos casais durante o trabalho de parto. Eles reconhecem as seguintes vantagens, conforme serão apresentados nos excertos subseqüentes: (i) experiência prévia com outros partos diversos; (ii) sua presença permanente ao lado da parturiente (em comparação com médicos, que realizam cuidados intermitentes, ou ainda, em momentos nos quais os pais precisaram se ausentar, como ocorre tipicamente na chegada ao hospital); (iii) sugestões para melhor acolhimento emocional da mulher, posições corporais e métodos não-farmacológicos para alívio da dores, com destaque para a massagem; (iv) alguns reconheceram ainda que às suas iniciativas poderiam ser atribuídas características de doulagem, como o caso destacado ao final, em que o pai médico explica o tipo de suporte que ofereceu à esposa em trabalho de parto, tendo permanecido em casa com ela durante quase todo o período, e chegando ao hospital em trabalho de parto bastante avançado.

LEONARDO: A doula é capaz de dialogar com a parturiente de maneira diversa do marido, possibilitando um tipo de segurança que só o conhecimento traz

ANTÔNIO: Quando a minha companheira mudou o comportamento, mudou a feição, tava, realmente, diferente, eu não sei descrever agora a diferença, mas a doula, pela experiência dela, foi fundamental a doula por isso, ela falou "-Ó, tá na hora de ir pro hospital." Então, esse tipo de coisa, acho que um marido despreparado não consegue perceber, então a doula é fundamental. Uma pessoa experiente é fundamental. Seja pra ter o parto em casa ou ter o parto em qualquer outro lugar.

ELTON: [*Se considera que uma doula poder ter ajudado*] Sem dúvida. Sem dúvida. Ah, é claro que alguns casais precisam mais de doula do que outros. Acho que dependendo do casal, eles podem ter uma necessidade mais importante, uma necessidade maior da doula. Eu acho que um casal inseguro a respeito do que pode acontecer ou de que decisões tomar. Eu acho que basicamente o casal que não tem conhecimento e que isso, a falta de conhecimento, gera muita insegurança a respeito da condução da gravidez, da execução do parto e do acompanhamento pós, acompanhamento pós-parto.

ANTÔNIO: Foi essencial. [...] quando nós fomos para o hospital a doula contratada chegou conosco. Isso foi fundamental porque o hospital não é acolhedor para... No primeiro momento, para o casal que está chegando. Alguém tem que assinar papel, responder por coisas legais e, nesse ponto, a parturiente, no caso a minha companheira, estaria à mercê do sistema, das enfermeiras, dos médicos, sei lá do que, e eu estive distante. Então a doula que estava presente deu essa segurança pra gente. Caso contrário, eu estaria sem saber o que aconteceu com a minha companheira no momento da entrada no hospital até eu chegar ao quarto. [*Ficou distante da esposa por*] Trinta minutos, certamente. Eu fiquei sentado numa cadeira de uma sala esperando dez minutos ser atendido, depois tive que preencher, não me lembro direito, mas tive que preencher algum formulário, tive que assinar, tive que pagar. Então esse processo foi de trinta minutos, sem saber o que estava acontecendo com... Imagina só se eu não tivesse uma doula de confiança, alguém de confiança ao lado. Ela estaria sozinha... Desacompanhada. Não estava com sua estabilidade total, portanto, poderia ter sido sedada, poderia ter sido erroneamente medicada, contra a vontade dela. Então a doula foi importante pra assegurar a vontade dela.

ROBERTO: Eu vou falar pra você seria, pra mim, com uma doula teria sido cem por cento, teria sido perfeito, porque ela estaria ali pra ajudar a gente e o médico. Porque o médico não ficava cem por cento do tempo dele ali. Ele entrava, saía. Entrava fazia exame de toque e saía. "-Ah, daqui a pouco volto."

ELTON: Eu identifiquei que era trabalho de parto. Expliquei pra ela que era e que tava tudo normal, que o que eu fazia ali com ela não seria muito diferente do que fariam caso ela tivesse no hospital. Haveria uma monitorização um pouco mais intensiva, no sentido de batimento cardíaco fetal e de toque, que eu não fiz o toque. Embora eu saiba fazer, eu não fiz o toque pra acompanhar a dilatação. Mas intuitivamente, eu fui dando suporte e calma até... Em ambos, mais ou menos no total, em torno de oito horas de trabalho de parto e até a maternidade, em ambos chegou, na primeira chegou, foram duas horas de maternidade até nascer e na segunda trinta minutos. Em ambas chegou meio pra nascer. Então, nesse sentido, eu achei que foi bem sucedida a minha condução, né? **[Que tipo de suporte você fez?]** Psicológico, né? Comportamental. "-Calma! É assim mesmo. Calma! É assim mesmo." E eu recebi todo o tipo de xingamento. Minha mãe foi xingada. [*Risada*] Minha honra foi... Tentaram abalar a minha... Mas foi, foi mais isso e falando: "-É assim mesmo." Pega um copo d'água e leva o copo d'água embora. Pera aí, vem aqui. Aperta. Não. Segura aqui. Leva pra lá. Então é ficar do lado, dando uma força, sabendo que aquilo é daquele jeito mesmo.

4.2.6. Considerações sobre a Lei do acompanhante e a percepções sobre acolhimento

Considerando as datas de promulgação da Lei do Acompanhante (Lei Estadual em São Paulo, Nº 10.241, de 17 de Março de 1999; e Lei Federal Nº 11.108, de 07 de abril de 2005), todos os partos acompanhados pelos sujeitos da pesquisa ocorreram sob sua vigência. Logo no início das entrevistas, perguntávamos diretamente se os pais conheciam a legislação: do total de 23 sujeitos, 10 responderam positivamente e 13 a ignoravam. Dentre estes últimos, alguns ainda referiram que – à revelia do conhecimento sobre a existência da Lei – tinham a percepção de que, de certa forma, sua presença era direito da parturiente. Este é um dado significativo para discussão, já que poderia evidenciar uma confusão sobre aquilo que é dever das instituições ou privilégio de sujeitos específicos, o que por sua vez, prejudicaria a garantia do acesso de *todas* as mulheres ao direito. Voltaremos a explorar este ponto mais adiante, com os exemplos dos pais médicos, que confirmaram usufruir de certas vantagens devido à profissão; e da forma como o direito dos consumidores (garantias do contrato com as operadoras de plano de saúde) sobrepõe-se ao direito à saúde (lei da promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços, a qual compreende o acompanhamento para o parto).

Um dos dados mais importantes que pudemos produzir nesta categoria da investigação trata das informações que só foram obtidas em decorrência da aplicação de metodologia qualitativa, com uso de roteiro de entrevista semi-estruturado. Isso porque foi possível comparar os elementos que eram fornecidos espontaneamente à pergunta *“Você ficou junto de sua esposa durante toda a internação ou teve alguma dificuldade para isso?”* com aqueles obtidos de forma induzida ou aprofundada, pela proposição das seguintes questões ulteriores: *“Houve pagamento de taxas ou limitação de horário (somente pré-parto, parto ou pós-parto), foi permitido*

pernoitar?". Ou seja, quanto mais questionávamos sobre a dinâmica de permanência dos sujeitos ao lado de suas companheiras na maternidade, mais restrições à Lei eram reveladas, como demonstram os dois exemplos abaixo.

Trecho 1 -

Entrevistadora: Você teve, primeira coisa, você teve presente?

DANILO: Sim, estive.

E: Durante o trabalho de parto, parto e pós-parto e internação?

D: Sim. Sim.

E: Em algum momento você ficou longe da sua companheira?

D: Não. Nos três momentos eu estive presente.

E: Dormindo, inclusive?

D: Não entendi.

E: Podia dormir lá na maternidade?

D: Não. O pós-parto, ele na... Eu estive bem presente, antes do parto... No trabalho de parto, sim. No parto, em si, estive presente. Mas no pós-parto foi mais reduzido. Foram algumas horas ali apenas. Uma, duas horas, no máximo. Então não dormi no hospital, na maternidade, não acompanhei o restante do dia. Apenas pude voltar, na verdade... Fui convidado a voltar no período de visita, no horário de visitação. [...] Então, o pós-parto, não participei de forma alguma. Não porque eu já fui convidado a voltar apenas no momento da visita. Então não que eu fui expulso, mas falou: "-Agora você volta no momento da visita." Como eu não sabia que eu poderia estar ali junto com ela, não questionei.

E: Você considera que você teve alguma dificuldade pra ficar com ela no período em que você ficou?

D: Não.

E: Ninguém te dificultou?

D: Não.

E: Ou te colocou nenhuma imposição.

D: Não. De forma alguma.

E: Houve algum pagamento de taxa?

D: Também não.

E: Limitação de horário?

D: Não. Também não.

E: Só depois que te convidaram pra voltar como visita.

D: É. Exatamente, isso sim.

E: Mas antes disso não. E foi permitido pernoitar? Não, né?

D: Não.

Trecho 2-

ENTREVISTADORA: E você ficou junto da sua esposa durante toda a internação?

GABRIEL: Fiquei.

E: Desde a entrada da maternidade, no início, até sair? Teve alguma dificuldade pra isso, pra ficar do lado dela?

G: Não. Na verdade, ela ficou bastante tempo no hospital, né? Porque ela teve, ela teve uma hemorragia. Então os nenês tiveram alta primeiro que ela. E o meu plano de saúde não dava direito de ficar lá, de dormir com ela. Mas eu ficava. Enquanto eu podia, eu ficava. Depois ia embora, voltava no dia seguinte.

E: Então depois do, na segunda gravidez, aí ela ficou internada quanto tempo por conta da hemorragia?

G: Acho que ela ficou uns cinco dias. Cinco, seis dias lá no hospital.

E: E você ia durante o dia, mas a noite você não podia ficar com ela, é isso?

G: É. Eu ficava até eles me expulsarem de lá. [Risada]

E: É? Você tentou negociar? Você tentou...

G: Ah, era negociável.

E: Mas ficar direto, passando a noite lá?

G: Era negociável, era só pagar. [Risada]

E: Ah era só pagar. Entendi. Era uma questão de pagar podia ficar.

G: Era. Só que não... Eu acho, eu achei que sei lá. Não sei se... Era um valor muito alto. Mas não sei se era muito alto ou eu que sou pobre. Mas eu achei que não valia a pena pagar.

E: E ela ficava sozinha, então, nesse período?

G: É. Na verdade pelo, o plano era um quarto, ela compartilhava um quarto com mais uma gestante. Mais uma parturiente. Tinha outra moça que tinha dado a luz, que tava com ela, mas a moça foi embora antes dela, né? Porque ela, porque a moça não teve nada, nenhuma complicação. Daí ela ficou sozinha. Mas tinha, tinha apoio, né? Tinha enfermeiras tal. Não teve estresse.

Este mesmo componente metodológico acabou prejudicando os dados obtidos via participação por *E-mail*. A partir da pergunta única *“Você ficou junto de sua esposa durante toda a internação ou teve alguma dificuldade para isso? Por exemplo, pagamento de taxa ou limitação de horário (somente pré-parto, parto ou pós-parto, era permitido pernoitar?”*, dentre oito pais que digitaram suas respostas, sete confirmaram a totalidade do cumprimento da lei do acompanhante; apenas um documentou o pagamento de taxas. Em contrapartida, nas entrevistas dialogadas, o número de violações foi bem maior: oito dos 15 pais ouvidos pela pesquisa confirmaram que houve pagamento de taxas para acompanhar o parto;

imposição de condições (realização de curso e troca de quarto); ou restrições à sua permanência em diferentes etapas do parto e locais da maternidade.

Os dados desta pesquisa mostram que o cumprimento da lei em sua plenitude só está garantido nos casos em que houve pagamento direto e totalmente privado dos consumidores aos provedores e instituições hospitalares (desde que com escolha de alojamento conjunto em apartamento privativo). Ainda, nos partos domiciliares e nos CPN, a presença do pai é altamente valorizada, desde a etapa de preparação para o parto, como vimos anteriormente, na seção específica sobre a preparação para o parto.

EVANDRO: Porque a gente tinha planejado que seria na casa de parto. A gente fez todo um programa de parto natural, e era natural ter acompanhante, era uma coisa super tranqüila que não tinha nada a ver com procedimentos hospitalares. Eram procedimentos de humanização mesmo. [...] é uma coisa comum a família participar, seja o pai, a mãe.

Para **consumidores de plano de saúde**, há uma certa diversidade de situações que dependem do tipo de contrato com as operadoras – dinâmica mercadológica que interfere no cumprimento estrito da lei federal e sua validação para as famílias consumidoras e usuárias da saúde. De modo importante, as justificativas para as restrições sofridas pelos pais referem ao tipo de quarto que lhes é de direito. Muitos consumidores têm plano de enfermaria, onde duas ou mais mulheres são alocadas no pós-parto, o que tornaria incompatível a permanência dos homens na instituição, segundo explicações que foram fornecidas aos próprios sujeitos. Como alternativa, alguns serviços oferecem a possibilidade de pagamento direto da diferença de valores para alocação da família em quarto privativo.

GABRIEL: Porque o plano não dava direito a acompanhante. Então, se quisesse acompanhar, era como se eu estivesse fazendo particular, né? Aí, eu teria que pagar e tal. [...] Podia [*dormir*]. Só que

eu não podia dormir na cama que tinha no quarto. Tinha três camas no quarto. Uma ela tava ocupando e as outras duas vazias. Eu não podia deitar nessa cama, dormir nessa cama. Se eu quisesse dormir lá no sofá, lá fora eu poderia. Tinha uns pais lá, dormindo lá fora. [...]

ELTON: A gente optou por um apartamento, né? Um quarto não conjugado. O plano de saúde da minha esposa garantiu um quarto conjugado, seria uma enfermaria. E a gente pagou uma taxa adicional pra ficar num quarto, uma suíte, um quarto sozinho, né? Que eles chamam de apartamento.

É interessante observar como a mercantilização da saúde sobrepõe-se à lei federal, que é válida para todas e quaisquer mulheres, independente da forma de pagamento, da via ou local de parto. Ou seja, existe um conflito jurídico e organizacional imposto pela possibilidade de compra de um pacote de enfermaria que requer a exclusão dos homens no período noturno. Na mesma linha dos possíveis constrangimentos aos usuários, a situação relatada por ROBERTO é muito importante, demonstra que o acesso a um direito social pode ainda sofrer influência da relação que o próprio provedor do parto tem com a instituição de saúde.

ROBERTO: Logo assim que a Anita foi internada, levaram ela pra uma sala e não deixaram eu entrar. Mas ninguém foi estúpido comigo, nada. Falaram: "-Peraí, espera só um pouquinho." Que eles acharam que já estava nascendo. Eu não gostei. Eu tenho, eu filmei esse momento, eu falando que eu não tava gostando. Mas eu me submeti a aquilo, foi alguns minutos assim só e eu já entrei e falei: "-Olha, doutor, eu não vou deixar a minha esposa ficar sozinha. Eu vou entrar lá." E pra quem me conhece sabe que eu tenho uma feição um pouco sisuda. E quando eu olhei pro médico e eu falei: "-Eu vou entrar." Eu estava intimidando ele, falando: "-Eu entro por bem ou eu entro de qualquer jeito." Aí ele olhou pra mim: "-Não, não, não. Pode entrar, pode entrar." Aí, eu entrei e fiquei com ela. Aí na hora que ela pediu a anestesia, que ele desceu, a enfermeira olhou pra mim e falou: "-Ai, ele não vai poder entrar." Aí, a minha esposa: "Não, pelo amor de Deus, ele precisa entrar." Eu falei: "-Anita, fica calma." Eu olhei bem sério pra ela, eu falei: "-A senhora não tá entendendo. Eu tô entrando." Eu sei que nessa hora eu não fui rude com ela, nada. Mas ela entendeu que eu tava disposto a entrar mesmo. E desculpa, há 14 anos ninguém entrava naquele lugar. Ninguém entrava. E eu fui o único. Eu falei: "-Eu vou entrar." E eu ia entrar. E eu usaria de todos os métodos legais que me permitiria entrar. Não ia usar de violência,

nada disso. Mas eu tava decidido." Não é crime eu entrar. Eu posso tá com ela." O médico nunca tinha falado comigo que havia uma lei que permitia isso, mas ele falou: "-Não, **comigo pode**, o pai pode tá junto." Então eu olhei pra mulher e eu entrei em todos os lugares, mas eu senti que nem quem me proibiu sabia porque tava proibindo.

Por fim, ainda de modo importante, há registros de cobrança ilegal de taxas para entrada dos acompanhantes no centro obstétrico, e de condicionar isenção de taxas à realização de curso preparatório. WILLIAM, DIEGO E CARLOS pagaram por aquilo que era direito de suas esposas. GABRIEL não pagou, mas também não ficou. Teve que ver sua esposa sozinha, em um quarto com mais duas camas vazias. Ela ficou 6 dias internada no hospital, devido a uma hemorragia pós-cesárea para o nascimento dos gêmeos. Seu plano de saúde cobria uma enfermaria, nos primeiros dias de pós-parto, havia uma puerpéra no mesmo quarto, com um bebê. Passadas 48h, seus próprios bebês tiveram alta, assim como a acompanhante de quarto, só ela ficou. Ele considerou impraticável o valor cobrado para que ele pudesse se deitar em alguma daquelas camas, à noite. Para estar presente no centro cirúrgico com sua esposa, GABRIEL ainda teve que optar entre pagamento de taxa ou realização de curso.

GABRIEL: Pelo plano de saúde lá onde a gente teve os filhos, você teria que pagar uma taxa de sessenta reais pra assistir o parto ou você participava do curso. Eu acho que é um jeito de obrigar os pais a fazer o curso. Eles fazem isso. Daí a gente fez o curso e ficou liberado da taxa. [...] Só que eu não podia dormir na cama que tinha no quarto. Tinha três camas no quarto. Uma ela tava ocupando e as outras duas vazias. Eu não podia deitar nessa cama, dormir nessa cama. Se eu quisesse dormir lá no sofá, lá fora eu poderia. Tinha uns pais lá, dormindo lá fora.

CARLOS: No primeiro e no segundo eu paguei pra assistir o parto. No terceiro eu não paguei e a limitação de horário só foi em relação a visitas. Como acompanhante eu fiquei o tempo todo com ela.

Já para pacientes dos serviços de saúde públicos, os resultados demonstram um padrão de descumprimento da lei do acompanhante. MARCOS, EVANDRO e DANILO, os três sujeitos ouvidos pela pesquisa que tiveram assistência pelo SUS, sabiam de antemão que a

pernoite não era uma possibilidade para eles, nestes serviços de saúde. Segundo foram informados, essa proibição deriva do fato de o SUS operar exclusivamente com alojamento do tipo enfermaria, com mais de duas mulheres alocadas em um mesmo ambiente. Além disso, todos foram proibidos de permanecer na instituição após o parto. A regra é obedecer a horários estipulados para visitas ou ampliados, e nunca pernoitar – também

MARCOS: Sim, sim. Pude acompanhar, todo momento. Depois do nascimento lógico tal, né? Eu fui pra casa, dormi em casa, tal. Mas ficava lá durante o dia acompanhando, sem problema nenhum. Porque lá é quarto coletivo, né? É SUS. Só com quarto coletivos. Então eu não poderia dormir lá.

DANILO: [...] já na recuperação, eu não participei totalmente. Então, o pós-parto, não participei de forma alguma. Não porque eu já fui convidado a voltar apenas no momento da visita. Então não que eu fui expulso, mas falou: "-Agora você volta no momento da visita." Como eu não sabia que eu poderia estar ali junto com ela. Não, não questionei.

Com várias situações de violação de direitos, a experiência de EVANDRO é emblemática também do fenômeno do paciente informado, sujeitos sabiam que tinham direito não só ao acompanhamento da internação, como ainda ao esclarecimento dos procedimentos, com necessidade de consentimento para sua realização. O caso enveredou para um grave conflito que envolveu sua esposa, desacompanhada na maior parte do tempo de sua internação, a enfermaria, ouvidoria e assistência social da maternidade pública tradicional de São Paulo.

EVANDRO foi impedido de acompanhar sua esposa em dois momentos: logo na chegada à maternidade e após o nascimento. Nas duas ocasiões em que voltou a rever sua esposa, já no período expulsivo e na manhã seguinte ao nascimento, relata que encontrou-a chorando, em situação de pânico com o descontrole que tinha sobre sua própria experiência. Ela, que havia se preparado para ter seu bebê em um CPN, relatou então ao marido ter sofrido diversas intervenções sem consentimento ou esclarecimento, além de maus-tratos por parte dos profissionais.

Por fim, após muito tumulto no pré-parto e no alojamento conjunto, em que EVANDRO relata os problemas de maus-tratos e negligência que sua esposa sentiu por parte de médicos e enfermeiras da maternidade, assim como suas abordagens e reclamações para o serviço de assistência social da instituição, ele conta como conseguiram extraordinariamente um quarto para que a Lei fosse cumprida em sua exatidão. Antes disso, lhes foi pedido que escolhessem uma mulher para que pudessem abrir uma exceção para sua esposa, permitindo-lhe então permanecer acompanhada desta possível mulher até a alta. O casal manteve sua opção original de que o pai fosse o acompanhante.

A primeira noite de vida do seu mais novo filho, foi a noite mais triste de sua vida. Sozinho, e “clandestino”, ele aguardou a noite passar para poder voltar a estar com sua família. É o relato de um pai angustiado para tentar resolver os problemas que sua mulher estava passando, em um cenário de muita insegurança e fragilidade; tendo como única fonte de informação os relatos de sua mulher, que havia passado por tudo sozinha; e acima de tudo, houve um momento em que percebeu que seria melhor mentir para sua esposa, dizendo que não iria embora.

EVANDRO 2: Aí a enfermeira chegou pra mim e falou assim: "-Ó, pai, você vai ter que ir embora agora pra casa..." Isso eram onze horas da noite."-Você vai ter que ir embora e voltar amanhã às onze horas da manhã. Eles vão pro quarto e ela vai ficar com outra acompanhante lá, tem outra moça no quarto. Como é só uma ala só de mulheres, não pode ter homem lá pra ficar." E, nossa, meu mundo, meu chão caiu, sabe? Como que enxota assim, sabe? "-Ó, você agora, nesse momento, você não serve pra mais nada, sabe? Agora só a mãe e o bebê vão pra lá e você pode ir embora. Você é lixo. Sabe? Como se você fosse a coisa mais normal do mundo você fazer esse protocolo. Eu fiquei desesperado. Aí eu não saí. Aliás, eu nem falei pra ela que eu tinha que ir embora, porque se eu falasse ela ia... [Risada] Querer ir embora comigo. Ia falar: "-Não. Então eu não fico mais aqui e vai embora todo mundo." Aí eu fiquei preocupado, eu falei assim: "-Poxa, se eu falar pra ela, ela vai querer ir embora de qualquer jeito. Eu conheço. Sei que ela vai querer ir embora." Então eu fiquei, eu falei assim: "Ó, eu vou, agora eu vou ter que ficar ali na recepção, mas depois a gente conversa."

Aí, pra você sair, você tinha que passar pela recepção e entregar o seu crachá lá pra você ir embora. E aí tinha um corredor assim, que ficava uma sala de espera com uma TV e um sofá. Aí, eu fiquei ali. Falei assim: "-Não, eu não vou embora, né? Não. Vou pra onde, agora, e de que jeito, né?" E, aí, depois de um tempão ela passou com o bebê na maca. Aí, eu conversei com ela, tal. Aí ela falou assim: "-Onde você tava que eu não te vi mais? Não sei o que." Né? Chorando. Já tava chorando. Ela ficou mais triste porque eu não podia ficar.

Ela já tinha dado de mamar pra ele e tal. Tinha ficado com ele, ele tava ali pertinho dela. Aí, a gente falando que o bebê era lindo, tal. Que delícia... Deu tudo certo, tal. Foi muito legal, tudo. Aí ela subiu pro quarto e ficou lá com uma mulher. E eu fiquei lá a noite toda sem dormir, desesperado, querendo saber notícia. E sabe quem foi minha maior parceria que eu tive ali naquele momento do hospital? Até escrevi lá pro... Foram as faxineiras. Porque foi, acho que de todo... De todo o percurso que a gente fez naquele hospital ali, as únicas humanizadas que a gente encontrou, que eu encontrei ali, foram as faxineiras. Que eram, assim, as mulheres terceirizadas, acho que não eram nem funcionárias do hospital. Eram as únicas humanizadas que me davam notícia, sabe? Elas subiam pro andar: "Ó, tal, ela tava lá. Tá tudo bem." "-Ah, o bebê mamou." "-Ah, ele tá bem e tal." A noite toda.

Se eu saísse pra fora. Se eu passasse aquela recepção, aí eu não podia mais entrar. Aí, eu ia ser barrado lá. Então aí eu fiquei ali. Clandestino, me sentindo um clandestino. Desolado. Acho que, assim, foi a noite mais triste que eu já tive assim em toda a minha vida. Desesperado, assim, de saber notícias, sabe? Sem, sem chegar, sem nenhuma enfermeira, sem nenhum médico, sem ninguém e falar assim: "-Ó, seu filho comeu tal coisa. Sua, sua mulher comeu tal coisa. Ela tá bem. Ela tá lá sendo medicada. Tá sendo cuidada. Tá tudo bem. Ela tá amamentando. O seu filho tá tudo bem com ele. Ele tomou banhinho, tal, não sei..." Nada! Nada! Assim parece, sabe deserto assim? E, aí, no outro dia de manhã, amanheceu, né? Fiquei lá a noite toda. Passei a noite lá, sentado no sofá. Aí, amanheceu. Aí

EVANDRO 3: E aí, ela pegou e falou assim: "-Olha, sua mulher ela tá, acho que ela não tá bem, tal. Ela ficou xingando a médica, xingando a enfermeira. Assim, ameaçou se jogar da varanda, tal. [...] Aí eu não vi essas discussões que ela teve com médica, tal. Aí, ela pegou e falou assim: "-Olha, vê se você consegue arrumar uma mulher pra ficar com ela, que a gente abre uma exceção pra deixar uma acompanhante pra dormir com ela. Se pra ela for confortável, tudo bem. Senão a gente volta a conversar." Eu falei: "-Tá bom. Eu vou tentar, então."

[...] Então, aí depois, no finalzinho da tarde, a assistente social veio falar comigo: "-E aí, você conseguiu uma..." Eu falei assim: "-Ah num, não consegui." Eu nem fui atrás. A gente num tem ninguém que possa ficar com ela, tal." Aí, ela falou assim: "-Olha, eu vou tentar conseguir um quarto, que é pequenininho, tal. Mas aí fica só você e ela." Falou assim: "-Consegui um quarto pequenininho, tem problema pra você?" Eu falei assim: "-Não. Contanto que eu possa ficar com ela, tudo bem." Aí ela conseguiu. Ela foi super atenciosa essa assistente social. Foi super atenciosa. Conseguiu o quartinho lá pra gente que era um quarto pequenininho, que tinha um banheiro e tal. E aí a gente conseguiu ficar juntos. Foi aí... que eu consegui dormir no... Mas foi uma briga... Foi uma briga, uma luta assim. Eu acho que, que... Acho que foi, assim, uma briga e ela foi muito valente assim, sabe? Foi graças a ela assim que... Que eu tive essa oportunidade de conseguir ficar no quarto com eles à noite, a gente passar junto. Que, que depois ficou super gostoso assim, sabe?

Se por um lado as iniquidades sociais impedem que os pais do SUS usufruam do parto como um evento familiar, os médicos anunciam seus privilégios profissionais para circular livremente pelas maternidades hospitalares. Ao responder sobre se foi colocada alguma dificuldade para pernoitar na instituição, ADAUTO e LUCIANO reconhecem suas vantagens individuais.

ADAUTO: Eu tive direito também, ou seja, o que me dá um pouco de direito é a questão da profissão. Que no fim das contas pesa bastante. Ou seja, felizmente eu acho que os médicos são muito chatos. Eu resolveria se fosse, se alguém me fechasse qualquer porta, eu resolveria isso no grito de qualquer jeito.

LUCIANO: Isso nunca foi um problema, essa questão nunca chegou a se colocar pra, no meu caso, pelo fato de eu ser médico. Então, assim, eu nem sabia da lei. Talvez, no segundo parto, eu já tava sabendo que isso existia. Mas como tinha esse privilégio, isso nunca entrou em discussão, entendeu? Nunca, nunca foi uma questão. Nunca foi uma discussão. Nunca foi, em nenhum momento, colocado qualquer possibilidade de eu não poder participar.

Alcançadas as informações sobre a dinâmica de permanência e cumprimento da Lei do Acompanhante, a pesquisa buscou conhecer a perspectiva paterna sobre o **acolhimento dos serviços à presença dos pais** no centro obstétrico. Foram questionados se sua

presença havia sido valorizada pelas equipes, se houve incentivo à participação paterna, e se as suas necessidades individuais foram acolhidas. Os resultados mostram um processo de transição em vigência no país – da experiência do parto como evento médico potencialmente arriscado, que requer cuidados e até isolamento da paciente, para o paradigma do nascimento como fenômeno familiar, da sexualidade dos casais.

LUCIANO: É o seguinte, eu sabia como era a rotina de um centro cirúrgico, de um centro obstétrico, não é? Eu sei como é que cê entra, como é que cê se paramenta, como é que cê bota propé, essas coisas todas, gorro. Imagina, eu fiz isso várias vezes na faculdade. Mas eu imagino que se eu não tivesse isso, eu, eu teria sido mal orientado. Nas duas vezes, inclusive. O cara fala assim: "-Não. Vai lá. Vai lá se paramenta e aparece no centro cirúrgico."

RENAN: Era uma coisa nossa. Era uma coisa bem nossa. Não. Não me lembro de nenhuma, nenhum incentivo no hospital, assim. Na verdade, mal olhavam na minha cara, assim. [...] Eles poderiam orientar os pais pra ficarem perto. "-Faz isso aqui. Segura aqui." Eu acho que podia ser muito melhor orientados, os pais poderiam ser mais participativos naquele momento, sem dúvida nenhuma. Sem dúvida nenhuma. Eu fui incentivado, no momento do parto, mas aí já era por parte da obstetra e não por parte das enfermeiras, da equipe, era a cortar o cordão umbilical. Ela me perguntou. Mas é isso, o papel do pai é levar a maquininha fotográfica e ficar tirando fotos. Só isso.

ADAUTO, que é médico, lança mão de sua experiência para denunciar as dificuldades que as equipes têm para universalizar o acesso ao direito do acompanhamento para o parto. Reflete ainda sobre a escassa participação paterna em todo o processo reprodutivo.

ADAUTO: Eu acho que não incentivaram. Ou seja, não é incentivado, porque não houve... Acredito eu que os pais não, por questões de trabalho, não participam muito das consultas, do pré-natal. Ou seja, eu, no PSF, eu faço pré-natal e os que eu menos vejo são os pais. Então eu sempre peço pra que os pais participem do pré-natal, de tudo, de ouvir o coração do bebê, das baboseiras de pai. Isso é que vai dar o diferencial depois. Agora, as instituições não tão preparadas pros pais entrarem. Porque imagina um pai desmaiar. Uma coisa, que acredito eu, bastante comum dentro da, dentro de uma sala de parto, não? Alguém desmaiar e você vai ter que dar assistência ao pai. Vai se perder, se perde as duas coisas. Então eu acho que os pais não tão preparados pra isso. Ou seja, os homens não se preparam pra

fazer. E institucionalmente não há preparo também, não se tem suporte pra isso, não se tem incentivo pra isso. Se você for pro SUS, você não vai entrar. E se eu não fosse médico provavelmente, ou seja, porque gente fez numa clínica referência, talvez eles me deixariam entrar, mas não incentivariam a que eu entrasse.

Com relação às possíveis e eventuais necessidades individuais que os pais sentiram durante a internação, muitos deles confirmaram a centralidade do bem-estar da esposa no processo dos cuidados, excluindo a possibilidade de ocorrência de demandas práticas ou fisiológicas tais como fome, sono, frio, etc. No entanto, em diversos momentos, destacaram a necessidade que sentiam de receber informações constantes e atualizadas sobre a evolução do quadro de saúde de suas esposas e bebês.

DANILO: Em todo o momento, eu era informado de como que tava a situação. Então isso demonstrava que não estava sendo descartado. Estava ali, assim, presente.

Alguns pais não tiveram essa necessidade básica atendida. Assim como já demonstrado na experiência de EVANDRO, excluído do processo reprodutivo após o nascimento, outros pais também confirmaram insatisfação com a qualidade das informações que lhe foram ofertadas. Destacamos a experiência de WILLIAM, cuja esposa é diabética, e que no dia anterior à internação, o casal havia sido informado do diagnóstico de risco para o bebê, motivo pelo qual a cesárea foi agendada para a manhã seguinte.

WILLIAM: É quanto a informação do acompanhante por parte da equipe médica digamos, eles agem muito friamente. Na verdade, não perguntam, não te oferecem informações. É como eu te falei, você não se sente a vontade, parece que eles querem dominar a situação. Não sei o que é, parece que tem um intruso ali. Na verdade você não se sente muito a vontade porque ali parece que pra eles é uma obrigação ter que fica ali, indiferente. A começar do pai, ele saber onde sua esposa está e ter mais clareza nas informações ... – Olha isso é procedimento ... mais informação, o atendimento com pessoas mais preparadas porque, ali já é uma situação de ansiedade e emoção.

A avaliação de WILLIAM é que as equipes não estão preparadas para acolher os pais nas maternidades.

WILLIAM: A começar do fato de cobrar pra você poder assistir o parto. Eu acredito que daí já vira um pouco de ... se você quiser assistir vai ter que pagar. E na verdade só me deixaram ver mesmo o básico, mal o básico porque, na verdade eu não consegui ver o nascimento do meu filho, dos meus filhos. Digamos foi aquela coisa bem assim, não sei se é uma lei que eles tem que cumprir mas, a impressão que dá é que eles não querem.

4.2.7. A relação conjugal após o parto

Os homens ouvidos pela pesquisa reconhecem as mudanças que os bebês provocam nas estruturas conjugais do casamento. São alterações de diversas ordens, as quais acabam culminando para dinâmica da relação afetiva do casal, sempre referida como a alteração mais significativa com a chegada dos novos bebês em casa, em comparação com as mudanças percebidas na ordem da sexualidade.

Nas entrevistas, buscamos conhecer a experiência do puerpério a partir da perspectiva que os pais têm da amamentação, da chegada do bebê em casa em termos de emoções, novidades e dificuldades; e por fim, os aspectos da afetividade e sexualidade dos casais.

Durante a internação hospitalar, muitos cuidados ainda provêm dos profissionais, que auxiliam os novos pais com alguns dos cuidados com os recém-nascidos. Assumir a responsabilidade total pelos cuidados com o bebê, e ainda viver estes momentos de forma isolada de outros familiares/amigos, acumulando as novas responsabilidades e a divisão das tarefas domésticas com a grande novidade da privação de sono, podem tornar as primeiras semanas bastante difíceis.

A chegada dos bebês em casa é percebida como momento em que a paternidade é exercida de forma autônoma, que coincide com o desenvolvimento das novas habilidades que o bebê e a mãe exigem. Como diz ADEMIR “A gente não sabe, às vezes, como ser pai ainda. Agora é com você: se vira”. ADEMIR e RODRIGO contaram sobre o dia em que puderam

levar seus bebês para casa – *“Essa é sua casa. Esse é seu pai de verdade”*. Como esperado antes da gravidez, esta é uma fase de muita alegria e muitos prazeres, eles reconhecem uma mudança radical em suas vidas, sua rotina familiar.

LEONARDO, EDGAR, DIEGO e DOULGAS comentaram sobre suas dificuldades na retomada das atividades afetivo-sexuais. Nesta pesquisa, buscou-se conhecer quando e em que medida o parto poderia afetar a sexualidade dos casais. Verificou-se a recuperação física da mulher como elemento exclusivo para a abstenção de tais práticas.

LEONARDO: O que mais ajudou foi justamente a compreensão do processo natural. É necessário conhecimento para evitar a intolerância.

EDGAR: A vida sexual, no início foi muito difícil. Mas após saber que ela tinha dificuldade após uma série de fatores, hoje as coisas estão muito boas.

DIEGO: Vejo que esta é a pior parte de todo o processo. A mãe se volta demais para o bebê, a vida afetiva perde muito. A vida sexual se transforma, parece nunca mais ser a mesma. Procurei que a médica orientasse minha esposa, mas foi em vão. Não parece comum a mulher se preocupar com isso. De uma maneira geral, ao conversar com amigos parece ser unânime que os homens que participam bastante dos cuidados com o bebê e com a casa se sentem desestimulados, por não receberem reconhecimento da esposa. Quando isso se soma a mudança no relacionamento afetivo/sexual parece surgir uma equação onde o resultado não é nada positivo. Isso daria margem a um novo estudo...

DOUGLAS: Foi bem demorada a retomada da vida sexual. E a rotina ainda não se estabilizou, 10 meses depois do nascimento da minha filha. Isso se deve mais à nossa rotina, à nossa vida pessoal, à forma como levamos nossa vida do que ao bebê. Como disse anteriormente, o bebê catalisa a vida social, não cria ou recria a mesma. Se estava bom, fica melhor, se estava ruim, fica pior.

Importante notar como as dificuldades de amamentação são comumente referidas. Mulheres que precisaram de muito apoio do parceiro nos primeiros dias (e noites) após a cesárea; outras que sofreram com ingurgitamento das mamas, com falta de leite suficiente para os bebês e

necessidade de complementação. Os processos pelos quais os casais passaram até o estabelecimento do aleitamento materno interferem em seu bem-estar e sensação de tranquilidade. Alimentar e bem nutrir um filho está na ordem das grandes preocupações do pós-parto imediato. Em todos estes casos, os homens referem a necessidade e importância do suporte especializado para o sucesso da amamentação.

ADEMIR: No começo, primeiro, se tem a falsa ideia de que o bebê pega só o bico do peito. E se o bebê pegar só o bico do peito, ele machuca a mãe e aí ele não consegue mamar. Ele não vai mamar. A aréola tem que pegar completa. Ou seja, essas coisas foram as que se teve dificuldade. Foi rápido, foi muito rápido. Mas foi muito rápido porque eu fui lá pedir pra uma das enfermeiras pra ajudar a Raquel a dar de mamar. Porque se não fosse assim, não conseguiria e talvez ela não tivesse mamado. Ou seja, o começo não é fácil. E, aí, vem, entra o desespero. Ou seja, se a gente tivesse em casa e o bebê não conseguisse mamar a gente ia entrar, ia entrar em parafuso.

FELIPE: [...] porque parou de vir o leite, a Ana ficou muito nervosa, a Clarisse não conseguia, não tava querendo mamar. E, aí, a Ana ligou para a médica, ela ligou, e quem devia ter ligado teria que ter sido eu. Aí, ela ligou pra médica, perguntando pra médica o que que ela fazia porque a bebê não parava de chorar e fazia um dia já, quinta e sexta, e o leite num tava mais vindo e o que tava acontecendo. A médica teve a pachorra de dizer que é minha esposa tava sendo incapaz de dar mamar pra uma criança e ela estava passando fome... "-O filho tá passando fome. Teu filho tá passando fome. Então você vai na farmácia e compre um Nan." Falou mais ou menos desse jeito. Então é a mesma coisa que você falar pra uma mulher que ela é incapaz de amamentar, né? É aí, naquele momento, se está vindo pouco leite, se está numa dificuldade, aquele momento foi o mais difícil, porque aí parou, travou total. A minha esposa ficou completamente travada. E a Clarisse não pegava. Enfim, nervosismo de ambas as partes. E eu ali tendo que gerenciar isso sozinho, com uma, uma médica que era pra ter ajudado e atrapalhou completamente.

GUSTAVO FERRAZ: Ah, machucou muito o peito dela, né? Ela não tava conseguindo... Ela não sabia fazer o bebê pegar direito o peito e machucou e ela sentia muita dor. E daí no banco de leite, eles ensinaram como que pegava, tal. Ela ordenhou quando, quando tava muito machucada, ela ordenhava e fez, a gente dava no cateter.

Podemos perceber o sucesso de uma política pública de promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade,

dado que as dificuldades iniciais com o estabelecimento da amamentação, assim como o desmame precoce, são percebidos pelos pais como fator de grande preocupação.

5. CONCLUSÕES

Esta é uma pesquisa que valoriza os benefícios que o acompanhamento do parto traz à saúde materna. Além disso, destaca os benefícios que a participação no parto, e em outros momentos da vida reprodutiva, gera para a subjetividade dos homens. Trata-se de uma expressão das masculinidades na interação social com a paternidade, a gravidez e os cuidados obstétrico.

Os pais ouvidos nesta pesquisa narraram suas formas de apropriação subjetiva dos significados que atribuem à reprodução e ao exercício da paternidade – dentre eles, participar no parto foi um desejo, e a garantia deste direito foi capaz de produzir benefícios à sua experiência de vida. Eles querem ser autenticamente incluídos; e estão se esforçando para demonstrar segurança e apoio às companheiras nesta jornada, apesar de estarem eles próprios também vivendo um processo permeado por sensação de insegurança e necessidade de apoio emocional.

Trazer à luz da ciência a temática dos direitos reprodutivos, na perspectiva dos homens, produz benefícios tanto para as pesquisas sobre as dimensões relacionais atribuídas aos gêneros (identidades e subjetividades masculinas e femininas), como para o entrelaçamento de cidadania, saúde e direitos humanos. De tal modo que ainda se faz importante e urgente o conhecimento cada vez mais aprofundado e alargado da experiência dos homens com estes temas, para os formuladores de políticas públicas, pesquisadores e profissionais ou gestores dos serviços de saúde.

Ter contato precoce com o bebê e sentir o ‘pertencimento’ da paternidade fazem parte de um processo transformador; ao mesmo tempo, potencialmente traumático e “empoderador” para eles mesmos, e para a companheira a quem estão acompanhando.

Dados preliminares do Inquérito Nascer no Brasil evidenciam a urgente necessidade de definição e monitoração de indicadores claros e

precisos por parte dos sistemas de informação sobre assistência ao parto. O problema em não haver registro fiel das intervenções no parto é que a fisiologia continuará sendo confortavelmente responsabilizada pelos danos e efeitos adversos do parto normal. Ou seja, continuarão permitindo a reprodução de uma descrição do parto vaginal como intrinsecamente danoso, invisibilizando os efeitos iatrogênicos das intervenções.

Por isso, é importante estabelecer indicadores sensíveis às boas práticas, aos direitos humanos, à cidadania e às evidências científicas para que seja possível localizar os pontos nevrálgicos desta discussão com maior clareza e rigor metodológico.

São escassas no país as pesquisas sobre a satisfação das mulheres com a experiência de dar à luz. A perspectiva dos usuários sobre o processo reprodutivo sugere que momento atual está marcado por um sentimento de tocofobia, em que se faz necessário voltar a trabalhar as bases que podem fortalecer e animar as mulheres para a vivência positiva dos processos reprodutivos – entre eles o momento de nascimento dos filhos. As principais estratégias devem valorizar a autonomia das mulheres, sua auto-determinação, sua liberdade e a não-coerção, assim como considerar como indicador de qualidade o bem-estar materno, e a satisfação das usuárias (e seus acompanhantes e familiares) com a experiência do parto. Há um caminho sugerido de que, os benefícios gerados por mudanças estratégicas nas características da assistência hospitalar promovem a satisfação dos próprios profissionais com seu ambiente de trabalho.

Conhecer novas informações sobre gravidez e parto foi determinante para o sucesso com as negociações das escolhas de parto, resultando em excelentes indicadores materno-infantis.

A organização do trabalho nos serviços de saúde materna não está favorecendo o acolhimento dos pais, apesar destes expressarem desejo de participar. Como vimos neste estudo, os constrangimentos à Lei do Acompanhante são uma regra na maioria dos serviços disponíveis à população: o SUS e os planos de saúde.

O acolhimento da família no parto é uma estratégia eficaz para o início de uma mudança que abala as estruturas de todos os modelos de assistência, e como vimos, a assistência hospitalar é que requer com mais urgência. Tais mudanças devem ser orientadas para melhorar os resultados perinatais do nosso país, e principalmente, reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, e aumentar a satisfação das mulheres com a experiência do parto normal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar JM. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidades ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

Aquino EML. Saúde do homem: Uma nova etapa da medicalização da sexualidade? *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 19-22.

Aquino EML, Menezes GMS, Raul TVB, Marinho LFB. Epidemiologia, sexualidade e reprodução. In: Almeida Filho N, Barreto ML, organizadores. *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011; 1 (s/n): 581-592.

Avila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad Saude Publica*. 2003; 19 (Sup. 2): 465-469.

Barbieri T. Sobre La Categoría Género: Una Introducción Teóricometodológica. In: Azeredo S, Stolcke V., coordenadores. *Direitos Reprodutivos*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/DPE, 1991.

Barratt MJ, Lenton S. Beyond recruitment? Participatory online research with people who use drugs. *Int J Internet Research Ethics*. 2010; 3 (12).

Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, Domingues MR, Sclowitz IK, Hallal PC, Silveira MF, Vaughan JP. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts, 1982-1993-2004. *Lancet*. 2005; 365: 847-54.

Baskett TF, Sternadel J. Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998; 105: 981-984.

Beck CT. Benefits of Participating in Internet Interviews: Women Helping Women. *Qual Health Res*. 2005; 15: 411-22.

Bertrand C, Bourdeau L. Research Interviews by Skype: A New Data Collection Method. *Proceedings of the 9th European Conference on Research Methodology for Business and Management Studies*. Madrid: IE Business School, 2010. Acesso em 04 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://books.google.co.uk/books?id=8mTywIN8EXkC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>.

Brasil, Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: Cenários e perspectivas. Rio de Janeiro – RJ: ANS. 2008a.

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36: Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília – DF: Diário Oficial da União. 2008b.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Relatório Preliminar de Pesquisa: Resultados Preliminares da Pesquisa de Satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS (Maio a Outubro de 2012). Brasília, DF. 2012. Acesso em 21 de janeiro de 2013. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio_Pre_Semestral_Rede_Cegonha.pdf

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, HUMANIZASUS. Experiências do SUS que dá certo. Hospital Sofia Feldman (Belo Horizonte – MG). Brasília – DF: MS/HUMANIZASUS. 2011.

Brasil, Ministério da Saúde, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em 04 de novembro de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Do Homem: Princípios e Diretrizes. – Brasília, DF. 2008. Acesso em 04 de fevereiro de 2013. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>.

Brasil, Ministério da Saúde. Pacto Nacional para Redução das Mortes Maternas. Brasília, DF. 2004.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher. Brasília – DF: MS. 2001

Brenes AC. História da parturição no Brasil, século XIX. Cad Saúde Pública. 1991; 7(2): 135-149

Brenes AC. Parteiras: Escolas de mulheres. Belo Horizonte – MG. 2008.

Carneiro RG. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de experiências femininas de parto humanizado. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais: UNICAMP, Campinas. 2011.

Carrara S, Russo JA, Faro L. A Política de Atenção à Saúde do Homem no Brasil: Os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*. 2009; 19(3): 659-678.

Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad Saude Publica*. 2003; 19 (suppl.2): 389-398.

Chapman LL. Expectant Fathers and Labor Epidurals. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2000; 25(3): 133-138.

Conselho Nacional de Justiça, Corregedoria. Provimento Nº 12, de 6 de agosto de 2010. Publicado no DJ-e nº 145/2010, disponibilizado em 10/08/2010, p. 27-28. Acesso em 04 de fevereiro de 2013. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/provimentos-atos-corregedoria/12768-provimento-no-12-de-6-de-agosto-de-2010>

Coulter A. Paternalism or partnership? *BMJ*. 1999; 319(7212): 719–720.

Davis-Floyd R, Sargent C. Introduction. In: Davis-Floyd R, Sargent C, editors. *Childbirth and Authoritative Knowledge - Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press. 1997.

Deave T, Johnson D. The transition to parenthood: What does it mean for fathers? *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 63(6): 626-33

Dellmann T. “The best moment of my life”: A literature review of fathers’ experience of childbirth. *Australian Midwifery*. 2004; 17 (3): 20-26.

Diniz CSG e cols. Gênero e saúde materna: Riscos e benefícios dos modelos de assistência ao parto: perspectivas de usuárias e profissionais. Projeto de Pesquisa aprovado no Edital MCT/CNPq/SPM-PR/MDA nº 20/2010.

Diniz CSG. Assistência ao Parto e Relações de Gênero: Elementos para uma Releitura Médico-Social (Capítulos 5 e 6). Dissertação de Mestrado. São Paulo: FMUSP; 1997.

Diniz CSG. Saúde Materna e o Paradoxo Perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 2009; 19 (s/n): 313-326.

Dodwell M, Newburn M. Normal birth as a measure of the quality of care: Evidence on safety, effectiveness and women's experiences. London: NCT. 2010. Acesso em 29 de setembro de 2011. Disponível em: http://www.nct.org.uk/sites/default/files/related_documents/NormalbirthasameasureofthequalityofcareV3.pdf.

D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, Reis AC, Hartz Z. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2005;39 (4): 645-654.

Draper J. Blurring, moving and broken boundaries: men's encounters with the pregnant body. *Sociology of Health and Illness*. 2003; 25 (7): 743-67.

Ehrenreich B, English D. Brujas, Parteras y Enfermeras: Uma Historia de Sanadoras. New York, NY: Glass Mountain Pamphlet, The Feminist Press. 1973.

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª Edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005.

Estadao. CFM libera cobrança para acompanhamento do parto. *Jornal Estadão*, 12 novembro 2012. Acesso em 12 novembro 2012. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,cfm-libera-cobranca-para-acompanhamento-do-parto,959410,0.htm>

Eysenbach G, Jadad AR. Evidence-based Patient Choice and Consumer health informatics in the Internet age. *J Med Internet Res*. 2001; 3(2): e19.

Figueiredo WS. Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2008.

Fisher JRW, Wynter KH, Rowe HJ. Innovative psycho-educational program to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a before and after controlled study. *BMC Public Health*. 2010; 10:432

Folha de São Paulo. Cesáreas superam partos normais pela primeira vez no país. *Jornal Folha de São Paulo*, 20 de novembro de 2011. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/index-20111120.shtml> (acesso restrito a assinantes UOL e Folha de São Paulo) ou <http://partonobrasil.blogspot.com/2011/11/post-extraordinario-folha-de-sao-paulo.html> (acesso aberto à íntegra do conteúdo da Folha de São Paulo). Acesso em 21 de novembro de 2011.

Fonseca JLCL. Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006). Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva. Recife – PE: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 2008.

Freitas WMF, Coelho EAC, Silva ATMC. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(1): 137-145.

Gardiner R. The transition from 'informed patient' care to 'patient informed' care. *Stud Health Technol Inform*. 2008; 137:241-56.

Giffin K, Cavalantl C. Homens e reprodução. *Rev Estudos Feministas*. 1999; 7 (1,2): 53-71.

Giffin K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10 (01): 47-57.

Gomes R, Schraiber LB, Couto MT. O homem como foco da Saúde Pública. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10 (1): 4-4.

Grossi MP. Identidade de Gênero e Sexualidade. *Antropologia em Primeira Mão*. 2010; p. 1-18. (Revisão de original de 1998).

Hanna P. Using internet technologies (such as Skype) as a research medium: a research note. *Qualitative Research*. 2012; 12(2): 239-242.

Haraway D. Saberes localizados. *Cadernos Pagu*. 1995; s/v (5): 07-41.

Hay-Gibson N. Interviews via VoIP: Benefits and disadvantages within a PhD study of SMEs. *Library and Information Research*. 2009; 33 (105).

Henwood F, Wyatt S, Hart A, Smith J. 'Ignorance is bliss sometimes': constraints on the emergence of the 'informed patient' in the changing landscapes of health information. *Sociology of Health & Illness*. 2003; 25: 589–607.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD003766.

Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 186 (5 Suppl Nature): 160-172.

Hotimski SN, Alvarenga AT. A definição do acompanhante no parto: Uma questão ideológica? *Rev Estudos Feministas*. 2002; 10 (2): 461-481.

Instituto Papai. Campanha Paternidade: Desejo, Direito e Compromisso. (s/d). Acesso em 21 de outubro de 2012. Disponível em: http://www.papai.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=558

Jaggar A. Amor e conhecimento: a emoção na epistemologia feminista. In: Jaggar A; Bordo S, organizadores. Gênero/corpo/conhecimento. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 1997; p. 157-185.

Jameson H. Innovation and Improvement in Maternity Services. Royal College of Midwives. 2012.

Kitzinger S. The Sexuality Of Birth. In: Kitzinger S. Women's Experience Of Sex. New York, NY: Penguin Books. 1983.

Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo, Perspectiva, 1978.

Leal MC. Estar Grávida no Brasil. Cad Saude Publica. 2012; 28 (8): 1420-1421.

Martinho RML. Programa de Humanização do Parto: análise da teoria e implantação em Salvador. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). UFBA. Salvador – BA. 2011.

Martins AL. “Near Miss” e mulheres negras em três municípios da Região Metropolitana de Curitiba. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007.

Martins APV. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. Rev Estudos Feministas. 2005; 13(3): 645-665.

Martins APV. Visões do feminino. A medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004.

Martins-Costa S, Ramos JGL. A questão das cesarianas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27 (10):571-574.

Medrado B, Lyra J. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. Rev Estudos Feministas. 2008; 16(3):809-840.

Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis: Vozes; 2009.

Minayo MCS. Contribuições da antropologia para pensar a saúde. In: Campos, GW et cols., organizadores. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ. 2006.

Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ed, São Paulo: Editora Hucitec. 2008.

Oliva TA, Nascimento ER, Espírito Santo FR. Percepções e experiências de homens relativas ao pré-natal e parto de suas parceiras. Revista de Enfermagem UERJ. 2010; 18 (3): 435-440.

Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD000352.pub2

Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura: Assistência ao parto normal: Um Guia Prático. Saúde Materna e Neonatal / Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família, Genebra. Tradução realizada com apoio da OPAS e JICA, 2000, do original em inglês publicado em 1996, OMS/SRF/MSM/96.24.

Pasche DF, Vilela MEA, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. Rev Tempus Actas Saúde Col. 2010; 4(4): 105-117.

Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev. Saúde Pública. 2011; 45(1): 185-194.

Rede Feminista de Saúde. Campanha pela Convenção Interamericana dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. 2011. Acesso em 04 de novembro de 2011. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/portal/home/campanhas.php>.

Remon CA. La percepción del riesgo: del paciente informado al paciente consecuente. Monografías humanitas. 2004; 8:43-58

Riesco MLG, Tsunechiro MA, Leister N. Escola de obstetrícia da Universidade de São Paulo: a história contada no livro de atas (1912-1970). Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2011;20 (Esp): 164-71.

Rohden F. Capturados pelo sexo: A medicalização da sexualidade masculina em dois momentos. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17 (10): 2645-2654.

Rohden F. A construção da diferença sexual na medicina. *Cad Saude Publica*. 2003;19 (Sup. 2): 201-212.

Rohden F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horizontes Antropológicos*. 2002; ano 8, n. 17, p. 101-125.

Rowe HJ, Fisher JRW. Development of a universal psycho-educational intervention to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a multiple method approach. *BMC Public Health*. 2010; 10: 499.

Rubin G. O tráfico de mulheres: notas sobre a economia política dos sexos. Recife: SOS CORPO. 1993.

Salem T. O casal grávido. Disposições e dilemas da parceria igualitária. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Varga. 2007

Sandall J, Devane D, Soltani H, Hatem M, Gates S. Improving quality and safety in maternity care: The contribution of midwife-led care. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2010; 55 (3): 255-261.

Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46 (1).

Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10 (1): 7-17.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista Saúde Pública*. 1995; 29 (1): 63-74.

Silva WM. Transformar é preciso: Transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente. Tese (Doutorado em Saúde Pública). São Paulo: FSP-USP. 2011.

Siqueira MJT. Saúde e direitos reprodutivos: o que os homens têm a ver com isso? *Revista Estudos Feministas*. 2000; 8 (1): 159-168.

Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Serruya SJ. Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(2): 255-264.

Steen M, Downe S, Bamford N, Edozien, L. Not-patient and not-visitor: A metasynthesis of fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*. 2011; doi:10.1016/j.midw.2011.06.009.

The Lancet. Health in Brazil. Launched in Brasília May 9, 2011. The Lancet.com. 2011. Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>. Acesso em 21 de novembro de 2011.

Triviños AN, organizador. Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciências sociais. Cadernos de Pesquisa Ritter dos Reis, Porto Alegre, v. 4, 2001.

Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. The Lancet. 2011a; 377 (9780): 1863-76.

Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro Ca, Schmidt, MI, Paim J, Bastos FI, Almeida c, Bahia I, Travassos c, Reichenheim m, Barros fc, & the Lancet Brazil Series Working Group. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. The Lancet. 2011b; 377 (9782): 2042-53.

Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2002.

White G. You cope by breaking down in private: Fathers and PTSD following childbirth. British Journal of Midwifery. 2007; 15(1): 39–45.

Williams K, Umberson D. 'Medical technology and childbirth: experiences of expectant mothers and fathers'. Sex Roles. 1999; 41 (314): 147–68

ANEXO 1

Quadro 3 – Características do preparo para o parto, assistência recebida, desfechos da gravidez, e percepções acerca da humanização da assistência

<p style="text-align: center;">NOME: ADAUTO</p> <p>1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Vídeos, alguma leitura, consultas pré-natal, e a formação em medicina.</p> <p>2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Capital. Plano de saúde.</p> <p>3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Cesárea intraparto por mal posicionamento fetal (dorso à direita). Trabalho de parto espontâneo com analgesia.</p> <p>4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Contato mãe-bebê suspenso para recuperação materna. Mãe termina cirurgia desacompanhada, pai segue junto com bebê.</p> <p>5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: “Sim, pois o parto é algo natural e de extrema delicadeza, e portanto o contato com pessoas que priorizam o bem-estar é fundamental.”</p>
<p style="text-align: center;">NOME: ANTÔNIO</p> <p>1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Conversas com a esposa, livros, curso de maternidade hospitalar, consultas de pré-natal.</p> <p>2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Interior. Privado.</p> <p>3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Parto normal hospitalar, de conduta expectante, com liberdade de posições para o período expulso. Não houve uso de procedimentos cirúrgicos ou analgésicos.</p> <p>4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Alojamento conjunto imediato, com presença do pai.</p> <p>5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: "Eu conheço superficialmente, mas o que conheço é suficiente para defender, e só conheço porque estou em contato com alguém que trabalho com isso. Porque estas informações não estão disponíveis na mídia corriqueira. O que a mídia traz é que os medicos são os grandes salvadores e milagreiros fazendo suas cesareanas."</p>
<p style="text-align: center;">NOME: CARLOS</p> <p>1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Nenhum preparo específico, conversas superficiais com conhecidos que já passaram pela experiência.</p> <p>2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Capital. Plano de saúde.</p> <p>3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Três cesáreas: 1) TP espontâneo, mas foi indicada a cesárea por falta de dilatação; no pós-parto, houve infecção de pontos da cesárea; 2) TP iniciou espontaneamente no dia de agendamento da cesárea, foram poucas horas de TP; ao nascer, o bebê não respirou por três minutos, foi para UTI-neo; 3) antecipação do parto para inviabilizar TP, devido a risco de ruptura uterina pelo histórico de 2 cesáreas e 2 gravidezes anembrionárias; durante a cirurgia, houve hemorragia 'porque o útero dela estava muito, muito fino'.</p>

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Contato mãe-bebê suspenso para cuidados médicos. Conhecia a lei do acompanhante, e pagou taxa de acompanhamento nas duas primeiras cesáreas.
5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: "Não conheço o termo".

NOME: DANILO

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Palestras do curso preparatório da maternidade onde o parto ocorreu.
2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Interior. SUS.
3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Parto normal hospitalar. Com protocolo de analgesia ao final do TP.
4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES:
5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: "Durante o acompanhamento da gestação de meu filho tive contato e adquiri conhecimentos sobre o parto, e suas formas de assistência. Porém desconhecia a humanização do parto, dessa maneira não foi uma causa que defendi."

NOME: DIEGO

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Nenhuma preparação específica, além dos conhecimentos técnicos pela formação em odontologia.
2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Capital. Misto privado e plano de saúde.
3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Parto normal hospitalar, com uso de: ocitocina, analgesia, manobra de kristeller, episiotomia.
4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Paramentou-se e por isso pôde posicionar-se ao lado da obstetra. Pagou taxa para poder acompanhar o parto. O que mais o chocou foi ver a realização da episiotomia.
5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: Não. A princípio, minha prioridade é a segurança da mãe e do bebe. Independente de qualquer coisa tenho que sentir que a situação está sob controle. Talvez por isso o parto natural, principalmente domiciliar nunca me interessou."

NOME: DOUGLAS

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Buscou pouca informação em Sites e grupos de discussão, sentiu que poderia ter se preparado melhor.
2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Capital. Plano de Saúde.
3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Dois partos domiciliares planejados, o primeiro precisou ser tranferido para o hospital, e acabou em cesárea. O segundo deu certo. Neste pesquisa, não foi considerado seu histórico de cesárea de casamento anterior não acompanhada.
4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: No primeiro filho, o contato mãe-bebê foi suspenso para recuperação materna. No segundo, estavam em casa.
5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: "Sim, me considero. Fiz várias pesquisas à respeito do assunto; conversei com diversos profissionais e anônimos sobre segurança, vantagens e desvantagens e sempre fui à favor do respeito ao ser humano,

principalmente em suas escolhas, vontades e necessidades. E, junto a isso, também sempre fui contra a interferência médica desnecessária, arbitrária, autoritária e pretenciosa."

NOME: EDGAR

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Sites, livros e grupos, sem especificação de quais. Considera que as informações ajudaram.

2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Interior. Plano de saúde.

3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Parto normal hospitalar, de conduta expectante, com liberdade de posições para o período expulso. Houve uso ocitocina sintética no final do expulsivo.

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Alojamento conjunto imediato, com presença do pai.

5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: "Sim. Porque tive a felicidade de poder ajudar a minha esposa no parto de nosso filho foi maravilhoso."

NOME: ELTON

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Não sentiu necessidade de buscar informações pelo fato de ter formação em medicina.

2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Interior. Plano de Saúde.

3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Dois partos normais hospitalares, com uso de ocitocina, analgesia, episiotomia.

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Conduziu quase todo o TP da esposa, em casa. C contato mãe-bebê foi suspenso para recuperação materna da episiotomia e analgesia.

5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: "Sim, parcialmente. Sou profissional da saúde e tenho conhecimento básico do tema"

NOME: EVANDRO

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Curso não-hospitalar de preparação para o parto, grupo de apoio ao parto, consultas pré-natais, conversas com profissionais (obstetra, enfermeira, doula, obstetritz), conversas com a esposa.

2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Capital. SUS.

3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Dois partos normais hospitalares. Primeiro parto com analgesia e episiotomia. Grande parte da narrativa do sujeito considerou o segundo. Segundo parto com analgesia devido a trabalho de parto demorado (muitas horas de bolsa rota)

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Planejado para ocorrer em CPN, foi transferido para hospital após seis horas de bolsa rota, sem início do trabalho de parto. Vários conflitos com os profissionais do serviço, relativos à falta de consentimento e esclarecimentos sobre procedimentos, impedimento da permanência do acompanhante, maus-tratos e negligência.

5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: Percepção sobre "Humanização" não informada.

NOME: FÁBIO

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Grupo de apoio ao parto domiciliar, Sites (OMS e MS), artigos científicos, conversas com profissionais diversos, outros casais, e outros pais.

2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Privado. Capital.

3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Parto domiciliar planejado.

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Preparação para o parto como um processo de aprendizado.

5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: "Eu defendo a humanização da assistência ao parto pensando que esse é um momento único para a família, principalmente para a parturiente e a(o) bebê. Compreendo que o profissional de saúde deve intervir o mínimo possível em um processo natural, no qual a preparação para o momento decorre também do planejamento dos dois companheiros. Eu, como acompanhante, acredito que partear seja um processo ativo, no qual a mulher prepara seu corpo e seu psicológico para acolher a nova vida tão esperada. Qualquer técnica que se interponha a esse processo sem a devida motivação baseada em evidências deve ser combatida – levando assim à radicalidade o termo “assistência”.

NOME: FREDERICO

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Não fez preparação específica, bastaram-lhe as informações dialogadas com a esposa.

2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Interior. Maternidade SUS, com contratação de enfermeira obstetra privada.

3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Parto normal hospitalar.

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Não conhecia a lei, mas foi cumprida (sem investigação aprofundada). Refere conflito com o provedor por tentativa de rompimento artificial da bolsa, a qual foi recusada pela esposa.

5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: “Sim, sou um pouco leigo sobre assunto, porem defendo o parto humanizado.”

NOME: GABRIEL

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Realizou curso em maternidade privada e justificou familiaridade com as questões médicas, por ser filho de médicos.

2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Interior. Plano de Saúde.

3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Duas cesáreas, primeira agendada, e segunda, de gêmeos, após rompimento espontâneo da bolsa.

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Contato mãe-bebê suspenso para recuperação materna, e cuidados neonatais. Na segunda, a esposa teve hemorragia pós-parto, ficou seis dias internada. Bebês tiveram alta anterior. E a lei do acompanhante não foi cumprida devido ao contrato com operadora (restrição no período noturno, enfermagem).

5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: "Acredito que conheço o suficiente pra entender que é uma boa prática. A hora do

parto é muito importante para os pais e decisiva na maneira como ambos encararão a paternidade. Um trauma nesse momento tão delicado pode prejudicar a amamentação, por exemplo, que também pode ser considerada uma fase crítica e extremamente importante na vida do bebê."

NOME: LEONARDO

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Lista de discussão e Sites da Internet, livros, vídeos, curso não-hospitalar de preparação para o parto, grupo de apoio ao parto, conversa com profissionais (médico obstetra e pediatra; enfermeira; doula e obstetriz).

2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Capital. Misto público e privado.

3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Parto normal hospitalar, de conduta expectante, com liberdade de posições para o período expulso. Não houve uso de procedimentos cirúrgicos ou analgésicos.

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Não conhecia a lei, foi garantida totalmente.

5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: "Sim, porque durante a gravidez de minha esposa tive acesso às informações sobre este assunto."

NOME: LUCIANO

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: A formação em medicina justificou a ausência de necessidade de preparo.

2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Capital. Primeiro, privado; segundo, plano de saúde.

3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Dois partos normais hospitalares, com uso de ocitocina, analgesia, episiotomia em ambos. No primeiro parto, foi realizada cerclagem durante a gravidez, e uso de fórceps no parto.

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Paramentou-se e auxiliou a obstetra no momento do expulsivo, do primeiro parto.

5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: Não informado.

NOME: MARCOS

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Consultas pré-natais, curso hospitalar de preparação para o parto, grupo de apoio ao parto, conversa com profissionais (médico obstetra e doula), conversas com a esposa, enfermeira obstetra.

2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Interior. SUS.

3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Histórico de duas cesáreas do primeiro casamento não foram incluídas na pesquisa. Parto normal hospitalar, de conduta expectante, com liberdade de posições para o período expulso. Uso de ocitocina no final do expulsivo.

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Sabia do padrão de descumprimento da Lei do acompanhante no SUS. Escolheram serviço pela valorização do parto em posições verticalizadas. Alojamento conjunto imediato, sem participação paterna. Esposa teve depressão pós-parto, mas não foi diagnosticada, nem tratada.

5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: "Sim, sou casado com uma enfermeira Obstetra que milita na área e conversamos

muito a respeito."

NOME: RAUL

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Consultas pré-natais, curso extra-hospitalar de preparação para o parto, grupo de apoio ao parto, conversa com profissionais (médico obstetra, obstetriz, enfermeira e doula), conversas com a esposa.

2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Privado. Capital.

3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Parto domiciliar planejado.

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES:

5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: "Sim. No processo de preparação para o parto do meu filho entramos em contato com relatos pessoais, documentários e livros sobre o assunto, e passei a perceber a diversidade de formas que recebemos nossos bebês e tratamos as parturientes. Em muitos casos mãe e bebê passam por procedimentos, rotinas ou medicação totalmente desnecessárias, isso quando não comprovadamente obsoletas. Ao passar a perceber a situação atual no Brasil, não pude deixar de me sensibilizar com o contraste entre a forma "comum" de parto e a forma humanizada e carinhosa com que tratamos minha esposa e recebemos nosso filho. A experiência me marcou de tal forma que não vejo como manter silêncio quando confrontado com ações contrárias ao apoio a esta humanização."

NOME: RENAN

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Consultas pré-natais, curso hospitalar de preparação para o parto, conversas com o médico e a esposa.

2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Capital. Plano de saúde.

3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Dois partos normais hospitalares, sem uso de ocitocina e analgesia, mas com episiotomia, em posição litotômica.

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Partos rápidos, sem complicações. Lei do acompanhante foi cumprida.

5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: "Conheço alguns aspectos da humanização do parto e os defendo. No entanto, não sou um fetichista do parto humanizado e acredito que alguns aspectos podem ser flexibilizados em prol de algumas conquistas da medicina ou mesmo formas de reprodução social das sociedades em que vivemos. Acho que a forma do parto não deve ser encarada só como um fenômeno natural mas que também carrega consigo traços culturais de uma sociedade."

NOME: ROBERTO

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Livros, conversas com a esposa e grupo de apoio ao parto.

2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Interior. Plano de saúde

3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Parto normal hospitalar, com rompimento artificial da bolsa, analgesia, episiotomia e fórceps.

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Conflitos pela restrição de permanência e entrada do acompanhante em determinados locais da maternidade; e pela falta de consentimento

esclarecido para intervenções. Os momentos mais difíceis foi quando percebeu o dano perineal e quando não pode ficar com a final por estar com barba comprida.

5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: Não foi informado

NOME: RONALDO

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Não informado.

2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Capital. Totalmente privado.

3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Cesárea marcada para 38 semanas de gestação, via de parto desejada pela esposa desde a primeira consulta

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Não conhecia a lei, mas foi garantida. Contato mãe-bebê suspenso para recuperação materna.

5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: “Não sei se posso me auto intitular como defensor, pois não conheço todas os benefícios e quais as prováveis complicações que possam ocorrer. Mas, imaginando que em partos de baixo risco, já foi comprovado que parteiras são tão ou até mais seguras que médicos em hospitais, para a realização do parto, fico imaginando que se for para o bem maior, da mulher e do bebê, não há razão para que não se defenda tal ação.”

NOME: TEODORO

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Consultas pré-natais, curso extra-hospitalar de preparação para o parto, grupo de apoio ao parto, conversa com profissionais (médico obstetra, obstetriz, enfermeira e doula), conversas com a esposa.

2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Privado. Capital.

3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Planejado para ser domiciliar; não foi possível devido à gravidez prolongada (42 semanas). Parto normal hospitalar, com indução de parto (ocitocina) e analgesia. Liberdade de posições para o período expulso.

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES:

5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: "Sim, defendo plenamente. Hoje os partos, especialmente no Brasil, apresentam um grau de “medicalização” enorme. Uma série de intervenções desnecessárias são feitas na mãe e no bebê. A episiotomia, o colírio de Nitrato de Prata que é aplicado nos bebês são desnecessários na maioria das vezes.”

NOME: VALTER

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Consultas e exames de pré-natal, conversas com o médico obstetra.

2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Plano de saúde. Capital.

3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Cesárea antes do trabalho de parto, às 32 semanas de gestação por dilatação excessiva do colo do útero.

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Lei do acompanhante foi garantida; esposa ficou 3 dias na maternidade e bebês ficaram 21 dias na UTI Neo; pais podiam visitar em qualquer

horário. Contato mãe-bebê no pós-parto imediato foi suspenso para internação na UTI Neo.

5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: "Não conheço esse conceito".

NOME: WALDEMAR

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Consultas de pré-natal e livros, sem especificação. Considera que excesso de informações podem atrapalhar.

2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Plano de saúde. Capital.

3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Parto normal hospitalar, com analgesia, episiotomia e kristeller.

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Esposa teve depressão pós-parto, com tratamento

5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: "Conheço, mas não defendo não. Não tenho afinidade com o assunto."

NOME: WILLIAM

1 - PREPARO PRÉ-NATAL: Referiu realizar preparação para a vestimenta e também sobre onde deveria se posicionar dentro do centro obstétrico.

2 - MODALIDADE E LOCAL DE ASSISTENCIA: Plano de saúde. Capital.

3 - DESFECHO DA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO IMEDIATO: Um parto normal hospitalar com analgesia, episiotomia e Kristeller e uma Cesárea sem trabalho de parto

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS, LEI DO ACOMPANHANTE, OU COMPLICAÇÕES: Contato mãe-bebê suspenso para recuperação materna. Esposa diabética com administração equivocada de glicose . O que mais atrapalhou foi não poder acompanhá-la o tempo todo.

5 - CONHECIMENTO SOBRE A HUMANIZAÇÃO: "Não conhecia este termo"

ANEXO 2 – Cadastro e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

12

Pesquisa: RISCOS E BENEFÍCIOS DOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO: PERSPECTIVAS DE USUÁRIAS/OS E PROFISSIONAIS

Coordenação Geral Profa. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz

Entrevista: A EXPERIÊNCIA DOS PAIS COMO ACOMPANHANTES DE PARTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre a experiência dos pais como acompanhantes de parto. A pesquisa está ligada ao departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. O estudo pretende investigar como acontece a participação dos pais no parto; como sua presença é acolhida pelos serviços e profissionais de saúde; e sua satisfação com a experiência.

Neste documento, pedimos o seu consentimento para responder uma entrevista sobre a paternidade, como foi sua participação desde a gravidez, o nascimento e a chegada do bebê, as mudanças que provocam.

Você pode escolher se prefere responder à entrevista pessoalmente, em São Paulo-SP, ou pela Internet (com o uso do programa Skype ou por e-mail). As conversas (presencial ou Skype) serão gravadas, somente o áudio. Após o término da pesquisa, os arquivos de áudio serão destruídos. Todas as respostas são confidenciais e seu conteúdo só será utilizado para o desenvolvimento desta pesquisa. Os resultados do estudo serão publicados com o devido cuidado para manter o anonimato daqueles que dela participaram. Pedimos que você escolha um nome “fantasia” que usaremos para identificá-lo, se formos utilizar alguma parte de sua fala.

Como toda pesquisa, esta tem riscos e benefícios. Os riscos que esta pesquisa oferece aos participantes referem-se exclusivamente ao campo do bem-estar emocional, por ser uma investigação da sua experiência vivida. Caso você sinta algum desconforto em compartilhar certas informações pessoais ou confidenciais, vocês podem pedir para responder por escrito, por email, ou então para desligar o gravador, ou recusar a resposta. Ou seja, você tem liberdade para não responder com informações que lhe causem desconforto em falar. Se depois da entrevista, você acha que quer acrescentar ou mudar sua narrativa sobre algum dos temas, você poderá fazê-lo por e-mail até o fim da coleta de dados.

Ao mesmo tempo, falar sobre a experiência vivida oferece a possibilidade de reorganização do pensamento, você pode elaborar os significados da sua experiência, o

que muitos consideram bastante proveitoso. Posteriormente, os participantes serão informados do website da pesquisa, onde encontrarão conteúdos sobre recomendações de práticas efetivas e seguras no parto, e sobre o direito à escolha esclarecida, com base em documentos oficiais do Ministério da Saúde, da Organização Mundial de Saúde, além de links para grupos de usuárias que apóiam mulheres e suas famílias na gravidez, parto, pós-parto, amamentação e direitos das mulheres e dos homens.

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato com a pesquisadora responsável. Você pode desistir da entrevista a qualquer momento e se tiver dúvidas, pode entrar em contato com o comitê de ética que consta neste termo.

Se você vai participar desta pesquisa por e-mail ou Skype, basta que envie por email este documento preenchido para escolhasnoparto@gmail.com. Isso vale como sua assinatura.

Consentimento para a participação na pesquisa (marque com um X):

☐ **SIM, consinto em responder à entrevista por email/gravar entrevista presencial ou por Skype**

☐ **NÃO consinto em participar da pesquisa**

Se tivermos dúvidas sobre a sua entrevista, podemos entrar em contato com você para tentar resolvê-las?

☐ **Sim, consinto**

☐ **Não consinto**

Como você quer que seu nome apareça (nome "fantasia"):

Nome do entrevistado por extenso e/ou assinatura:

Contato do entrevistado (e-mail ou telefone):

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo

Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César CEP 01246 904, São Paulo, SP - Tel: (11)
3061-7779/7742 -Email: coep@fsp.usp.br

Contato com a pesquisa: Ana Carolina Arruda Franzon e Profa. Dra. Carmen Simone
Grilo Diniz

Tel: (11) 8516-1727 / Email: anafranzon@yahoo.com.br/sidiniz@usp.br

CADASTRO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

**GÊNERO E SAÚDE MATERNA – RISCOS E BENEFÍCIOS DOS MODELOS DE
ASSISTÊNCIA AO PARTO: PERSPECTIVAS DE USUÁRIAS/OS E PROFISSIONAIS**
Coordenação Profa. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz

1- Nome da/o participante:
2- Data do parto/nascimento:
3- Localização do parto/nascimento (Cidade e Estado):

4- Tipo de parto (indique a letra correspondente):

- A. Cesárea durante o trabalho parto
- B. Cesárea antes do trabalho de parto
- C. Parto normal hospitalar
- D. Parto natural hospitalar
- E. Parto normal/natural em Centro de Parto Normal (Casa de Parto)
- F. Parto domiciliar planejado
- G. Outro, explique:

5- Via de pagamento (indique a letra correspondente):

- A. SUS
- B. Plano de saúde
- C. Privado
- D. Outro, explique:

6- Modo como prefere responder à entrevista:

- A. Presencialmente, em São Paulo SP
- B. Por Skype
- C. Por e-mail

**7. Você se considera uma pessoa que conhece e defende a Humanização da
Assistência ao Parto? Explique por que sim ou por que não**

ANEXO 3 – Roteiro para entrevistas presenciais e Skype

Gênero, Maternidade e Saúde
GEMAS/FSP/USP

A experiência dos pais como acompanhantes de parto

Roteiro de entrevista presencial ou via Skype

Pesquisa Gênero e saúde materna: Riscos e benefícios dos modelos de assistência ao parto: perspectivas de usuárias e profissionais. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 0095.0.207.000-11 – Coordenação Profa. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz e cols.

São Paulo
2012

Código do participante: <i>(Preenchimento pela equipe da pesquisa)</i>
Data da realização da entrevista:
Nome do participante:
Data do parto/nascimento:
Localização do parto/nascimento (Cidade e Estado):

I. IDENTIFICAÇÃO – Responda com suas informações

- Qual a sua idade?
- Qual foi o último grau de escolaridade que você cursou?
- Você tem religião? Qual?
- Você tem alguma deficiência física?
- Em sua opinião, a cor da sua pele é:
- Qual sua profissão?
- Qual é seu estado civil?

II. GRAVIDEZ

1. A(s) gravidez(es) foi(ram) planejada(s)?
2. No início da gravidez, quais eram suas maiores expectativas com relação à gravidez e ao parto de sua companheira?
3. E seus maiores medos?
4. Qual tipo de parto você achava que era o melhor? Por quê? Conte como você gostaria que fosse e por quê.
5. Na época, você conhecia a Lei que garante o acompanhante de livre escolha da mulher na hora do parto?
6. Era um desejo seu estar presente? Por quê?
7. Como foi que vocês decidiram que você acompanharia o parto?
8. Você considera que é importante o companheiro estar junto da esposa no momento do parto? Por quê?

9. E você considera que é importante o pai estar presente na hora que um filho nasce para a relação do pai com o bebê? Por quê?
10. Você fez algum tipo de preparação para o parto? Se sim, quais foram suas fontes de informação (sites, livros, pré-natal, grupos, família, amigos, etc.)?
11. De tudo o que você leu/aprendeu, o que mais te ajudou/deixou você seguro? Onde estão as melhores informações?
12. E o que mais atrapalhou/o deixou inseguro?
13. Homens compartilham experiências de gravidez, parto e maternidade/paternidade com alguém? Se sim, com quem?
14. Você chegou a conversar com outro homem sobre o parto? Como foi isto?
15. Você sabe o que é uma doula?
16. Vocês tiveram a companhia de uma doula ou de alguma outra mulher que já havia tido experiência de parto? Se sim, o que você achou?
17. Caso não tenham tido, você acredita que poderia ter ajudado vocês? Por quê?

I. TRABALHO DE PARTO E/OU PARTO

18. Quando e como foi tomada a decisão pelo tipo de parto?
19. Em sua opinião, de quem você considera que foi esta decisão (uma decisão da mulher, do médico, de ambos, do casal)?
20. Em sua opinião, foi uma decisão justa?
21. A sua companheira entrou em trabalho de parto? *(Se sua companheira não entrou em trabalho de parto, vá para a questão 33- “Porque sua companheira não entrou em trabalho de parto?”*
22. Você ficou junto de sua companheira durante toda internação (durante o trabalho de parto, o parto, a recuperação, o pós-parto) ou teve alguma dificuldade para isso?
23. Houve algum pagamento de taxa ou limitação de horário?
24. Foi permitido pernoitar?

PARA QUEM TEVE PARTO NORMAL

25. Como foi o trabalho de parto (antes do bebê nascer) e o parto (momento do nascimento) de sua companheira?

(Nesta questão, gostaríamos de saber tudo o que você quiser compartilhar a respeito da experiência do parto: suas impressões, suas emoções, o que foi mais marcante, momentos tensos, felizes, etc., enfim, a sua versão desta história. Deixamos abaixo uma lista de informações que são relevantes para a saúde das mães; se você quiser, pode pensar sobre estes temas.)

- a) Foi demorado ou rápido? Fácil ou difícil?
- b) Foram incentivados a usar métodos não-farmacológicos para o alívio da dor, como massagens, banho de chuveiro, caminhada, relaxamento, etc.? Esses métodos melhoraram ou não a dor e/ou o desconforto?
- c) Foi usada analgesia/anestesia (remédio para parar com as dores)? Se sim, teve implicações no parto?

- d) Você percebeu algum uso de remédios, colocado na veia ou na vagina de sua companheira, para acelerar o trabalho de parto ou “dar mais contração”?
 - e) Sua companheira teve monitoramento de pressão arterial, de temperatura e escuta do coração do bebê pelo menos uma vez por hora?
 - f) Vocês ficaram sozinhos/tiveram privacidade durante o trabalho de parto? Conte como foi este momento, se solicitaram privacidade, se foram atendidos. Caso não tenham tido privacidade, conte quem eram as pessoas que estiveram com vocês durante todo o trabalho de parto, como foi este período e o que você sentiu.
26. Você foi incentivado a participar? Conte como foi incentivado ou não foi incentivado.
27. Você ofereceu ajuda à esposa? Se sim, o que fez para ajudá-la? Se não, comente por que não ofereceu.
28. E com relação às suas próprias necessidades? Você sentiu necessidade de alguma coisa durante o tempo em que esteve no hospital? E como você foi recebido e tratado pelos profissionais?
29. Você viu algum dos seguintes procedimentos médicos: kristeller (alguém empurrou ou subiu na barriga de sua companheira); fórceps/vácuo; cesárea; analgesia; episiotomia?
30. E como foi acompanhar a realização deste(s) procedimento(s)?
31. Qual a posição de sua companheira na hora do parto: deitada de barriga para cima; semi-reclinada; de cócoras; de quatro apoios; na água?

PARA QUEM TEVE CESÁREA

32. Sua companheira entrou em trabalho de parto? Se sim, como foi este período até a indicação da cesárea?
33. Se não, porque sua companheira não entrou em trabalho de parto?
34. Quais foram os motivos para a cesárea? (Caso ainda não tenha respondido)
35. Como você descreve a cirurgia, o centro cirúrgico, e a atuação da equipe de profissionais?
36. A cirurgia, o centro cirúrgico e a equipe atenderam suas expectativas? E de sua companheira?
37. Em sua opinião, quais são os benefícios ou vantagens da cesárea?
38. E os riscos ou desvantagens?

PARA AMBOS OS TIPOS DE PARTO

39. Em que posição você estava (em que lugar do quarto/leito) você ficou no momento em que o bebê nasceu?
40. Você viu o bebê nascer? Como foi isto?
41. O que aconteceu depois que o bebê nasceu?
42. Caso a família tenha sido separada após o parto:
- a. Por quanto tempo você ficou separado de sua companheira após o parto?
 - b. E por quanto tempo você ficou separado de seu bebê após o parto?
 - c. Comente como foi este período em que ficou separado da companheira e do bebê.

II. SATISFAÇÃO COM EXPERIÊNCIA DO PARTO; E A CHEGADA DO BEBÊ NA VIDA FAMILIAR

43. O que você considera que mais atrapalhou e o que mais ajudou no parto da sua companheira?
44. O que você acha que poderia ter sido feito para melhorar a situação dela e/ou do seu bebê?
45. Ficaram cicatrizes do parto no corpo dela? Como foi a cicatrização e a aceitação destas marcas?
46. Em sua opinião, você considera que sua companheira ficou satisfeita ou insatisfeita com a experiência de parto? E você, ficou satisfeito ou não?
- a. Caso considere que sua companheira tenha ficado insatisfeita com o parto, comente a respeito. Se você ficou insatisfeito, comente a respeito.
 - b. Você considera que sua esposa sofreu?
 - c. Ela ou você ficaram com algum trauma emocional desta experiência?
 - d. O nascimento do seu bebê foi do jeito como você imaginava que seria?
47. Você acredita que toda e qualquer mulher está preparada para viver uma experiência como essa? Por quê?
48. E com relação aos pais, você considera que todo e qualquer homem está preparado para viver uma experiência como essa? Por quê?
49. E se tudo isso que se passou no corpo de sua mulher, acontecesse em seu corpo. Como você acha que seria? O que sentiria?
50. Você considera que foram tratados com respeito pela equipe (profissionais contratados e profissionais da instituição)?
51. E com relação aos profissionais, eles estavam preparados para acolher um homem dentro da maternidade?
52. Com base na sua experiência, como você avalia o atendimento dos profissionais de saúde?
53. Você indicaria esse hospital/serviço/profissional para seus amigos?
- a. Se sim, por quê?
 - b. Se não, como você imagina que seria o serviço ideal para a assistência ao parto?
54. Durante o atendimento ao nascimento de seu filho (nas consultas de pré-natal, durante a internação e o nascimento propriamente dito ou nas consultas pós-parto), aconteceu (ou aconteceram) fato(s):
- a. de que você ou sua companheira não gostaram ou que lhes fizeram sentir-se desrespeitado(s) ou com raiva, vergonha, medo, insegurança, tristeza, entre outros sentimentos negativos?
 - b. de que você ou sua companheira gostaram e/ou que lhe deixaram feliz, porque fez com que se sentissem respeitado(s) ou segura(s), amparado(s), tranquilo(s), entre outros sentimentos positivos?
55. Como é a vida de pai com bebê recém-chegado em casa? Quais são as dificuldades? Fale sobre elas.
56. Como foi a amamentação? Você participou? Como? Você desejou participar?
57. Como foram os cuidados com o bebê? Você participou? Como? Você desejou participar?
58. Quais as mudanças que a chegada do bebê provoca no casamento?

59. Como foi para você a retomada das atividades afetivo-sexuais? O que você acha que ajudou e o que foi mais difícil?
60. Como ficou a retomada do trabalho após o nascimento do filho?
61. Se você pudesse deixar um conselho para os futuros pais, o que vocêalaria?
62. Deseja comentar mais alguma coisa?

Questão adicional:

Esta entrevista é um instrumento de pesquisa que certamente se beneficiará com as sugestões das pessoas que a respondem. Se você percebeu algum excesso ou falta de algum tema essencial que deveria ser perguntado, por favor, nos indique. Você também pode comentar se gostou ou não de participar desta pesquisa pela Internet (e-mail ou Skype).

CURRÍCULO LATTES

Ana Carolina Arruda Franzon

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1090535108530033>

Última atualização do currículo em 02/12/2012

Estuda Gênero e Saúde Materna, Violência Obstétrica, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Atualmente dedica-se à pesquisa 'Riscos e benefícios dos modelos de atenção ao parto: Perspectivas dos pais sobre a assistência obstétrica', para o Mestrado em Saúde Pública da FSP/USP, sob orientação de Carmen Simone Grilo Diniz. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Ana Carolina Arruda Franzon
Nome em citações bibliográficas	FRANZON, A. C. A.
Sexo	Feminino

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil. Av. Dr. Arnaldo, 715 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil
-----------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2011	Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Masculinidades na sala de parto: A perspectiva dos homens sobre intervenções obstétricas, Orientador: Carmen Simone Grilo Diniz. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: Gênero; Saúde Materna; modelos de assistência ao parto; saúde reprodutiva; violência institucional; homens. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
2005 - 2008	Graduação em Comunicação Social - Hab. Jornalismo. Universidade Estadual de Londrina, UEL, Brasil. Título: Análise da Política de Comunicação da Fundação SOS Mata Atlântica. Orientador: Rozinaldo Antonio Miani. Bolsista do(a): IC-UEL, UEL, Brasil.
2002 interrompida	Graduação interrompida em 2003 em Ciências Sociais. Universidade Estadual de Londrina, UEL, Brasil. Ano de interrupção: 2003

Formação Complementar

2011 - 2011	Informação, Internet e Promoção da Saúde. (Carga horária: 8h). Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
2011 - 2011	Centro de Parto Normal: Política e Implementação. (Carga horária: 4h). Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional.
2011 - 2011	Treinamento para logística de campo (Entrevista). (Carga horária: 40h).

Carmen Simone Grilo Diniz

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7232133934831288>
Última atualização do currículo em 30/11/2012

possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1984), mestrado (1996) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (2001), e pós-doutorado em Saúde Materno-infantil pelo Cemicamp (2004). É livre-docente do Departamento de Saúde Materno-infantil na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (concurso em junho 2011). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina Preventiva, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Gênero e Saúde Materna, Saúde Materno-infantil, Saúde Pública baseada em evidências. É coordenadora regional (região Sudeste) do Inquérito Nacional Nascir no Brasil (2010-2012). É Visiting Reader no King's College London, Women's Health Division (Fevereiro 2012-Janeiro 2013), com bolsa da Fapesp. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Carmen Simone Grilo Diniz
Nome em citações bibliográficas	Diniz, C. S. G.;Diniz, S;Diniz, Simone;Diniz, Simone G;Diniz, Simone Grilo;Diniz, Carmen Simone Grilo;Carmem Simone Grilo Diniz;Diniz, CSG, Carmen SG Diniz
Sexo	Feminino

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil, Av. Doutor Arnaldo, 715, 2º andar Cerqueira César 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30667124 Fax: (11) 30850240
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

2011	Livre-docência. Faculdade de Saúde Pública. Título: Gênero e Saúde Materna, Ano de obtenção: 2011. Palavras-chave: direitos da maternidade; direitos humanos; gênero e saúde; modelos de assistência ao parto; humanização; saúde materna. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
2003 - 2004	Pós-Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
1997 - 2001	Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto, Ano de obtenção: 2001. Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo,