**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

NATÁLIA REJANE SALIM

**CONTEXTOS DE NASCIMENTO: EXPERIÊNCIAS,
SENTIDOS E PRÁTICAS DE CUIDADO**

**SÃO PAULO
2014**

NATÁLIA REJANE SALIM

**CONTEXTOS DE NASCIMENTO: EXPERIÊNCIAS,
SENTIDOS E PRÁTICAS DE CUIDADO**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dulce Maria
Rosa Gualda

SÃO PAULO

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

VERSÃO CORRIGIDA, A VERSÃO ORIGINAL ENCONTRA-SE DISPONÍVEL NA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Salim, Natália Rejane

Contextos de nascimento: experiências, sentidos e práticas de cuidado / Natália Rejane Salim. São Paulo, 2014.

257 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda

Área de concentração: Enfermagem

1. Enfermagem 2. Saúde da Mulher 3. Parto 4. Humanização da Assistência I. Título.

Nome: Natália Rejane Salim

Título: CONTEXTOS DE NASCIMENTO: EXPERIÊNCIAS,
SENTIDOS E PRÁTICAS DE CUIDADO

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em
Enfermagem da Escola de Enfermagem e da Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito para
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

À minha Mãe, meu exemplo de força e coragem.

*Ao meu avô Farid Salim (in memoriam), aquele que sempre tinha
palavras doces e um olhar de ternura para mim.*

*À minha avó Synésia Lorenço Barbosa, quem me contagia e
inspira com sua história de vida.*

Agradecimentos

Primeiramente agradeço ao meu Deus, em quem eu creio e confio, que todos os dias me ensina o que é o amor através de sua infinita graça e bondade.

Aos meus pais pelo apoio constante e pelo amor expresso em muitas atitudes.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda, pelos ensinamentos valiosos tanto acadêmicos quanto para a vida, por compartilhar das minhas alegrias, tristezas e dificuldades, pelo incentivo e apoio em todos os momentos, pela nossa amizade que começou quando eu ainda estava na graduação. Muito obrigada por você fazer parte da minha trajetória de vida e como obstetriz.

*À Glauce Soares que, em meio as minhas angústias,
deixou de ser apenas amiga e se tornou uma irmã. Sou cheia de
gratidão por ter a sua amizade. Muito obrigada por me ensinar
através do seu cuidado e abrir mão de tantas coisas por minha
causa, por não medir esforços para me ajudar.*

*À minha avó Jane, pelo seu carinho de sempre. À minha
prima Adriana e à tia Cláudia por estarem sempre ao meu lado em
todos os momentos.*

*Às amigas Julia Harumi Shingai, Daina Flores, Erina
Lazarine, Joyce Camargo e Drielle Rocha por me ensinarem o
valor da verdadeira amizade, nos dias bons e maus.*

*Às minhas tias Elaine e Wilma por acreditarem em mim
e me cercarem sempre com alegria e esperança.*

*Às amigas e obstetrizes, Francinne Cavaliere, Mariana
Gervasio e Bianca Zorzaam por todo o apoio e ajuda para
finalizar esse trabalho e por me inspirarem como obstetrizes e
como pessoas.*

*À Prof.^a Dr.^a Jacqueline Isacc Machado Brigagão,
professora do curso de obstetrícia, por seus ensinamentos, que não
se limitaram à minha graduação. Obrigada por continuar fazendo
parte da minha vida e por continuar me ensinando.*

*Ao Prof. Dr. Edmilson A. Campos e à Prof.^a Dr.^a Neide
Souza Praça pelas sugestões durante o exame de qualificação e
pelo apoio e trocas durante este processo.*

*Aos gestores, profissionais e mulheres que participaram
deste estudo, por compartilharem comigo as suas experiências e
fazerem este trabalho possível.*

*À Prof.^a Dr.^a Julie Laplante da Universidade de
Ottawa, por ter me acolhido e me dado a rica oportunidade de
estar diante de novas perspectivas acadêmicas e reflexões.*

*Ao amigo Lucas Pereira de Melo pelo compartilhar,
amizade e trocas durante essa trajetória.*

*Ao CNPq pelo suporte financeiro durante o
desenvolvimento deste estudo.*

Amanda Greavette

*“É o tempo que faz o homem, e não o homem que faz o tempo. Parto é mistério. E menino, a gente nunca arranca. Só recebe”
(Dorica, parteira da Amazônia - A floresta das parteiras, Eliane Brum)*

Salim NR. Contextos de nascimento: experiências, sentidos e práticas de cuidado [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

O parto é um evento que envolve múltiplos aspectos. Natureza e cultura estão em constante inter-relação no processo de “dar à luz”. Os contextos em que a experiência do nascimento ocorre são capazes de gerar diferentes sentidos, percepções, práticas e encontros durante este processo. Este estudo teve como objetivo compreender os sentidos do parto e as práticas de cuidado em três diferentes contextos da assistência obstétrica através das vozes de mulheres e profissionais. Conceitos da Antropologia do Nascimento foram utilizados como referencial teórico. Trata-se de um estudo de metodologia qualitativa na abordagem etnográfica. O estudo foi realizado nos contextos de Centro Obstétrico; Centro de Parto Humanizado e Casa de Parto, situados em uma área carente da zona sul de São Paulo. Os dados foram coletados através de entrevista semiaberta e observação participante, com anotações em diário de campo. Foram entrevistadas dezoito mulheres que vivenciaram o parto nestes contextos e quinze profissionais da assistência obstétrica que atuam nestes locais, sendo eles gestores, enfermeiras obstétricas e médicos obstetras. A análise dos dados foi organizada de acordo com cada contexto através de dois eixos: 1. As vozes dos gestores e profissionais; 2. As vozes das mulheres. Apoiados em tais eixos, seis temas foram desenvolvidos: *Características do contexto e a forma de organização dos serviços; Práticas de cuidado e assistência ao parto; Sentidos da Humanização; As experiências durante o processo de nascimento; Os discursos sobre os contextos; Os sentidos do Parto*. Os resultados mostraram os diferentes valores, sentidos do parto e das práticas de cuidado na assistência obstétrica em cada um dos contextos estudados, elementos esses traduzidos nas experiências das mulheres. O processo do parto vivido pelas mulheres é permeado por uma rede de interações entre os atores participantes da cena do parto, teorias, valores, artefatos e práticas. Esta dinâmica rede revelou os sentidos que envolvem a assistência ao parto e a posição que a mulher ocupa na cena do nascimento.

Descritores: Parto, Humanização da Assistência, Saúde da Mulher.

Salim NR. Contexts of Childbirth: experiences, senses and practices of care. [Dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2014.

ABSTRACT

Childbirth is an event that involves multiple aspects. Nature and culture are in continuous interrelation in “giving birth” process. The contexts in which the birth experience happens can bring forth different meanings, perceptions, practices and encounters along this process. This investigation intended to analyze the meanings of childbirth and care practices in three different contexts of obstetric care by the voices of women and professionals. Based on anthropological birth concepts, this study uses a qualitative methodology in an ethnographic approach. The investigation was developed at the Obstetric Center, Center for Humanized Birth and Birth Center, all in a poor area in southern of São Paulo. All the data was picked up by means of semi-open interviews and participant observation, with notes in a diary. Eighteen women who experienced childbirth in these contexts and fifteen obstetrical care professionals who work in these places (managers, midwives and obstetricians) were interviewed. Data analysis was organized according to each context through two central lines: 1. The managers’ voices and professionals. 2. *Women’s voices: experiences during the birth process*. Based on such lines, six themes were developed: *Characteristics of the context and service organization; Care practices and delivery care; Meanings of humanization; Discourses on contexts; Meanings of Childbirth*. The results showed different values, meanings and practices of childbirth care in each context, which were translated into the experiences of women. The process of childbirth experienced by women is surrounded by a network of interactions between the actors involved in the birth scene, theories, values, artifacts and practices. This network dynamics showed the senses that underlie birth care and women’s place in the birth scene.

Descriptors: Childbirth, Humanization of Care, Women's Health.

Salim NR. Contextos de Nacimiento: experiencia, los sentidos y prácticas de atención [Tesis]. São Paulo: Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo; 2014.

RESUMEN

El parto es un evento que involucra múltiples aspectos donde naturaleza y cultura están en constante interrelación en el proceso de " Dar a luz ". Los contextos en que se producen la experiencia del nacimiento son capaces de generar diferentes sentidos, percepciones, prácticas y reuniones durante el proceso. Este estudio tuvo como objetivo Comprender el significado de "dar a luz" y cuidar las prácticas en tres contextos diferentes de la atención obstétrica, a través de las voces de las mujeres y los profesionales. Los conceptos de la antropología del nacimiento se utilizaron como marco teórico. Este es un estudio de la metodología cualitativa en el enfoque etnográfico. El estudio se realizó en el contexto del Centro obstétrico; Centro humanizado Nacimiento y Birth Center, ubicado en una zona pobre al sur de São Paulo. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi - abiertas y observación participante, con notas en el diario de campo. Dieciocho mujeres que experimentaron el parto en estos contextos y quince profesionales de la atención obstétrica que trabajan en estos lugares, son los directivos, se entrevistó a las parteras y obstetras. El análisis de datos se organizó en función de cada contexto a través de dos ejes: 1. Las voces de los directivos y profesionales. 2. Las voces de las mujeres. Con el respaldo de dichos ejes, se desarrollaron seis temas: características de contexto y la forma de organización de los servicios; Cuidado prácticas y la atención del parto; La humanización de los sentidos; Las experiencias durante el proceso de nacimiento; El discurso sobre los contextos; Los sentidos del parto. Los resultados mostraron diferentes valores, significados y prácticas de atención del parto en la atención obstétrica en cada uno de los contextos estudiados, estos factores se tradujeron en las experiencias de las mujeres. El proceso del parto que sufren las mujeres está permeado por una red de interacciones entre los actores involucrados en la escena del nacimiento, teorías, valores, objetos y prácticas. Esta dinámica de la red revelaron los sentidos que involucran la atención del parto y la posición que las mujeres ocupan en la escena del nacimiento.

Palabras clave: Parto, Humanización de la Atención, Salud de la Mujer.

LISTA DE SIGLAS

CGBP	Casa da Gestante, Bebê e Puérpera
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CO	Centro Obstétrico
CP	Casa de Parto
CPH	Centro de Parto Normal Hospitalar
CPN	Centro de Parto Normal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
PAISM	Programa de Assistência Integral a Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPP	Quarto Pré-parto, Parto e Pós-parto
PRC	Programa Rede Cegonha (PRC)
REHUNA	Rede de Humanização do Parto e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema Contexto de Nascimento.	229
---	-----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 O NASCIMENTO: UM BREVE HISTÓRICO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA AS CONCEPÇÕES ATUAIS	21
1.2 ANTROPOLOGIA DO NASCIMENTO: O RECONHECIMENTO DE UM CAMPO DE ESTUDO	36
1.3 O PARTO NO BRASIL: POLÍTICAS PÚBLICAS E LOCAIS DE ASSISTÊNCIA.....	43
2 OBJETIVOS.....	69
2.1 OBJETIVO GERAL.....	69
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	69
3 METODOLOGIA	71
3.1 CENÁRIOS DO ESTUDO.....	76
3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	77
3.3 A PESQUISA EM CAMPO.....	79
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	80
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	83
3.6 A SUBJETIVIDADE E OS DESAFIOS NO DESENVOLVIMENTO DA TESE.....	83
4 RESULTADOS	86
4.1 CENTRO OBSTÉTRICO	86
4.1.1 As vozes dos profissionais e gestores participantes do estudo	92
4.1.2 Características do local e da organização do serviço.....	94
4.1.3 Práticas de cuidado na assistência ao parto	99
4.1.4 Sentidos da humanização	104
4.1.5 As vozes das mulheres participantes do estudo.....	107
4.1.6 As vivências durante o processo de nascimento.....	109
4.1.7 Discurso sobre o contexto	119
4.1.8 Os sentidos do parto.....	123
4.2 CENTRO DE PARTO HUMANIZADO	127
4.2.1 As vozes dos profissionais e gestores participantes do estudo	134
4.2.2 Características do contexto e formas de organização do serviço	135

4.2.3 Práticas de cuidado na assistência ao parto	144
4.2.4 Sentidos da humanização	149
4.2.5 As vozes das mulheres participantes do estudo.....	152
4.2.6 As vivências durante o processo do nascimento.....	154
4.2.7 Discursos sobre o contexto	161
4.2.8 Os sentidos do parto.....	163
4.3 CASA DE PARTO.....	166
4.3.1 As vozes dos profissionais e gestores participantes do estudo	175
4.3.2 Características do contexto e a forma de organização do serviço	176
4.3.3 Práticas de cuidado na assistência ao parto	180
4.3.4 Sentidos da humanização	184
4.3.5 As vozes das mulheres participantes do estudo.....	186
4.3.6 Vivências durante o processo de nascimento	188
4.3.7 Discursos sobre o contexto	193
4.3.8 Os sentidos do parto.....	198
5 DISCUSSÃO.....	203
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	231
REFERÊNCIAS	236
APÊNDICES	249
ANEXOS	257

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

“Gosto de ser gente porque, como tal, percebo afinal que a construção da minha presença no mundo, que não se faz no isolamento, isenta de influência das forças sociais, que não se compreende fora da tensão entre o que herdo geneticamente e o que herdo social, cultural e historicamente, tem muito haver comigo.”

(Paulo Freire)

Esta história começa com a minha construção como obstetriz, trajetória iniciada no ano de 2005 com a decisão que se deu como um divisor de águas em minha vida, que abriu caminho para novos conhecimentos, relacionamentos, encontros e desafios. Nesta caminhada de aprendizado constante, novas histórias são escritas, novos encontros são marcados e laços são tecidos. Muitas vezes somos surpreendidos por esse movimento da vida que nos leva para lugares que nunca imaginávamos estar. Assim foi comigo. Quando criança, sonhava em ser musicista, flautista. Mas o destino me surpreendeu e, quando me dei conta, estava na sala de aula compondo a primeira turma do curso de obstetrícia da Universidade de São Paulo (USP), completamente envolvida pelo discurso que me convidava a olhar o parto como um processo fisiológico e ao mesmo tempo sociocultural, colocando a mulher no centro da cena do nascimento. As disciplinas do curso que mais me marcaram foram aquelas que traziam o componente humano do cuidado e das relações, propondo reflexões que indicavam a necessidade de mudança no cenário atual da assistência não só ao parto, mas à saúde da mulher como um todo no sistema de saúde brasileiro.

A minha formação como obstetriz se deu através de um processo reflexivo, intercalado por eventos alegres e tristes, nas lutas e desafios para o exercício da profissão. Foi em campo, na prática, durante os estágios em sala de parto, que eu me deparei com um pouco da realidade da assistência obstétrica e as

dicotomias entre teoria e prática. Entrei em conflito diante dessa realidade. Ao percorrer diferentes cenários da assistência ao parto pela cidade de São Paulo, eu me perguntava: “Que parto é este?”. Em tempos em que o conceito de humanização aparece presente em cartazes, bolas, banheiras, banquinhos, paredes, conversas de corredor, aulas e eventos, qual é a realidade do parto no contexto atual? Como profissionais e mulheres têm vivenciado o parto em tempos de humanização?

No esforço de compreender este parto, muitas vezes recorria às memórias densas que ficaram das vivências em campo de estágio:

Paula, uma jovem de pele morena e longos cabelos negros, estava em trabalho de parto. O estágio havia terminado, a jovem olhou para mim e para a Bianca (minha amiga do grupo de estágio e da vida!), e disse: “Vocês podem ficar comigo?”. Durante um longo período a jovem ficou sentada na banqueta de parto e aos poucos reclinou o corpo sobre os meus braços e adormeceu. A Bianca apagou a luz do quarto e assim ficamos durante um bom tempo. Entretanto, o plantão havia mudado, novos atores entraram em cena. E dentro deste elenco uma atriz, que não concordou nada com aquele cenário. A luz foi acesa e a pergunta foi feita: “O que está acontecendo aqui?”. Na ingenuidade, acreditamos que poderíamos ser ouvidas: “Ela só está descansando um pouco, está com oito cm de dilatação e o batimento cardíaco do bebê está ótimo.” Porém, uma fala que não compunha o nosso *script* foi dita: “Não, ela tem que ir para a cama agora!” e assim a ação começou. No toque, a jovem gritava e a atriz falava: “Força, força, empurra o meu dedo, não grita, faça força aqui em baixo.” Ela pediu para que os artefatos entrassem em cena: caixa de parto, campos e material para a episiotomia. Todos os instrumentos estavam presentes, mas faltava um ator que surgiu no cenário por pedido da atriz: “Por favor, chama o doutor para mim.” Quando o doutor chegou, pediu um outro instrumento para atuar: uma pequena escada e, ao subir nela, com seu braço começou a empurrar o ventre da Paula. A cor da jovem se transformou, a cada empurrada a sua cabeça movia-se para trás, o suor escorria. Eu segurava uma de suas mãos diante da minha impotência, acovardada pelos moldes e movimentos da cena. Um bebê nascido ou arrancado é entregue a outro ator, neonato. A jovem sem reação só olhava para o teto. Sem palavras, saímos do local, pegamos o trem, a Bianca me deu o ombro dela para descansar enquanto com tristeza tentávamos entender a cena, pensando o porquê estivemos tão caladas, sem papel, sem voz. Refletíamos sobre o lugar

da Paula na vivência do seu próprio parto, nos efeitos deste ato em seu corpo e vida, pensávamos nas Paulas que todos os dias procuram locais-atores que as acolham na hora de dar à luz. (Relato de Estágio em Centro de Parto Normal, 2008)

A realidade do parto no Brasil se mostra de forma complexa. Este estudo nasce da tentativa de compreender um pouco esta realidade através das perspectivas de mulheres e profissionais em diferentes contextos de nascimento: Centro Obstétrico (CO), Centro de Parto Normal Intrahospitalar (CPN/CPH) e Casa de Parto (CP). Entendemos que os contextos de parto não se limitam aos seus aspectos físicos e ambientais: neles estão imbricadas suas composições socioculturais, históricas, materiais e relacionais. Os contextos de parto apresentados neste estudo pertencem à sociedade brasileira no momento atual, em que o parto tem ocupado lugar de destaque em diferentes esferas e tem feito parte da agenda das políticas públicas.

Nos cenários de parto, as relações e interações entre os diferentes atores que participam do nascimento se traduzem em vivências. Assim, buscamos neste estudo compreender as vivências e perspectivas de mulheres e profissionais em relação ao parto nos três contextos.

Primeiramente este estudo faz um breve resgate histórico da assistência ao parto e suas implicações na atualidade, caminha pelo campo das ciências sociais mostrando trabalhos importantes desenvolvidos sobre essa temática, faz uma revisão histórica do parto e locais de nascimento no Brasil enfatizando as políticas públicas, segue pela trajetória metodológica do estudo e apresenta os resultados, caminhando por cada contexto a partir de um breve relato da experiência em campo e das vozes dos colaboradores: *A voz dos gestores e profissionais* e *A voz das mulheres*.

1.1 O NASCIMENTO: UM BREVE HISTÓRICO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA AS CONCEPÇÕES ATUAIS

Os contextos que nos cercam se diferenciam não só por suas constituições ambientais, mas também por suas construções socioculturais diversas. Revelam universos compostos por diferentes símbolos à medida que são formados por diferentes imagens, situações, práticas, atitudes e valores. Cada ser que compõe e integra os múltiplos contextos é corpo, subjetividade, natureza e cultura que se manifestam nas formas de ser no mundo e de se relacionar com o outro. A dinâmica rede de interações entre os seres humanos é o que compõe e constrói os contextos que nos rodeiam.

O resgate histórico da obstetrícia nos mostra as transformações nas práticas de cuidado e o surgimento e transições nos diferentes locais de “dar à luz”. Dos tempos remotos ao mundo contemporâneo, nos deparamos com mudanças substanciais que marcaram e delinearam os diferentes modos de lidar e viver o parto.

Ao longo da história, uma admiração foi atribuída ao parto, visto como um fenômeno envolto por uma força invisível. Diante da magnitude do processo de nascimento, o cuidado passou a ser repleto de práticas que foram modificadas nos diferentes períodos históricos. Podemos perceber que, juntamente com as transformações sociais na forma de ver o corpo, a saúde e a doença, o parto passou a ser de domínio da biomedicina, o que coloca em cena questões latentes: O parto é um evento de risco? É considerado saúde ou doença? Os modos como o parto é visto diante dessas questões reflete diretamente nas práticas e relações que ocorrem durante este evento. Os diferentes conceitos de parto construídos na esfera histórica e sociocultural coexistem e se inter-relacionam na contemporaneidade, mostrando as diferentes realidades que compõem este evento, o que por sua vez revela os modos de assistir e vivenciar o nascimento. Pensar nessas questões é trazer à tona uma reflexão sobre a forma como as mulheres têm

vivenciado o processo do nascimento, considerando que esta é uma vivência corporal e psicossocial envolvida por subjetividades e histórias. Também traz para a cena os atores do cuidado com suas subjetividades, teorias, práticas e formas de agir diante de toda a complexidade que envolve este evento. Para além dos locais físicos, todos esses fatores fazem parte do que consideramos neste trabalho como contexto de parto.

Assim, este capítulo faz um breve resgate histórico da obstetrícia como especialidade médica, levando em conta os apontamentos de Rohden (2006), a qual considera que uma apresentação histórica da prática médica permite conhecer como concepções consideradas naturais atualmente foram construídas ao longo do tempo. Segundo a autora, o distanciar histórico permite um olhar novo sobre conceitos e intervenções tidos como verdades científicas. Essa reflexão permite relativizar as formas que o saber médico, avanços e especialidades se desenvolveram, considerando as pressões presentes nos contextos sociais em jogo e não apenas as razões ligadas ao progresso científico.

Antes do imperativo ditado pela revolução cartesiana, os contextos ambientais, sociais e espirituais dos indivíduos eram vistos como parte constituinte das práticas de saúde. Esta revolução difundida por Descartes instituiu a separação entre mente e corpo, que culminou em uma mudança radical na forma de ver o mundo. O corpo humano passou a ser visto como máquina, o que levou a uma análise fragmentada do ser humano. Assim, as práticas e saberes sobre o corpo e o processo saúde-doença passaram a ter foco somente no aspecto biológico dos indivíduos, o que fez com que a esfera sociocultural passasse a ser progressivamente ignorada nas práticas de saúde (Capra, 2006).

Esta visão mecanicista sobre corpo aos poucos foi incorporada ao campo do nascimento, o que gerou mudanças nas práticas e formas de lidar com este evento. De acordo com Mott (2002, p. 399):

Apesar de as mulheres darem à luz desde o início dos tempos e de seu corpo estar programado para a reprodução da espécie, as práticas e os costumes que envolvem o nascimento e o parto têm variado ao longo do tempo e nas diferentes culturas.

Podemos dizer que originalmente os saberes sobre o processo do nascimento foram construídos em uma perspectiva sociocultural, através da socialização de experiências entre mulheres. Segundo Spink (2003), o parto acompanhado tradicionalmente por parteira era visto além do aspecto biológico, mais como um fenômeno social e psicológico. O papel das parteiras ia além do atendimento dos partos, pois levavam em conta as demandas das mulheres também como esposas e mães. Assim, o foco do acompanhamento não estava apenas no processo de parturição, mas também nas demais esferas da vida das mulheres.

O parto acontecia no ambiente domiciliar, no local do cotidiano das mulheres. O conhecimento das parteiras, construído em uma esfera sociocultural, incluía a realização de práticas que carregavam diferentes significados. Segundo Rongy (1937), na Grécia antiga as parteiras utilizavam medicamentos à base de ervas que tinham funções, como: dar força para as mulheres durante o parto, espantar espíritos maus e equilibrar as emoções. A música também fazia parte de suas práticas, pelo que utilizavam tambores e instrumentos musicais com o intuito de ajudar as mulheres a suportarem as dores das contrações. As parteiras gregas permaneciam com as mulheres cinco dias após o parto e também aconselhavam sobre a saúde e cuidado dos órgãos genitais femininos, vendiam poções do amor, induziam abortos e arranjavam casamentos.

Arney (1982) identifica o primeiro período de mudanças na área da obstetrícia, que iniciou no século XVIII e se estendeu até o início do século XX, quando a posição das parteiras foi sendo substituída através da entrada dos homens neste campo. O

nascimento passou por uma reorganização e regulação, de forma a facilitar intervenções. Assim, uma nova era teve início na assistência ao parto.

As primeiras tecnologias obstétricas foram construídas com base na concepção mecanicista do corpo, o que culminou em dominação e controle. Esse controle foi se tornando hegemônico à medida que a medicina ascendia como profissão.

Na ascensão do domínio médico, tanto as parteiras quanto os curandeiros passaram a ser alvo de perseguição. Isso contribuiu para o estabelecimento da medicina na cena do parto, o que repercutiu em controle sobre as práticas da parteira à medida que a classe médica se associava à Igreja, que por sua vez passou a exercer domínio sobre a profissão. A Grã-Bretanha é um exemplo: em 1512 foi promulgada a lei *Medical Act*, estabelecendo que a fiscalização da prática da medicina passava a ser responsabilidade das autoridades eclesiásticas (Spink, 2003).

Um novo espírito de investigação sobre a anatomia e fisiologia marcou o início da obstetrícia científica, que foi sendo estabelecida ao longo do século XIX. A observação e esquadrinha dos corpos das mulheres passaram a afastar qualquer explicação sobrenatural ou fantástica dos fenômenos associados à gravidez e à parturição (Martins, 2005).

Na França os hospitais-escola estabelecidos no início do século XVI passaram a ser utilizados também para o treinamento de parteiras, o que deu aos médicos a possibilidade de observar um grande número de partos. Isso favoreceu o desenvolvimento de uma visão racional sobre o processo de nascimento. O parto se tornou objeto de investigação científica conforme a visão mecanicista advinda das ciências físicas da época, o que refletiu na visão do útero e do canal de parto como uma bomba mecânica (Spink, 2003).

Artefatos passaram a ser desenvolvidos como forma de intervenção durante os partos. Surgiram os *cirurgiões barbeiros*, denominação dada aos primeiros práticos homens que passaram a

assistir partos. Estes ganharam aos poucos o controle sobre o uso de artefatos, o que abriu espaço para que pudessem ter mais controle no cenário do parto. Segundo Spink (2003), a diferenciação no uso dos instrumentos não foi clara inicialmente; posteriormente, contudo, contribuiu para reafirmar a diferença na atuação entre parteiras e cirurgiões barbeiros. Segundo a autora, há relatos de que as parteiras empregavam o fórceps. Entretanto, aponta que é provável ter havido, por parte das atendentes, a tendência em rejeitar abordagens intervencionistas por conta da tradição do acompanhamento dos partos, que não incluía o uso de instrumentos. O parto instrumentalizado foi a única forma de abertura possível para os cirurgiões barbeiros, de modo que era necessário que oferecessem uma nova habilidade além da forma tradicional das parteiras que acompanhavam os partos. A intervenção se configurou como uma nova performance no processo de parturição. O número de parteiras passou a decrescer na Idade Média, fazendo com que os cirurgiões barbeiros passassem a ser mais requisitados, conquistando seu campo de atuação. De acordo com Martins (2005, p. 651):

Na história oficial da obstetrícia a gravidez e o parto são assuntos que só ganharam relevância com a entrada do médico num domínio que até então tinha sido exclusivo das mulheres. Nessa versão, a entrada dos médicos na cena do parto mostra os cirurgiões como indivíduos dotados de espírito investigador que desafiaram o monopólio das parteiras e conquistaram um novo campo profissional.

Neste contexto de mudança social das práticas de saúde, o hospital surge como instrumento terapêutico sobre o doente e a doença, o que consolidou práticas significadas através da vigilância e passou a permitir que os indivíduos fossem medidos, pesados, estudados e utilizados em um exame da individualidade, que tornou pertinente o exercício do poder. A disciplina, dentro do espaço hospitalar, foi o que refletiu em sua medicalização. O hospital se tornou um meio espacial de intervenção sobre o doente e, assim, um

instrumento de cura. A clínica, centrada no diagnóstico e na terapêutica, passou a exaltar a moral científica. O médico se tornou perito na arte de observar, corrigir e melhorar os corpos (Foucault, 1986).

Essa conformação, os valores do cenário hospitalar e as formas de exercer poder sobre os corpos foram aplicados às mulheres à medida que o parto foi sendo estabelecido como um evento hospitalar. As teorias científicas sobre o parto passaram a ser difundidas de forma ampla no século XVIII. Nesse período foram inaugurados os primeiros hospitais maternidade (*lying-in hospitals*), sendo o primeiro estabelecido em Londres em 1749. A partir de então, os médicos tiveram a oportunidade de fazer partos, dissecações e discussões de casos dentro do ambiente hospitalar, abrindo espaço para novas técnicas e práticas obstétricas hospitalares focadas nos partos complicados. A forma de ver o parto baseada nas teorias científicas gerou expectativas quanto às intercorrências, que sempre poderiam acontecer durante o parto. Ao buscar lidar com o parto utilizando os mesmos fundamentos empregados pelas ciências físicas, as esferas sociais e psicológicas constituintes do processo de nascimento foram deixadas de lado (Spink, 2003).

As análises de Litter (1986) mostram que a obstetrícia científica e a mudança do parto da casa para o contexto hospitalar originaram novos problemas: as intervenções realizadas apresentavam altos riscos associados de infecção, mantendo a taxa de mortalidade materna elevada.

Durante a Revolução Industrial, muitas famílias mudaram para as zonas urbanas em busca de emprego. Nesta época, mulheres entravam nos hospitais para ter os seus filhos e não voltavam mais. O quadro era de epidemia de febre puerperal, a maior causa de morte materna no século XIX (Mcgregor, 1998).

Diante dos riscos associados na época aos partos hospitalares, esses locais tinham péssima reputação entre as

mulheres e até o final do século XIX a maioria delas continuou sendo acompanhada por parteiras (Spink, 2003).

O processo de urbanização que acompanhou a Revolução Industrial refletiu em um cenário de pobreza e condições insalubres. O quadro de surtos endêmicos precisava ser controlado diante da demanda por uma força de trabalho saudável e produtiva. Isso motivou a pesquisa médica e novas descobertas que marcaram um novo estilo de prática médica. Entre elas, a descoberta da bacteriologia por Pasteur e Koch, a descoberta do éter por Lister, os avanços na assepsia e o anestésico para a realização de procedimentos cirúrgicos por Simpson (Spink, 2003).

Essas descobertas, bem como a de Semmelwiesⁱ, trouxeram maior segurança para o ambiente hospitalar, fazendo com que o número de partos no contexto hospitalar aumentasse no mundo ocidental. Ao mesmo tempo, a medicina consolidou o contexto hospitalar como centro de conhecimento médico e tecnológico (Kloosterman, 1978).

Até o final do século XIX, a obstetrícia não era legitimamente uma especialidade da medicina. Entretanto, todos os avanços teóricos e práticos até então ocorridos deram um novo nome para a ocupação. Em 1828 foi escolhida a palavra latina *obstetra*, que significa “ficar diante de”. No contexto da Grã-Bretanha e simultaneamente em outros locais, houve a inclusão da obstetrícia no currículo médico, o que provocou o aumento de médicos praticantes, refletindo na atuação das parteiras tradicionais. Entretanto, a maioria das mulheres da época era atendida por parteiras.

ⁱ Através de observações nas duas alas em que aconteciam partos no hospital de Viena, a dos médicos e estudantes e das parteiras, o médico Ignaz Philip Semmelweis descobriu que a incidência de febre puerperal era muito maior na ala dos médicos e estudantes. A causa eram partículas cadavéricas impregnadas nas mãos dos estudantes que, após terem tido aula nos laboratórios de anatomia, realizavam exame de toque e procedimentos invasivos nas mulheres sem lavar as mãos.

Em 1902, foi aprovada a profissão moderna de parteira através da Lei das Parteiras (*Midwives Act*). Essa legislação consolidou a diferenciação entre as corporações dos cirurgiões barbeiros, sendo a parteira responsável pelo parto normal e o obstetra responsável pelas intervenções em partos difíceis. Contudo, a parteira foi perdendo a sua autonomia no contexto hospitalar: diante da redefinição do parto como um evento de risco em potencial que requer aparatos tecnológicos, o parto parecia não ser mais de competência das parteiras. Esta conformação do parto resultou na prática obstétrica hegemonicamente baseada no parto hospitalar, de forma intervencionista e sem levar em consideração as demais esferas da vida das mulheres (Spink, 2003). Spink (2003, p.189) destaca:

“Do ponto de vista da obstetrícia moderna, é fácil esquecer que a grande maioria dos partos é um evento normal onde bastam os processos naturais. Em algum ponto do processo que resultou na tomada de poder da medicina no parto, o próprio parto sofreu uma redefinição: todo parto passou a ser visto como um risco potencial, dado que qualquer mãe ou bebê pode, durante o processo, desenvolver sinais inesperados de doença.”

Segundo Rothman (1981), as normas para os hospitais modernos americanos quanto à assistência ao parto ganharam aceitação entre as décadas de 1920 e 1930. A autora identifica como marco dessa aceitação a publicação de um artigo de autoria do médico Joseph B. DeLee no *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. O artigo falava sobre o uso profilático do fórceps. Este procedimento proposto por DeLee como rotina exigia a sedação da mulher e o bebê era retirado do corpo da mulher inconsciente. Uma incisão na pele e músculos do períneo, chamada episiotomia, passou a ser necessária antes do fórceps ser aplicado. A mulher devia permanecer deitada na posição supina e com as pernas em estribos. De acordo com DeLee e seus seguidores, o parto era considerado um evento perigoso e ameaçador, relacionado diretamente com a morte.

A disseminação da noção do parto como um evento médico levou ao uso indiscriminado de tecnologias (Brigagão e Gonçalves, 2010). Intervenções passaram a ser realizadas rotineiramente, sem uma reflexão sobre os seus efeitos. Como aponta Spink (2003), as intervenções podiam salvar vidas; entretanto, também podem gerar efeitos colaterais.

Este quadro pode ser associado ao conceito de iatrogenese que, segundo Illich (1976), se dá quando as ações envolvidas nas próprias práticas de saúde levam a danos ao invés de benefícios. De acordo com o autor, a forma social da iatrogenia mostra que a medicalização não só prejudica individualmente, mas tem impacto na organização e meio social como um todo. A institucionalização dos cuidados em saúde e a burocracia médica passaram a criar problemas, aumentando o estresse e multiplicando a dependência da medicalização. O domínio médico sobre os eventos da vida dos indivíduos levou ao que Illich denomina “medicalização da vida”. A vida passou a ser reduzida a um palmo, a um fenômeno estatístico, devendo ser institucionalizada, planejada e formatada tanto para melhorar como para piorar. Tal medicalização pode ser vista na assistência pré-natal, quando o médico decide se e como o feto deve nascer e termina com uma anotação no prontuário.

A medicina, na elaboração do seu saber e do seu fazer, se tornou indiferente ao meio social, ao desejo, à angústia, à morte, ao sentido da doença como parte constituinte dos indivíduos e suas histórias, fazendo com que somente o “mecanismo corporal” passasse a ser considerado. O saber anatômico e fisiológico levado ao mais profundo grau de refinamento refletiu na fragmentação do corpo ao extremo (Le Breton, 2011).

O processo de nascimento focalizado somente no corpo fez com que o útero passasse a ser considerado como um músculo involuntário, anulando o papel da mulher em sua própria experiência. Como mostra Martin (2006) através do trabalho de Pritchard *et al.* (1985, p.311), o esforço realizado pelo útero é expresso pelas

análises de tempo e movimento de forma mecanicista, através de princípios usados na indústria:

Parto é trabalho; trabalho mecanicamente, consiste na geração de movimento contra a resistência. As forças envolvidas no parto são aquelas do útero e do abdômen, que agem para expelir o feto e que precisam vencer a resistência oferecida pelo colo do útero à dilatação e a fricção criada pelo canal de nascimento durante a passagem da parte que se apresenta. (Martin apud Pritchard *et al.* 1985, p.311)

Segundo Arney e Neill (1982), a obstetrícia conformou o parto como um processo unidimensional puramente fisiológico delimitado no tempo. As tecnologias utilizadas passaram a exercer controle sobre os corpos das mulheres. Quando colocadas nas mesas de parto com suas faces cobertas, seus aspectos psicológicos e experiências subjetivas não entraram no processo de tomada de decisão dentro do local considerado como obstetricamente apropriado. O reconhecimento da dimensão psicológica, subjetiva e experiencial não é levado em conta à medida que lidar com a esfera emocional foge da competência médica e pode interferir em seu trabalho de controle sobre a fisiologia.

A medicina moderna estabeleceu uma posição passiva para as mulheres: o processo foi retirado de suas mãos e seu corpo passou a ser manipulado pelos profissionais, configurando assim o parto como um evento de sofrimento. O relacionamento impessoal se tornou ascendente, a espontaneidade foi substituída pelo controle, o significado da realidade social foi negado, grande ênfase foi dada para a limpeza e ordem. Desta forma, este processo passou a não ter mais lugar na vida cotidiana das mulheres e o nascimento se tornou uma formalidade demarcada por um ritual entre protocolos e normas (Lomas, 1978).

O aumento do uso de tecnologias e intervenções trouxe outras questões que vão além dos aparatos tecnológicos, relacionadas ao aspecto biopsicossocial inerente à maneira como as mulheres passaram a vivenciar o processo de nascimento.

Ao entrar na instituição hospitalar, a mulher passou a ser separada das pessoas do seu convívio e a ser submetida a uma série de procedimentos prescritivos, como a utilização da roupa hospitalar, o jejum e o repouso. Seu corpo tornou-se propriedade e responsabilidade da equipe presente no plantão, esperando de sua parte passividade e conformidade com as intervenções (Gualda, 1993). Dessa forma, as rotinas e tecnologias passaram a intermediar as relações entre os profissionais e as mulheres.

Conforme Rios e Schraiber (2012), já na década de 1940 começaram a acontecer reações contra o modelo hegemônico instituído pela biomedicina nos Estados Unidos, sintetizadas no movimento de reforma contra a ultraespecialização médica. Tal movimento ia de encontro ao empobrecimento no campo das relações e à falta da área de humanas na composição do conhecimento e nas técnicas utilizadas, de forma a revelar a insuficiência do modelo biomédico diante das necessidades emocionais e subjetivas dos indivíduos e da existência humana.

Assim, o conceito de humanização na área da saúde começou a ganhar maior destaque no que tange às relações entre os protagonistas da cena do cuidado, profissionais da saúde e pacientes. Neste campo, a sociologia médica norte americana constituiu uma referência histórica ao conceituar o que seria humanização e desumanização no campo da saúde (Deslandes 2008; Howard e Strauss, 1975).

Howard (1975) relacionou uma das principais formas de desumanização à redução das pessoas a coisas (*people as things*). Nesta visão, o sujeito não é reconhecido como pessoa e sim como objeto, o que reflete diretamente nas relações de cuidado. Ao ser reconhecido como objeto, o sujeito torna-se um conjunto de necessidades padronizadas. Seus sentimentos e sensações, como dor, medo, ansiedade e raiva são negligenciados, o que leva à impessoalidade e falta de identificação nas relações.

O movimento de humanização do nascimento foi motivado pela busca por uma experiência diferente de parto, em resposta à cultura que tornou as mulheres incapazes de decidirem sobre os seus corpos. Para a desmistificação do parto, novas concepções passaram a ser desenvolvidas, combinando o suporte de um acompanhante e o suporte psicológico de forma a minimizar a necessidade de medicamentos e intervenção (Romalis, 1981).

O movimento em favor da mudança no cenário da assistência obstétrica surgiu a partir da década de 1950 e foi caracterizado por uma diversidade de perspectivas e termos (Diniz, 2005). Nesse contexto, surgem os assim nomeados médicos dissidentes Dick-Read e Lamaze com o “Ideário do Parto sem Dor”. Esse ideário defende que o trabalho de parto pode ser influenciado por fatores psíquicos e de condicionamentos sociais pelo ciclo do medo e tensão, propondo assim a ideia do preparo psicofísico para o parto. Segundo Frias (2011), os métodos de Read e de Lamaze provavelmente inspiraram os métodos que surgiram nas décadas posteriores, como o Leboyer. Na década de 1960, a segunda geração do “parto sem dor” já considerava valores, como a sexualidade da mulher e a participação do pai no processo de gestação e parto, buscando uma nova reconfiguração dos papéis de gênero e a valorização do feto e do recém-nascido como um sujeito dotado de individualidade.

Segundo Wagner (2001), o conceito de humanização do parto significa o controle da mulher sobre o processo de nascimento. Em seu artigo, ele utiliza a expressão *fish can't see water*, defendendo a ideia de que em muitos locais a humanização do parto não existe porque os profissionais da assistência obstétrica estão submergidos no modelo medicalizado, altamente intervencionista, ao ponto de não conseguirem ver o efeito das intervenções que realizam na vida das mulheres.

Este movimento de mudança na forma de viver o parto também trouxe reflexões sobre os locais de nascimento e sobre os

atores que poderiam ocupar o cenário da assistência obstétrica. Em meados da década de 1970, um debate ocorreu nos Estados Unidos pontuando uma série de opções para assistência ao parto em contraponto ao modelo hegemônico. Este debate trouxe para a cena novas composições para o ambiente hospitalar visando a novas possibilidades de práticas e opções de locais de parto. Uma das propostas foi o modelo de Centro de Parto, através da construção de um ambiente em que a mulher pudesse vivenciar o trabalho de parto e o parto dentro do hospital, sem precisar ser transferida para um centro cirúrgico, e que abrisse espaço para a presença do acompanhante. O acompanhamento do parto era feito pela enfermeira obstétrica, obstetriz ou médico. Outra proposta foram os locais alternativos de parto no ambiente extra-hospitalar, os chamados *Free Standing Birth Centres*, visando permitir maior liberdade para as mulheres, providenciando uma atmosfera mais próxima ao domicílio, permitindo a participação de familiares, amigos e incentivando a preparação para o parto. O contexto domiciliar também foi trazido como uma opção para as mulheres, permitindo a escolha do profissional para o acompanhamento do parto (Michaelson, 1988).

Neste movimento de pensar os locais de parto, Lubic (1981) descreveu o conceito de *alternative care*, cuidado alternativo. Trata-se de formas de cuidado diferentes da abordagem intra-hospitalar convencional, descrita como despersonalizante, intervencionista, orientada pela tecnologia e pela autoridade médica. A autora relaciona este conceito ao local onde o parto ocorre, aos profissionais que acompanham o parto e ao conceito de risco. Para a autora, a palavra “alternativo” relacionada ao cuidado não se limita ao local onde este acontece, mas também à filosofia que orienta o cuidado, valorizando a orientação norteada pela saúde em detrimento àquela norteada pela doença.

Se por um lado o uso da tecnologia trouxe avanços, por outro o seu uso irracional passou a provocar mais danos do que

benefícios. Como resposta a essa realidade foi iniciado um movimento internacional pela priorização da tecnologia apropriada no momento do parto, pela interação de qualidade entre as parturientes e os atores do cuidado e pela desincorporação de tecnologias danosas (Diniz, 2005).

Nas décadas de 1970 e 1980, iniciativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) passaram a apontar a necessidade de mudanças na assistência obstétrica. Em 1979, Ano Internacional da Criança, foi publicada a conferência “Bases fisiológicas e psicológicas para o manejo humanizado do parto”, realizada pelo pesquisador Caldeyro-Barcia. Esta publicação trouxe uma nova proposta para assistência ao parto, contemplando os aspectos psicológicos e fisiológicos envolvidos no processo de nascimento. Sobre estas bases, o autor propõe formas de evitar a iatrogenia no cuidado durante o trabalho de parto, discorrendo sobre uma atenção sem a realização de intervenções desnecessárias, como o uso de medicamentos e manobras de rotina, incentivando a movimentação durante o trabalho de parto, o parto em diferentes posições e a participação do acompanhante (Caldeyro-Barcia *et al.*, 1979).

Na década de 1980, grupos internacionais em parceria com a OMS se organizaram para sistematizar estudos sobre a eficácia e a segurança na assistência à gravidez, parto e puerpério. Estes estudos, baseados em evidências, passaram a propor uma redescritção do processo de nascimento como um evento fisiológico (Diniz, 2005). Em 1985, a OMS da região europeia e a OPAS realizaram no Brasil uma conferência sobre a tecnologia apropriada para a assistência ao parto. O evento foi um marco para o repensar das práticas obstétricas.

Em 1989 foi publicada a primeira versão do “Guia para a atenção efetiva na gravidez e parto”, aclamada publicação que se tornou referência, com informações baseadas em evidências sobre os efeitos da assistência na gravidez e no parto (Enkin *et al.*, 2005).

Posteriormente, em 1996, a OMS lança “Assistência ao Parto Normal - Um Guia Prático”, uma síntese do relatório do grupo técnico que envolveu peritos da área obstétrica de todas as regiões da OMS. Após discutirem as evidências, esses peritos classificaram as práticas relacionadas à assistência ao parto em quatro categorias:

- 1) Práticas demonstradamente úteis, que devem ser estimuladas;
- 2) Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, que devem ser eliminadas;
- 3) Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão;
- 4) Práticas frequentemente utilizadas de modo adequado.

Em linhas gerais, o guia traz as seguintes recomendações: o incentivo ao parto normal, o aleitamento materno no pós-parto imediato, o alojamento conjunto, a presença de acompanhante escolhido pela mulher no processo de parto, a atuação de enfermeiras obstétricas e obstetrizes na atenção aos partos normais, entre outros (OMS, 1996).

Dentro deste movimento de mudança da assistência obstétrica, a utilização de pressupostos teóricos das Ciências Sociais tem demonstrado ser um campo produtivo e importante para reflexões que envolvem esta temática, possibilitando a compreensão dos aspectos socioculturais no processo de nascimento. Dessa forma, o olhar interdisciplinar permite diálogos e compreensão do fenômeno para além da esfera biológica.

A partir da década de 1970, estudos nessa perspectiva de conhecimento passaram a se destacar, contribuindo para a apreensão dos fatores socioculturais que envolvem o cotidiano da

assistência ao parto e do modo como mulheres e profissionais vivenciam este evento.

1.2 ANTROPOLOGIA DO NASCIMENTO: O RECONHECIMENTO DE UM CAMPO DE ESTUDO

Os primeiros estudos antropológicos na esfera do nascimento estavam inseridos no campo da antropologia médica, área da antropologia que se dedica ao estudo dos fenômenos biológicos e sociais relacionados ao processo saúde-doença e aos sistemas de saúde presentes nas sociedades (Helmman, 2003). Segundo Uchôa e Vidal (1994), as noções de saúde e doença são fenômenos complexos que se ligam aos fatores biológicos, sociológicos, econômicos e culturais, o que se traduz na coexistência de diferentes discursos sobre a saúde e sugerem diferentes estratégias de intervenção. Para os autores, o discurso antropológico aponta os limites e a deficiência da tecnologia biomédica quando relacionada a melhorar o estado de saúde de uma população.

Diante dos problemas de saúde, as sociedades organizaram seus sistemas de cuidado. Esses sistemas são norteados por crenças e práticas direcionadas ao enfrentamento da doença, assistência e promoção da saúde. Todos os sistemas são baseados na relação entre o usuário e o profissional da saúde. No campo da antropologia médica, o sistema médico de certa sociedade é capaz de englobar subsistemas que coexistem de modo cooperativo ou competitivo (Gualda, 2008).

De acordo com Campos (2008), os sistemas de saúde são regidos por meio das práticas de cuidado, que essencialmente exigem a inter-relação com o outro. O cuidado eleva a dimensão do relacionamento humano e indica um modo particular de ser no campo das relações. O mesmo autor fala que as redes de interações inseridas nos sistemas de saúde incluem múltiplas formas de

conhecimento, valores, crenças e significados, capazes de modelar as práticas que acontecem dentro destes sistemas.

As sociedades complexas mostram uma pluralidade nos serviços e práticas de saúde, o que envolve uma gama de opções e itinerários terapêuticos. Segundo Oliveira (2002), a relação das comunidades com os serviços de saúde se dá de forma complexa, pois na dinâmica desta interação são envolvidos aspectos culturais de ambos os lados, o que reflete nos modos de interação entre grupos sociais, instituições, atores, padrões de relacionamento e saberes (Campos, 2008).

Segundo Gualda (2008), o campo da assistência obstétrica é capaz de produzir experiências subjetivas de forma intensa, ao mesmo tempo em que constrói o processo do nascimento como um evento socialmente significativo e demarca posições pessoais dos indivíduos. Assim, torna-se um terreno fértil para as abordagens antropológicas.

Os primeiros estudos sobre o nascimento no campo da antropologia foram desenvolvidos nas sociedades tradicionais e tinham foco no local onde ocorria o parto, nos tabus durante a gestação, parto e puerpério e no comportamento materno e paterno (Lubic, 1981).

Gualda (2002) aponta a importância da antropologia para a compreensão do processo do nascimento em diferentes sociedades e culturas. Os aspectos biológicos e socioculturais da parturição são intrinsecamente articulados, o que possibilita abordar o parto e assistência obstétrica em uma nova perspectiva, de forma a contemplar a sua diversidade cultural e as relações que ocorrem durante o processo de nascimento, tanto nas sociedades primitivas como nas complexas. Segundo Cosminsk (1978), todas as sociedades desenvolvem modos de organizar e moldar o nascimento através de práticas de cuidado. Isto indica que a forma como as práticas se manifestam e seus padrões possuem caráter múltiplo.

Quando os movimentos sociais colocaram em cena as reivindicações e as mulheres passaram a apontar a medicalização, a perda do espaço social e do controle do processo do nascimento, novas questões começam a ser problematizadas e investigadas no campo da antropologia. O movimento colocou em destaque o reconhecimento da íntima relação entre os aspectos psicológicos e culturais do processo de parturição e as formas de gerenciamento das organizações sociais. A década de 1970 foi marcada pela entrada de estudiosas neste campo, que passaram a explorar como os costumes indígenas no parto integravam sistemas de conhecimento e prática. Aludiam também ao fato de que em todos os lugares o parto era socialmente marcado e moldado, significando não se tratar simplesmente de um evento fisiológico (Jordan, 1993).

O interesse por este campo passou a ser crescente, à medida que ocorriam no mundo modificações importantes no campo da saúde. A medicalização e a biomedicina se assentavam como dominantes progressivamente. Com isso, os estudos passaram a ter foco na dinâmica entre aqueles que participam da cena do parto (Lubic, 1971).

Davis-Floyd e Sargent (1997), ao reverem a literatura produzida na área a partir desse período, observam a ocorrência de um esforço colaborativo entre pesquisadoras que abriram o caminho para o estudo do processo de nascimento, do qual se tornaram pioneiras, delineando assim um novo campo: a *antropologia do nascimento*. Dentre elas destacam-se Margaret Mead e Niles Newton, Sheila Ktizinger, Carol Macclain, Sheila Cominsk e Brigitte Jordan. O crescente interesse por este tema tem mostrado que a arena cultural do parto serve como microcosmos em que as relações entre tecnologia e progresso, valores culturais, comportamentos normativos, organização social, relações de gênero e economia política podem ser claramente vistas. Muitos trabalhos passaram a ser focados nos modos como o parto e nascimento ocorrem nas sociedades ocidentais.

Mead e Newton (1967) foram pioneiras na revisão do material antropológico sobre o tema. Elas elaboraram um estudo através da revisão de dados e padrões de comportamento na gravidez, parto e período neonatal. Analisaram trabalhos que haviam sido realizados em culturas primitivas e tradicionais, bem como em culturas industriais, em uma perspectiva transcultural. As autoras resgataram a maneira como os valores, costumes e práticas estão inter-relacionados em diferentes formas de comportamento. Elas constataram a existência de muitas variações na forma como os seres humanos lidam com os aspectos da reprodução e que os valores dados a estes aspectos atuam de formas diferentes quando se comparam culturas primitivas com industrializadas.

Carol Mclain (1975) também realizou estudos na área e apresentou a denominação de etno-obstetrícia, apontando a relevância do sistema cultural do nascimento e enfatizando o seu fluxo contínuo. Sheila Kitzinger (1978), antropóloga social que também se dedicou aos métodos de preparação para o parto, trouxe novas contribuições ao campo ao apontar a necessidade de olhar para as variabilidades das práticas de nascimento. Em seu livro “Mães: um estudo antropológico da maternidade”, a autora tratou sobre o nascimento em diferentes civilizações e períodos históricos. Adotou a perspectiva antropológica para compreender o processo da mulher ao se tornar mãe, procurando valorizar o papel feminino e advogando a individualidade da experiência. Para a autora, o ideal da maternidade em cada cultura se expressa de uma maneira específica, representando a experiência empírica das mulheres e a sua relação com o sistema de valores da sociedade em que vivem.

Dentro destes importantes estudos que delinearam a antropologia do nascimento como campo de conhecimento, destacamos os trabalhos de Jordan (1993) e Davis-Floyd (1992) e as suas contribuições teóricas.

Jordan (1993), importante estudiosa do campo, propõe a compreensão do processo de parturição dentro de uma abordagem

biossocial, isto é, como um fenômeno que é produzido junto e reflexivamente pelo aspecto biológico e pelo social. Jordan delineou os recursos biossociais presentes nos cenários do nascimento que outrora eram negligenciados nos estudos a respeito das práticas durante o parto. Para a autora, o compartilhar de uma visão sobre o parto em determinado local pelos atores mostra o status ideológico deste evento e serve como um guia que conduz as práticas. A forma como este evento é visto é capaz de dar direções sobre como a fisiologia é socialmente interpretada na prática. Ao mesmo tempo, isto determina e serve como justificativa para os recursos localmente variáveis do nascimento. Assim, Jordan pontua os seguintes elementos que permitem a compreensão do parto como um evento biossocial: a definição do evento; território do parto; pessoal apropriado; localização do poder de tomada de decisão; dor e gerenciamento da dor; preparação para o parto; aqueles que atendem o parto e sistemas de suporte; suporte humano e resultados; uso de medicamentos e a tecnologia do parto.

Estes fatores mostram que aquilo que é visto e praticado como apropriado em um determinado contexto pode ser totalmente inapropriado em outro. Por exemplo, a noção do parto como natural na Holanda não integra o uso de medicamento nas práticas, ao contrário do que ocorre nos Estados Unidos, onde o parto é visto de maneira esmagadora como um evento médico. Isso reflete na determinação do local apropriado, o hospital, onde a parturiente é transformada em paciente e a competência técnica se torna um requisito essencial, demandando do médico a utilização do seu conhecimento e de todos os seus recursos. A paciente, por sua vez, deve retribuir com sentimento de credibilidade e confiança. Jordan observou que neste contexto é intensificada a demanda de tecnologia e medicação.

A autora chama atenção para o fato de o nascimento estar envolvido em um amplo sistema cultural que se articula nas esferas políticas e econômicas de determinada sociedade, trazendo uma

compreensão de que o mesmo deve ser analisado à luz da realidade sócio-política. Jordan (1993) também aborda a questão do poder. Afirma que a superioridade dos sistemas técnicos no cenário do parto leva à padronização de condutas, impedindo que outros saberes e práticas possam ser compartilhados e ter espaço nos cenários. Jordan denomina esta padronização como *conhecimento autoritativo*, que se configura quando apenas um tipo de saber ganha ascensão e se torna dominante no campo da prática, refletindo em hierarquias e relações de poder entre diferentes saberes.

Sistemas de conhecimento podem existir paralelamente e possuírem igual legitimidade, as pessoas se movem facilmente entre eles, usando-os sequencialmente ou em paralelo para propósitos particulares. Entretanto, com frequência um tipo de conhecimento ganha ascendência. Ao legitimar apenas uma única forma de conhecimento como autoritativo todas as outras formas de saber passam a ser muitas vezes totalmente desvalorizadas e rejeitadas. (Jordan, 1993, p.152)

Posteriormente, a antropóloga aprofunda este conceito e afirma que os sistemas de conhecimento coexistem e alguns, em determinados momentos e por consenso, passam a ter mais peso que outros por serem mais eficazes na explicação da realidade. A consequência da legitimação de um tipo de conhecimento é a desvalorização e, frequentemente, a supressão de outros saberes. A constituição do conhecimento autoritativo é um processo que constrói e se reflete nas relações de poder entre os participantes do cenário do nascimento. Ele se processa de uma maneira tal que a ordem social presente passa a ser vista como natural e adequada, à medida que constitui a base para as decisões e justifica o curso para as ações. Jordan (1993) classifica o conhecimento médico nos hospitais americanos como predominante autoritativo, de forma que as experiências prévias das mulheres e seu conhecimento sobre seus próprios corpos não são valorizados, da mesma forma que o conhecimento de outros profissionais também é desvalorizado.

Este conceito se torna importante para a compreensão de como se dão as interações que ocorrem dentro dos contextos de nascimento e como as diferentes fontes de conhecimento refletem nas práticas e nas relações entre os atores participantes deste evento.

Davis-Floyd (1992) desenvolveu seu estudo na sociedade americana com o foco nos rituais envolvidos no processo de nascimento e nos significados que estes transmitem. Segundo a autora, a mudança do parto da casa para o hospital resultou na proliferação de rituais performados através das práticas hospitalares. A antropóloga interpretou as mensagens transmitidas pelos rituais no contexto hospitalar que mostravam exercer controle sobre os corpos das mulheres e refletiam no parto como um processo mecânico.

Em seu estudo, a autora conceituou três paradigmas presentes no contexto do cuidado: tecnocrático, humanístico e holístico. Cada um destes é composto por doze princípios que refletem nas práticas de cuidado e relações entre profissionais e mulheres.

Compreender o parto em uma abordagem antropológica permite visualizar as inter-relações entre os participantes deste evento e como essas relações são intermediadas pelas práticas, os significados que estas carregam e como são conceituadas.

Davis-Floyd e Sargent (1997) apontam para a importância dos estudos dos fenômenos de gravidez e parto sob a perspectiva antropológica. Estes fenômenos se configuram como aspectos essenciais da realidade biológica e cultural. Diariamente, marcam o início da vida para milhares de novos cidadãos espalhados pelo globo e o fim da vida para alguns. A gravidez e o parto estão relacionados a todos os fatores que envolvem as experiências vividas pelas mulheres. O modo como as mulheres vivem essas experiências, como realizam as suas escolhas e como recebem assistência de profissionais influencia as suas vidas e as de suas

famílias, de forma positiva ou negativa. Compreender estas experiências e seus aspectos culturais permite uma reflexão sobre o contexto da assistência ao parto na atualidade, afetado por mudanças políticas, econômicas e sociais de forma constante.

Este estudo focaliza a cultura na cena do parto como um processo dinâmico, que ocorre por meio das interações e reflete em diferentes sentidos e experiências. A cultura pode se mover e ganhar novas formas por meio das relações, devido seu caráter dinâmico. O tempo se constitui como um elemento importante para a compreensão destas mudanças (Laraia, 1986). De acordo com DaMatta (1987, p.18-19):

A matéria-prima das “ciências sociais”, assim, são eventos com determinações complicadas e que podem ocorrer em ambientes diferenciados tendo, por causa disso, a possibilidade de mudar seu significado de acordo com o ator, as relações existentes num dado momento e, ainda, com a sua posição numa cadeia de eventos anteriores e posteriores.

Atualmente, a assistência obstétrica no Brasil tem mostrado este movimento dinâmico da cultura através da reflexão e do surgimento de novas possibilidades nos modos de viver o parto e nas formas de ver e lidar com o processo do nascimento.

1.3 O PARTO NO BRASIL: POLÍTICAS PÚBLICAS E LOCAIS DE ASSISTÊNCIA

No Brasil, até o final do século XIX, o parto acontecia predominantemente no contexto domiciliar e era acompanhado por parteiras. O processo de incorporação da obstetrícia pela medicina, que ocorreu durante os séculos XVII e XVIII na Europa, foi oficializado no Brasil em 1808, com a chegada da Corte Portuguesa ao país e a criação das escolas cirúrgicas da Bahia e Rio de Janeiro.

Essas escolas passaram a formar os primeiros “médicos-parteiros” brasileiros (Brennes, 1995). O ofício das parteiras brasileiras passou a ser fiscalizado através da Fisicatura-Mor, órgão burocrático e administrativo responsável pelo exercício da medicina e cirurgia no Brasil, bem como pelos assuntos referentes à higiene pública (Mott, 1999).

Dar à luz fora de casa neste período era uma situação anormal: somente mulheres das camadas sociais mais baixas recorriam às Santas Casas, locais que eram mantidos por instituições caridosas. As intervenções eram feitas por cirurgiões e as condições físicas e de higiene destes locais eram precárias.

Em 1820, muitas parteiras estrangeiras chegaram ao Brasil. Além de atenderem as mulheres em casa, elas passaram a abrir as portas de seus próprios domicílios dando origem às *Casas de Maternidade*, que atendiam mulheres impedidas de darem à luz em suas próprias casas, como as mães solteiras, viúvas e escravas (Mott, 2002).

Em 1832, o ensino da obstetrícia para as mulheres foi oficializado nas duas primeiras escolas médicas, o que deu início à formação de parteiras profissionais. A primeira parteira formada no Brasil foi a ilustre Madame Durocher. Nascida na França, a parteira era conhecida por se vestir com trajes masculinos da época. Ela foi a primeira mulher a ser recebida na Academia Imperial de Medicina (Brennes, 1995).

Segundo Vieira (2002), no século XIX, o discurso médico relativo à obstetrícia se caracterizou pela defesa da hospitalização do parto e da criação das maternidades. Concomitantemente, a competência das parteiras passou a ser colocada em dúvida e o ensino médico passou a ser defendido com a necessidade de domínio da obstetrícia.

No período que compreendeu a Primeira República, a saúde pública brasileira foi iniciada com Emílio Ribas em São Paulo e Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro. A saúde e a doença passaram a

ser vistas como um processo coletivo, resultado da agressão externa de um meio social no corpo biológico (Merhy e Queiroz, 1993).

Nessa época, as ações de saúde eram instrumentalizadas pela bacteriologia e engenharia sanitária. Na década de 1920, o movimento médico sanitarista ganhou notoriedade, o processo saúde-doença passou a ser visto como coletivo; a medicina passou a ter caráter curativo através da clínica, patologia e terapêutica e a prevenção de doenças e promoção da saúde se delinearam como responsabilidade do campo da saúde pública (Merhy e Queiroz, 1993). Progressivamente, a forma principal de assistência no país foi consolidando-se como hospitalar.

Os primeiros discursos sobre a necessidade da criação de maternidades, lugares reservados em que as mulheres pudessem dar à luz, relacionavam-se diretamente com a formação de parteiras e com o ensino médico (Mott, 2002). Através dos hospitais e maternidades-escola (Brennes, 1991), dois objetivos logravam ser alcançados: a observação e descrição dos corpos femininos, além da prática clínica do parto.

Concomitante à transformação do local de assistência ao parto, os atores e a formação também passaram por um processo de mudança. No final do século XIX, os médicos sugeriram que a formação profissional de parteiras também fosse de enfermeiras. Com isso, buscavam alcançar mudanças na atuação das parteiras, limitando a sua prática independente, controlando o seu espaço na assistência ao parto. Assim, logo no início do século XX, começam a acontecer modificações na legislação e no ensino das parteiras, o que culminou com a extinção dos cursos de parteiras e a criação dos cursos de enfermeiras de maternidade (Riesco e Tsunechiro, 2002).

Segundo a historiadora Mott (2002), na década de 1930 começaram a aparecer os primeiros discursos na literatura médica apontando o hospital como o lugar mais seguro para que as mulheres pudessem dar à luz. Muitas escolas de medicina foram inauguradas no Brasil e os hospitais passaram por uma campanha

de valorização. O hospital passa a ser indicado como o melhor lugar para o parto, independente da condição social das mulheres. Os estudantes precisavam de situações práticas e o Estado precisava promover a saúde materna – a alta taxa de natalidade representa a garantia de mão de obra futura para a nação

Novos aparelhos tecnológicos e formas de diagnóstico, exames laboratoriais e raio-X, passaram a compor esses cenários hospitalares. O uso do clorofórmio permitiu maior segurança na realização de cesarianas. O fato de os hospitais serem construídos de acordo com as regras higiênicas e possuírem todos os aparatos necessários permitiu maior controle sobre as mulheres e recém-nascidos.

Em seu estudo, a historiadora também mostra que os hospitais e maternidades foram organizados para atender dois tipos de clientela: aquelas que eram pobres ou moradoras de rua e ficavam nas alas onde os estudantes realizavam suas práticas, e aquelas de camadas sociais favorecidas que possuíam regalias, como troca de roupa limpa das camas e banheiros individuais.

Nos anos 1920, os partos realizados no contexto domiciliar começavam a ser mais dificultosos. Os médicos exigiam uma série de artefatos e instrumentos, de forma que parecia haver a necessidade de transportar o hospital para as casas das mulheres.

Até meados dos anos 1930, a hospitalização do parto não era desejada pelas mulheres, por mais que o governo e a assistência médica fossem favoráveis à hospitalização. Para se ter uma ideia deste processo, entre os anos de 1930 e 1940 foram criadas recomendações para que o parto não mais ocorresse em ambiente domiciliar, e acompanhadas por um aumento considerável do número de hospitais, maternidades e casas maternas no país. Em um período de 10 anos, só na cidade de São Paulo foram criadas cerca de 12 novas instituições de assistência ao parto. A função dos hospitais de ensino como local de atendimento às mulheres foi

consolidada. A hospitalização do parto passou a ser considerada como sinônimo de civilização, um ideal a ser atingido (Mott, 2002).

Segundo Marinho, Moreno e Cavalini (2001), o modelo de atenção hospitalar na esfera decisória das políticas públicas setoriais torna-se hegemônico no país após o golpe militar de 1964 e teve concentração nas grandes cidades da região Sul e Sudeste. Gonçalves (1977). Ao realizarem uma análise privada e estatal do equipamento hospitalar no Brasil quanto à sua disposição geográfica e às tendências do seu desenvolvimento entre 1962 e 1971, constataram um aumento de 56% no número de hospitais oficiais neste período.

Durante a fase que compreendeu de 1968 a 1975, ocorreram mudanças específicas no âmbito da saúde pública brasileira e na centralização e concentração do poder institucional, as quais promoveram a consolidação do processo de medicalização. A demanda por consultas médicas em resposta às graves condições de saúde foi generalizada. O elogio da medicina como sinônimo de cura e a reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados pela previdência social marcaram esse período, também chamado de “milagre brasileiro” (Luz, 1991).

A hospitalização do parto no cenário brasileiro resultou em normas e rotinas institucionais, generalizando o parto como um evento de risco. Em resposta a este quadro, ações governamentais e não governamentais passaram a compor um cenário em prol da mudança na assistência obstétrica brasileira e na atenção à saúde da mulher de forma mais ampla. Os primeiros programas materno-infantis elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970 tinham uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no papel social de mãe que se restringia à criação, educação e saúde dos filhos e demais familiares (MS, 2011).

A elaboração do Programa de Saúde Materno-Infantil implantado em 1974 seguiu as recomendações da OMS e OPAS inseridas dentro do movimento em prol da saúde na América Latina.

Tratava-se de políticas internacionais e medidas que se direcionavam ao acesso, à universalidade e à cobertura da saúde (Nagahama, 2005). Conforme o documento publicado como resultado da V Conferência de Saúdeⁱⁱ (Brasil, 1975), o Programa Materno-Infantil tomava como base “o processo biológico de formação, crescimento e desenvolvimento do ser humano”. O grupo materno-infantil, representando 70,98% da população, era prioridade do governo uma vez que era vulnerável aos riscos de adoecer e morrer por suas condições biopsicossociais. Assim, o programa considerava como prioridade as ações em favor da saúde da mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e da criança menor de cinco anos, tendo como objetivo central contribuir para a diminuição da mortalidade e morbidade do grupo materno-infantil, que apresentava taxas elevada.

Na década de 1980, o país passou por um importante período de redemocratização concomitantemente com a intensificação dos movimentos de mulheres no campo da saúde, em nível nacional e internacional. Esse cenário marcou o início dos programas de educação em saúde, com foco na saúde sexual e reprodutiva, trazendo a ideia de “direitos” em saúde (Zorzam, 2013).

Segundo Correa (1993), a contribuição feminista, articulada à reflexão produzida por outros saberes políticos, como o movimento sanitaria, a comunidade demográfica e os cientistas sociais, permitiu romper com a polarização entre o natalismo tradicional e o neomalthusianismo crescente, tema debatido em nível nacional entre 1970 e 1980.

O movimento feminista, que teve proporções mundiais na década de 1980, tinha como pauta os direitos reprodutivos baseados nos ideais do direito ao corpo, autonomia e liberdade, traduzidos no

ⁱⁱ A V Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 25 de fevereiro de 1975 (Decreto no 75.409). O governo selecionou cinco temas, buscou identificar e definir problemas, encaminhar e implementar programas, atividades e tarefas orientados para a política de trabalho.

lema: *Nosso corpo nos pertence*. No Brasil, este movimento social repercutiu em nível governamental, dando origem ao Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM). A concepção integral do corpo feminino e de todas as suas esferas possuía caráter inédito e progressista ante as políticas públicas até então em vigor (Scavone, 2004).

As diretrizes e princípios do PAISM foram fundamentados na descentralização, integralidade e equidade da atenção. Neste mesmo período, o Movimento Sanitário delineava a estrutura conceitual que embasaria a formulação do *Sistema Único de Saúde* (SUS). Os conceitos de integralidade e autonomia corporal foram incluídos na atenção à saúde através das bases filosóficas do PAISM, que deveriam ser estimuladas e discutidas nas ações educativas junto ao programa (Serruya, Cecatti e Lago, 2004).

A operacionalização da ideia de integralidade despontou como o maior desafio, à medida que exigia dos gestores e profissionais uma postura que estava além da capacitação técnica para lidar e responder aos problemas de saúde. Essa nova atitude demandava que os profissionais se relacionassem com as mulheres enquanto sujeitos e detentoras de direitos, de forma a compreender suas demandas reprodutivas e relativas à sexualidade, no contexto de subordinação nas esferas privadas e públicas (Serruya, Cecatti e Lago, 2004).

Entretanto, Correa (1993) aponta que a reestruturação do sistema de saúde e a implantação do PAISM não foram motivos para comemoração. Segundo o autor, ocorreram falhas na implementação que dificultaram a democratização da saúde.

A assistência à saúde reprodutiva se restringiu a algumas ilhas e a experiências parciais. Segundo Brigagão (2011), apesar de haver controvérsias quanto à implementação concreta do PAISM, o programa marcou um grande avanço na questão das nomeações no âmbito das políticas públicas. Antes, a terminologia usada nas políticas para tratar da saúde da mulher restringia-se à saúde

materno-infantil. Desta forma, a saúde da mulher era pensada e limitada a este ponto de vista, sem haver abertura para uma reflexão sobre outros aspectos da saúde reprodutiva como um todo.

Segundo a autora, pensar a saúde das mulheres conforme a proposta do PAISM promoveu a formulação de programas e políticas públicas de saúde entendendo-as como sujeito integral, rompendo com o conservadorismo da saúde materno-infantil que desconsiderava as questões de gêneros inseridas no contexto da saúde das mulheres.

Em 1984, a publicação do documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática” apontava a deficiência na atenção à mulher. No documento, constava um sumário de diagnósticos que mostravam os principais problemas de saúde pública na assistência às mulheres. Dentre eles, a questão da assistência ao parto:

A questão da assistência ao parto constitui um ponto crítico da saúde da mulher. É fato corriqueiro em nossas cidades a perambulação das parturientes por diversas maternidades em busca de atendimento para o seu parto. Por outro lado, a precária qualidade de assistência, os excessos de medicalização no parto e a crescente elevação das taxas de cesárianas, revelam a inadequação da assistência prestada. (Brasil, 1984 p.10)

Em 1986 (Brasil, 1986) ocorreu a 8ª Conferência de Saúde, onde foram discutidos três temas: *Saúde como Direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial*. Esta Conferência marcou a definição da saúde como direito e a modificação do Sistema Nacional de Saúde. A descentralização na gestão dos serviços, a integralização das ações, a regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço e a introdução às práticas alternativas de assistência fizeram parte dos princípios definidos para reger o novo Sistema Nacional de Saúde.

Dessa forma, o SUS, Sistema Único de Saúde, foi criado pela Constituição Federal de 1988 que, conforme o seu Artigo 6º, definiu a saúde como direito da população e dever do Estado, baseando o

sistema de saúde nas premissas da integralidade, equidade e universalidade. Aparece em destaque na constituição do SUS o acesso igualitário e universal às ações e serviços de saúde. O Estado deveria assegurar a saúde através de ações específicas e também por meio de políticas sociais e econômicas que produzissem o bem-estar (Campos, 2006). O novo sistema despontou como um grande avanço no modo de ver a saúde de toda a população.

Outro marco na forma de pensar a saúde das mulheres ocorreu através da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, através da qual a saúde reprodutiva foi definida como:

Um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. (CIPD, 1994, *apud* Brasil, 2011 p.11).

A partir dessa definição, as dimensões da sexualidade e reprodução humana foram incorporadas em uma perspectiva de direitos (Brasil, 2011). Essas mudanças na forma de ver e a saúde reprodutiva compreendendo-a como direito trouxeram avanços para o âmbito da atenção às mulheres e uma reflexão mais profunda sobre o conceito de gênero e as relações de poder no campo da saúde. Entretanto, a realidade da assistência obstétrica brasileira foi se configurando cada vez mais biomédica, refletida em um quadro que passou a mostrar índices preocupantes de cesarianas e práticas institucionalizadas rotineiramente, sem embasamento científico.

Além disso, as taxas de mortalidade materna no país mostraram a deficiência e desigualdade na assistência à mulher, com causas tidas na maioria das vezes, como evitáveis. Na década de 1980, as principais causas de mortalidade materna no Brasil

eram hipertensão, hemorragias, infecções puerperais e aborto, apresentando altos índices quando comparadas àquelas de países desenvolvidos (Tanaka, 1984).

A mortalidade materna manteve-se inalterada entre 1988 e 1997 (Comitê Mortalidade Materna, 2003), uma vez que o as falhas na subinformação e sub-registro passaram a mascarar a real situação da mortalidade materna no país. Os registros de peregrinaçãoⁱⁱⁱ na busca por um local para dar à luz apontavam para a realidade de um sistema fragmentado na assistência e para a ineficácia do sistema de referência e contra-referência, colaborando para a piora desse quadro de alta mortalidade (Tanaka 1995).

Faúndes e Cecatti (1991) problematizaram a elevação nas taxas de cesárea no Brasil nas décadas de 1970 e 1980, mostrando que nenhum país havia alcançado índices tão altos como o Brasil, ultrapassando os 15% preconizados pela OMS (1996). De acordo com os autores, as causas para esse quadro elevado de cesáreas no país envolviam fatores de ordem socioculturais, de organização da atenção obstétrica, institucionais e legais (Faúndes e Cecatti, 1991).

Falhas também ocorreram no âmbito da formação e nas condições de trabalho dos profissionais da saúde, reflexo de uma assistência burocratizada, com priorização de rotinas. A tecnologia passou a intermediar as relações, impedindo a abertura de espaço para que as individualidades das mulheres pudessem ser respeitadas. A priorização da tecnologia na assistência ao parto no Brasil resultou na fragilidade das relações interpessoais entre mulheres e profissionais da saúde (Gualda e Merighi, 2009).

Ao tornar-se hegemônica, a medicalização do parto culminou em uma relação verticalizada entre os profissionais da assistência e as mulheres, com práticas fragmentadas e estritas ao corpo biológico, realizadas sem reflexão. Segundo Serruya (2003), os

ⁱⁱⁱ Diante da falta de uma rede de referência entre a rede básica e hospitalar, as mulheres eram obrigadas a percorrer hospitais em busca de uma vaga no momento do parto.

questionamentos ao modelo praticado na assistência obstétrica brasileira repercutiram em um debate sobre as práticas, tendo como ponto de partida a percepção sobre como as técnicas obedeciam a uma lógica de valores sociais, como ícone máximo da assistência. A organização dos serviços e a interação entre profissionais de saúde e paciente passaram a mostrar uma cena hegemônica, apoiada na lógica da produção, decorrente do modelo industrial e tecnocrático.

No final da década de 1980, surge no país um movimento de organizações, associações e redes não-governamentais focado na crítica ao modelo de atenção ao parto e nascimento, propondo mudanças nos modelos de assistência. Um exemplo de novo modelo foi a Rede de Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), lançada em 1993 (Tornquist, 2002). Paralelamente, discursos sobre a humanização do parto começam a ganhar maior destaque no cenário político. Em 1998, o Ministério da Saúde (MS) lança o prêmio Galba de Araújo para as maternidades consideradas humanizadas e a proposição para a criação de Casas de Parto (Diniz, 2005). Assim, o cenário da assistência ao parto no Brasil passou a ser problematizado no âmbito governamental e não-governamental.

O termo humanização passou a compor o repertório das agendas das políticas de saúde de forma ampla. Segundo Deslandes (2004), este termo vem sendo empregado no âmbito da saúde com base em um conjunto abrangente de iniciativas; entretanto, não possui uma definição clara, designando uma forma de assistência que associa o componente técnico ao reconhecimento dos direitos do paciente, à sua subjetividade e cultura e ao reconhecimento profissional, propondo assim uma nova práxis na produção de cuidado.

Diniz (2001, 2005), em seu trabalho de doutorado, mostrou que diferentes sentidos foram dados ao termo humanização no contexto da assistência obstétrica. Em uma reflexão sobre o termo, a

autora postula os sentidos presentes nos diferentes discursos. Destacamos aqui alguns deles:

- **Humanização como legitimidade política:** se refere à prática que garante os direitos humanos das mulheres e crianças. Uma prática que garanta uma assistência segura e sem violência e que dê às mulheres o direito de decidir e conhecer sobre os procedimentos realizados na assistência ao parto.
- **Humanização como legitimidade profissional e corporativa:** redimensiona e desloca os papéis e poderes no cenário do parto (centrado no médico), inclui a enfermeira obstétrica/obstetriz no cenário da assistência e transfere o parto do centro cirúrgico para a Casa de Parto ou Sala de Parto.
- **Humanização como legitimidade científica médica ou baseada em evidência científica:** considerada como padrão ouro, é a prática ideal, orientada através de revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados, baseada em evidência científica em oposição à prática orientada pela opinião e tradição. A autora fala sobre técnica e política e que, no caso do movimento social em prol ao parto humanizado, a técnica também é política, pois nas práticas estão incluídas as relações sociais de desigualdade, de gênero, classe, raça, entre outras.
- **Humanização como resultado da tecnologia adequada à saúde da população:** os resultados de uma boa atenção são vistos não apenas no âmbito individual, como também em sua dimensão coletiva. Faz referência à reivindicação de políticas públicas, propondo uma legitimidade epidemiológica.

- **Humanização como legitimidade da participação da parturiente como consumidora nas decisões sobre a sua saúde:** ênfase na melhoria das relações entre profissional e paciente e na importância do diálogo entre todos os atores presentes no cenário do parto e entre as instituições e seus consumidores.

No ano 2000, foi criado o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) e também o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O PNHAH foi formulado com o objetivo de aprimorar as relações entre profissionais e usuários e o campo das interações sociocomunitárias entre hospital e comunidade, visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições (MS, 2001).

O PHPN foi instituído pelo Ministério da Saúde diante da falta do reconhecimento das mulheres como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos. O respeito aos direitos das mulheres e à perspectiva da humanização eram parte constituinte do programa (Serruya e Cecatti, 2004).

Segundo a Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, o objetivo central do programa é:

Assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na percepção dos direitos e cidadania. (Brasil, 2000)

O termo “humanização” é exposto no programa através de dois preceitos. O primeiro aponta para dever da unidade de saúde de receber as mulheres, seus familiares e os recém-nascidos dignamente, o que torna necessária uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e da organização da instituição. O outro se refere às práticas obstétricas, que devem ser sabidamente benéficas para as mulheres e recém-nascidos, de modo a evitar ações intervencionistas e desnecessárias (Brasil, 2002).

O programa considerou como prioridade:

- Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país;
- Adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento do pré-natal, assistência ao parto, puerpério e neonatal;
- Ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante: os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o *Maternidade Segura* e o *Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais*;
- Destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção e investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.

Também no ano 2000, o termo humanização passou a fazer parte do SUS como um conceito político através da Política Nacional de Humanização (PNH), de forma a atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. A política surge ao se constatar que, apesar de os princípios do SUS serem pautados na equidade, universalidade e integralidade, o cotidiano da assistência revelava dicotomias entre estes princípios e a prática.

A proposta da PNH aponta que, embora o SUS tenha avançado no âmbito das relações entre os profissionais, ainda há fragmentação de sua gestão e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção à saúde. Além disso, o sistema público de saúde burocratizado e verticalizado reflete na falta de garantia dos direitos dos usuários e no exercício da

autonomia (Brasil, 2003). Pensar a humanização como política e direito tornou-se essencial no âmbito de todas as esferas da saúde.

Na área específica da saúde da mulher, iniciativas continuaram a acontecer e a problematizar a necessidade de mudanças. Diante do quadro de mortalidade materna no país, refletindo como uma agressão aos direitos humanos, foi lançado em 8 de março de 2004 o *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*.

O pacto foi composto por um conjunto de ações estratégicas. Dentre elas, uma foi especificamente destinada à rede hospitalar e ao Centro de Parto Normal (CPN), propondo incluir a qualificação da atenção obstétrica nos contratos de gestão hospitalar com medidas, como: adequação dos hospitais de pequeno porte para a qualificação da assistência e apoio à criação de Centros de Parto Normal, incluindo contatos de gestão hospitalar para adesão às boas práticas na atenção obstétrica e neonatal e os critérios da PNH (Brasil, 2004).

Em 2005, foi instituída a *Política Nacional de Atenção Obstétrica*, que vigora até o momento. No Anexo I são estabelecidos os princípios gerais e condições para que a atenção à gestação, parto e puerpério ocorra de forma humanizada. Nesse contexto, o termo humanização é descrito como:

A humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão. (Brasil, 2005)

Na Política, a prática humanizada é relacionada aos procedimentos e rotinas comprovadamente benéficos e ao exercício da autonomia das mulheres, de modo que direciona os princípios instituídos. Dentro da assistência humanizada preconizada pela Política na gestação e parto, estão entre os subitens:

- Respeitar a escolha da mulher sobre o local e a posição do parto;
- Respeitar o direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem;
- Permitir liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- Estimular posições não-supinas durante o trabalho de parto;
- Oferecer métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagens, banhos e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto.

A Política também tem como princípio a garantia da presença do acompanhante, conforme a Lei nº 11.108/05, no período do trabalho de parto e pós-parto imediato. Em toda a sua composição, este documento se mostra como um grande avanço para a assistência obstétrica. Entretanto, como Maia (2007) problematiza, conflitos e dificuldades surgem ao colocar em prática a Política Nacional de Atenção Obstétrica, uma vez que há diferentes expectativas dos diversos atores que se relacionam dentro do cenário da assistência.

Este cenário de mudanças políticas na interface com o conceito da humanização instigou uma reflexão sobre possibilidades de locais de parto e atores/profissionais da saúde na assistência.

Em 1996, a OMS fez recomendações a respeito da assistência em Centros de Partos Normais diante da necessidade de resgatar o direito à privacidade e dignidade da mulher. O objetivo era garantir sua segurança e o uso recursos apropriados, estimulando a atuação das enfermeiras obstétricas e obstetrites nesses locais.

Em setembro de 1998, o MS lançou a Portaria nº 163, que passou a definir as atribuições do enfermeiro obstetra. No Artigo 1º,

a assistência do enfermeiro obstetra ao parto normal sem distócia é regulamentada: “1.1 – A realização deste procedimento será exclusiva de profissionais titulares de diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeiro Obstetra”.

Em julho de 1999, o Ministério da Saúde lançou a portaria para instituição do projeto de Casas de Parto e Maternidades-Modelo. Esse projeto foi coordenado pelo médico sanitarista David Capistrano da Costa Filho, que teve papel importante no âmbito da saúde pública brasileira e foi um dos pioneiros no projeto de Casas de Parto no Brasil. Em sequência, foi lançada a Portaria nº 985/GM de Criação de Centros de Parto Normal, em 05 de agosto de 1999. O Artigo I define o Centro de Parto Normal como uma unidade de saúde que presta atendimento de qualidade e humanizado exclusivamente ao parto sem distócia, podendo se caracterizar como uma unidade intra-hospitalar, como um estabelecimento autônomo ou unidade isolada que disponha de recursos materiais conforme preconizados na portaria.

Entre as definições da legislação estão as características físicas dos CPN, os recursos materiais necessários e a equipe atuante constituída por enfermeiro obstetra, auxiliar de enfermagem e motorista de ambulância. Prevê também a atuação de equipe complementar, podendo ser composta por médico obstetra, neonatologista ou pediatra e por parteiras tradicionais, conforme as especificidades culturais e regionais. Quanto às unidades isoladas, a legislação preconiza a garantia da remoção de mulheres e bebês em caso de intercorrências para unidades de referência no prazo de até uma hora.

Estes locais foram planejados e estruturados de forma a se diferenciarem do modelo padrão de centro cirúrgico, mesmo quando localizados dentro das instituições hospitalares. Além de contemplar diferentes possibilidades de composições ambientais, essa proposta também vai ao encontro das mudanças de práticas na assistência obstétrica.

O ambiente é composto por quartos individuais chamados PPP (pré-parto, parto e pós-parto), podendo ter banheiro privativo, banheira e artefatos considerados como facilitadores na assistência ao parto, além da bola suíça, banqueta de parto e balanço pélvico. A presença do acompanhante é incentivada nesses locais. No caso das CP autônomas também podem ser oferecidas diferentes atividades, como assistência pré-natal e grupos de preparação para o parto. Nos últimos anos, CPNs e CPs têm sido abertos e estruturados em diferentes estados brasileiros. Entretanto, quando se fala de CPs, principalmente as autônomas, tem havido discordâncias quanto ao funcionamento destes locais, principalmente por parte de setores médicos^{iv}.

Em 2011, foi lançado pelo MS o Programa Rede Cegonha (PRC), que tem como objetivo fomentar a implantação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco na atenção ao parto. Prevê a reforma ou ampliação arquitetônica, incluindo construção de CPN e Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), utilizando o conceito de ambiência que compõe o PNH (Brasil, 2010). Apesar da iniciativa prever mudanças no modelo de atenção obstétrica, críticas têm sido tecidas quanto à formulação do programa, principalmente no que concerne à fragilidade para contemplação dos conceitos de saúde integral e os direitos sexuais e reprodutivos^v das mulheres.

Em 29 maio de 2013, uma nova portaria foi lançada pelo o MS (Nº 904) estabelecendo diretrizes para a implantação e habilitação de CPN no âmbito do SUS, em conformidade com o Programa Rede Cegonha. Esta nova portaria considera a necessidade da organização de serviços de atenção ao parto e nascimento em diferentes níveis de complexidade.

^{iv} Como por exemplo, o parecer da Frebasgo contra Casas de Parto autônomas: <http://www.febrasgo.org.br/site/?p=638>

^v <http://www.viomundo.com.br/entrevistas/rede-feminista-de-saude-rede-cegonha-e-um-retrocesso-de-30-anos-nas-politicas-de-genero-saude-da-mulher-direitos-reprodutivos-e-sexuais.html>

A portaria considera a importância de garantir a atenção qualificada, segura e humanizada, de forma a respeitar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, disponibilizando ambiente adequada e boas práticas de atenção ao parto e nascimento. O Artigo 3º, no que se refere à condução da assistência, também passou a contemplar as obstetrizes. Outra mudança na legislação deve-se à localização das unidades. A nomenclatura foi alterada para Centro de Parto Peri-hospitalar, localizado nas dependências de uma unidade hospitalar ou a 200 metros do referido estabelecimento, não contemplando assim as unidades autônomas, abarcadas anteriormente.

Segundo Nonato (2013), a inserção de CPs no contexto brasileiro está relacionada a uma nova configuração de locais de parto e à reinvenção das práticas profissionais de obstetrizes, parteiras e enfermeiras obstétricas, provocando diferentes reações de outros domínios profissionais. Ao retirar o parto do cenário hospitalar, o nascimento passa a ser considerado um evento inerente à saúde, embora a questão da segurança das CPs apareça de forma conflituosa entre os diferentes atores, médicos, obstetrizes, enfermeiras obstétricas e parteiras que fazem parte deste debate.

Sandall (2012) também aponta que o local onde ocorre o nascimento é um tema permanente de debate e desafio, pois tem efeitos nas vidas das mulheres, seus filhos e famílias de forma global. Os debates sobre o local de dar à luz têm sido controversos quanto às questões de segurança, custos e ao direito de escolha das mulheres referente ao local e formas de dar à luz.

Segundo a autora, os direitos sociais, culturais e econômicos das mulheres também refletem no acesso ao suporte e à especialização do profissional que está na assistência. Políticas nacionais ou locais podem atuar restringindo as possibilidades das mulheres. Muitas delas, em todo o mundo, não possuem opções ou possibilidades de escolha quanto ao local do parto.

Segundo autores de revisão da biblioteca Cochrane sobre estes locais, existe variação referente à localização e à orientação filosófica presentes nos Centros de Parto. Os modelos de organização e prestação de cuidados são variados, podendo envolver a abordagem de continuidade do cuidado. Existem locais que permitem que uma mesma equipe ofereça assistência às mulheres antes e depois do parto. Quanto à filosofia e diretrizes, valorizam o mínimo de intervenção e se restringem à atenção às mulheres consideradas de baixo risco. Desta forma, apontam para o fato de que podem existir situações de decepção tanto para as mulheres que desejavam ser aceitas no local, quanto para aquelas que são aceitas, porém o parto não acontece como planejado (Hodnett *et al.*, 2009).

Walsh (2005), através da realização de uma etnografia em CP no Reino Unido, mostra que a forma que estes locais estão organizados surge como uma alternativa às abordagens organizacionais pautadas em teorias, como as de Ford e Taylor, o que permite uma variação temporal na experiência de trabalho e coloca o foco nas relações ao invés de tarefas. O *ethos* operacional é não burocrático, permitindo uma mudança significativa e rápida no ambiente.

Estudos sobre CPNs e CPs têm sido realizados no Brasil, se concentrando em sua maioria na área da enfermagem. Uma das primeiras publicações a respeito de Casas de Parto no Brasil nos meios científicos é de autoria de Bittencourt (1984). O artigo propunha o Projeto Casa de Parto em 44 municípios do estado da Bahia. A atuação e coordenação exclusiva da equipe de enfermagem e a assistência do projeto englobava diferentes atividades, como pré-natal, parto, visitas domiciliares, puericultura, educação em saúde, formação de creche e horta comunitária.

Através de uma revisão da literatura sobre a produção científica de estudos sobre CPNs, Riesco *et al.* (2009) constataram que esses estudos estão vinculados à área da enfermagem, são

principalmente descritivos e com foco nas práticas obstétricas e resultados maternos.

Ao estudar a trajetória de enfermeiras obstétricas na primeira CP vinculada ao SUS do estado de São Paulo, Hoga (2004) identificou que o cuidado prestado às mulheres se caracterizou como centrado na pessoa, levando em consideração o ambiente físico, social e simbólico das mulheres, ressaltando a interação profissional pautada no respeito.

A pesquisa de Pereira e Moura (2009) conta sobre a trajetória de implantação de uma CP no Rio de Janeiro e relata as barreiras enfrentadas para a concretização do projeto frente ao Conselho de Medicina. O estudo ressaltou a importância do movimento social para a implantação do projeto.

Praça e Machado (2006), ao estudarem um CPN de um hospital do estado de São Paulo, apontam que os mesmos são locais de experiências ricas na assistência e ensino para os diferentes atores, profissionais da saúde, estudantes e, principalmente, parturientes. Ressaltam que as mulheres são livres para fazer uso de sua autonomia durante a atenção que recebem. As autoras sugerem que a assistência realizada nos locais seja denominada como aquela centrada nas necessidades da parturiente.

Marcondes (2011), ao realizar estudo com profissionais do CPN de um hospital da cidade de São Paulo, concluiu a necessidade de uma reconfiguração cultural da assistência, que vai além do aspecto físico do local. A autora aponta que, mesmo diante da adoção de preceitos da humanização, existem obstáculos para que os princípios da humanização estejam presentes nas práticas.

Gonçalves *et al.* (2011), em um estudo realizado com mulheres que vivenciaram a experiência do parto em uma CP de São Paulo, apontam que as práticas de cuidado no local se mostram de forma potencialmente centradas nas necessidades das parturientes; entretanto, o estudo também mostrou que a assistência durante o trabalho de parto não depende somente da estrutura física

do local e das rotinas que acontecem ali, mas também de uma postura profissional. Mesmo o local tendo a humanização como princípio norteador, relatos mostraram que nem sempre a postura e prática dos profissionais se deram de forma acolhedora.

Portanto, pensar nas possibilidades de locais para a assistência ao parto no contexto brasileiro exige uma reflexão sobre as diferentes esferas que compõem estes locais, considerando as dimensões físicas, materiais, relacionais e socioculturais.

Podemos ver que, nos últimos anos, iniciativas nas esferas política, social e de ensino têm ocorrido em prol de mudanças no cenário da assistência obstétrica no Brasil. No âmbito da formação, esforços têm mobilizado transformações quanto ao paradigma biomédico de ensino da obstetrícia. Como exemplo, podemos citar o curso de especialização em enfermagem obstétrica da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, que tem empregado estratégias para a desmedicalização na formação (Brigagão e Gonçalves, 2010; Vargens *et al.*, 2004).

No ano de 2005, com uma proposta inovadora, a Universidade de São Paulo reabriu o curso de graduação em obstetrícia, que existiu até a década de 1970, vinculado à Faculdade de Medicina.

A proposta do resgate da formação de obstetrizes foi fundamentada nos princípios da humanização, pretendendo assim formar profissionais capacitados para oferecer uma assistência alicerçada no respeito, na valorização de trocas intersubjetivas, reconhecendo o papel das mulheres e suas escolhas de acordo com suas crenças e valores (Gualda e Merighi, 2009).

A atuação de obstetrizes junto à equipe multiprofissional tem o objetivo de contribuir para uma atenção que faça valer os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que contribua para a redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal e para a desmedicalização da assistência (Narchi, Silva e Gualda, 2012).

A trajetória do curso tem sido envolvida por lutas e dificuldades relacionadas ao próprio exercício da profissão, embora, nos últimos anos, a profissão de obstetriz tenha ganhado espaço no campo das políticas e na atuação tanto autônoma quanto no SUS. Mobilizações de docentes, alunos do curso, profissionais e atores sociais, sensibilizados pela causa e reconhecimento da importância da formação no Brasil, têm movido essas conquistas.

Como pôde ser visto no decorrer deste capítulo, iniciativas no âmbito político têm fortalecido a garantia de uma assistência centrada na mulher, de forma a contemplá-la como sujeito integral e de direitos. Entretanto, a realidade da assistência obstétrica no Brasil ainda se mostra crítica.

No ano 2000, a ONU lançou as *Metas do Milênio*, com o objetivo de redução da mortalidade materna. Apesar do comprometimento do Brasil para atendê-las, com ações com o aumento da cobertura de serviços de saúde e da atenção pré-natal, os índices de mortalidade materna mostram-se ainda elevados e inaceitáveis. . A subnotificação e o subregistro ainda mascaram a real situação da mortalidade materna no país. A porcentagem de cesariana ainda se mostra muito elevada, constituindo quase metade do total de partos que ocorrem no país: 47% deles, sendo 80% na rede privada e 35% da rede pública (Victoria, Aquino, Leal *et al.*, 2011).

A relação entre as mulheres usuárias dos serviços de saúde e dos profissionais que prestam assistência tem se dado de forma assimétrica e hierarquizada^{vi}. Aguiar (2010), em sua tese de doutorado, mostrou a banalização da violência no cotidiano da

^{vi} No dia 27 de maio de 2013 ocorreu um evento na Câmara Municipal de São Paulo nomeado *Violência obstétrica e o modelo que queremos*. Esta ocasião reuniu usuárias dos serviços, docentes, estudantes, profissionais da saúde e representantes do âmbito político. A professora do curso de obstetrícia da USP Prof.^a Dr.^a Jacqueline M.I. Brigagão discorreu em sua fala sobre as múltiplas dimensões da violência obstétrica, sugerindo a articulação entre a formulação e implementação de políticas públicas, apontando a necessidade de mudanças na forma como os serviços estão organizados e propondo diálogos interdisciplinares entre modelos de prática e formação.

assistência ao parto, o que revela a fragilidade dos vínculos e, assim, da relação de confiança entre profissionais e mulheres.

Outro estudo apontou que uma em cada quatro mulheres sofre violência por profissionais durante o parto, configurando-se na maioria das vezes como violência verbal, na forma de afirmações ofensivas (Fundação Perseu Abramo, 2010).

Conforme apontam Narchi, Cruz e Gonçalves (2011, p. 1061):

Fatores relacionados à violência institucional e à violação dos direitos da mulher e da criança, ao abuso do poder nas relações e à discriminação de gênero provocam iatrogenias e negligência no cuidado. Espaços que deveriam ter como foco central o cuidado das mulheres configuram-se como cenários em que estas têm seus direitos à integridade física, psíquica e moral violados.

O parto humanizado tem sido disseminado e tem ocupado espaço em diferentes esferas da sociedade. Mulheres e profissionais em diferentes estados brasileiros têm ido às ruas em favor da liberdade de escolha e autonomia no momento do parto. Entretanto, como já apontava Tornquist (2002), cabe ponderar sobre os limites dos discursos da humanização, à medida que a maioria das mulheres não possui as mesmas possibilidades de escolha. Brigagão (2011, p.65-66) também traz este desafio para o campo da reflexão:

(...) Mas é necessário ir além e disseminar também os direitos de todas as mulheres, independentemente de classe social, ao cuidado humanizado e integral à saúde, não somente no cenário do ciclo gravídico e puerperal, mas também em todas as dimensões da saúde.

Este cenário complexo da assistência obstétrica no Brasil mostra a necessidade de pensar o lugar dos direitos das mulheres, o que por sua vez implica em uma reflexão sobre como as relações entre mulheres e profissionais se constituem no campo da assistência. As iniciativas e propostas focalizadas na humanização em diferentes esferas, tanto política como da educação, têm contribuído para repensar as práticas na atenção às mulheres e têm

refletido em mudanças positivas. Entretanto, torna-se importante refletir sobre as dicotomias entre teoria e prática e ouvir a voz de mulheres e profissionais que diariamente vivenciam o cotidiano da assistência nos diferentes contextos de atenção ao parto presentes na realidade brasileira.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender os sentidos do parto e as práticas obstétricas em três contextos assistenciais: Casa de Parto, Centro de Parto Humanizado e Centro Obstétrico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer práticas realizadas pelos profissionais na assistência ao parto.
- Conhecer a experiência do parto para as mulheres.
- Compreender os sentidos do cuidado recebido pelas mulheres durante o parto.

3 METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

Diante dos objetivos deste estudo, utilizamos a metodologia qualitativa de abordagem etnográfica, na busca por conhecer os contextos, os sentidos do parto e as práticas na assistência obstétrica. Desta forma, entendemos que a metodologia qualitativa nos leva à compreensão dos sentidos e valores presentes nas perspectivas das mulheres e dos profissionais em relação ao parto dentro de cada contexto.

Conforme Minayo (2007), a pesquisa qualitativa se ocupa da realidade que não pode ser mensurada, isto é, do universo da produção humana que está vinculado ao mundo das relações, das representações e da intencionalidade.

Os estudos qualitativos possibilitam que o pesquisador capture a maneira como os indivíduos pensam e reagem às questões focalizadas no estudo, além de permitir o conhecimento da dinâmica e estrutura da situação através daqueles que a vivenciam, levando à compreensão de sentimentos, valores e atitudes (Praça e Merighi, 2003).

É através de trocas entre o pesquisador e os participantes do estudo que as relações no campo da pesquisa se tornam significativas. Essas relações resultam em descobertas, fruto do processo compreensivo da interação entre os sujeitos (Minayo, 2007; Minayo e Sanches, 1993).

Diante dessas considerações, utilizamos a abordagem etnográfica na busca por conhecer os contextos estudados onde ocorrem as experiências, de forma a refletir sobre as composições socioculturais em cada um desses contextos.

A etnografia pode ser conceituada como o estudo descritivo de uma comunidade ou de algum grupo e de seus aspectos fundamentais, diante de sua compreensão global (Batzan, 1995; Gualda, 1993), permitindo compreender a forma própria como os

indivíduos veem a si mesmos e suas experiências, como parte constituinte do mundo que os cerca (André, 1995).

Segundo Geertz (1989), compreender a prática etnográfica é entender a análise antropológica como forma de conhecimento. A etnografia se dá como a realização de uma leitura, pela interpretação do texto que se revela através das práticas dos indivíduos. Desta forma, as fontes para essa interpretação são acessíveis, pois se revelam nos comportamentos, narrativas e memórias. Para ter acesso a estas fontes, deve ser estabelecida uma relação de empatia com os sujeitos e realizada uma reconstrução do contexto em questão, caracterizado por um trabalho fundamentalmente interpretativo.

A cultura dentro da visão etnográfica pode ser definida como um conjunto de significados presentes nas sociedades e na ação humana, se configurando como um sistema em constante modificação onde os atores sociais são ativos no processo de transformação. Dessa forma, os sujeitos constroem sentidos através de suas ações sociais, à medida que criam e recriam a história do seu próprio contexto. A etnografia busca desvelar esses sentidos e significados que envolvem a cultura dentro de um contexto estudado (Matos, 2001).

Uma vez que a etnografia tem como objetivo apreender os significados e sentidos, uma das questões que surgiram ao longo do desenvolvimento deste trabalho foi qual termo utilizar. Apesar de o termo “significado” ser mais presente nas publicações etnográficas, neste estudo optou-se por adotar o termo “sentido”, considerando que a questão do parto e da assistência está em transição, passando por mudanças desde o âmbito político até a forma como as pessoas entendem e vivenciam este processo.

Assim, para este estudo adotamos o conceito de sentido proposto por Spink (2010, p. 34):

O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais, historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta.

Segundo Campos (2013), a área da saúde se constitui como um local privilegiado para a reflexão antropológica, à medida que é desenvolvida por meio dos modos de vida e práticas de diferentes grupos sociais e se constrói a partir da complexidade que envolve os diferentes valores e estilos de vida. O campo da saúde é envolvido por fenômenos complexos que integram aspectos biológicos, econômicos, políticos e socioculturais. Assim, o método etnográfico se faz um importante instrumento na compreensão da forma como estes aspectos estão envolvidos nas práticas de saúde.

Estudos nessa perspectiva são importantes para a compreensão dos contextos de nascimento, pois permitem conhecer como o processo do parto é vivido e quais sentidos mulheres e profissionais atribuem a este evento, possibilitando também a compreensão da lógica que se revela nas práticas de cuidado.

Segundo Cordeiro (2004), estudos qualitativos de abordagem etnográfica são processos tecidos através dos encontros que ocorrem no campo. Esses encontros são marcados por trocas intersubjetivas, uma vez que no campo o pesquisador nunca é neutro. Assim, a pesquisa é construída através de processos dialógicos entre o pesquisador e os participantes que, ao se posicionarem, negociam e compartilham as suas visões de mundo.

Conforme Lyman e Vidich (2006), o pesquisador, com a sua identidade, interage com o outro no campo e essa relação, por sua vez, leva à recriação de sua própria identidade. Dessa forma, o pesquisador está em constante reflexão através de trocas que propiciam a apreensão do mundo dos participantes e dos aspectos socioculturais presentes no contexto em que estão inseridos.

Estar no campo e estar em contato com o outro se dá como um processo carregado de diferentes sentidos e reflexões. O

pesquisador se transforma durante o processo, à medida que se vê frente a frente com diferentes situações, histórias, linguagens e por meio dos encontros dentro e fora do campo.

Durante a trajetória da pesquisa, a participação em conferências, as conversas com colegas, professores, familiares e pessoas do meio acadêmico, fizeram parte do percurso nas reflexões sobre o tema. Conforme Spink (2008, p.71), pesquisar é se perceber no cotidiano de forma a dar atenção aos múltiplos espaços e situações que nos rodeiam:

Os microlugares e seus diferentes horizontes são produtos e produtores de vários processos sociais e identitários: nós, eles, os temas a serem debatidos, com quem conversamos, como e onde vivemos. Denso, o cotidiano se compõe de milhares de micro lugares; não é um contexto eventual ou um ambiente visto como pano de fundo. Os microlugares, tal como os lugares, somos nós; somos nós que os construímos e continuamos fazendo numa tarefa coletiva permanente e sem fim.

Conforme Gualda e Costa (2010), o método etnográfico contempla as técnicas de entrevista e observação para a coleta de informações, mas não se restringe somente a elas. Segundo as autoras, o pesquisador tem a possibilidade de optar pelas técnicas que considera mais adequadas ou compatíveis com a situação estudada. Estudos nessa abordagem buscam mostrar a complexidade da experiência relacionada aos eventos que envolvem a saúde e a doença, os quais adquirem relevância na voz, daqueles que compartilham tais experiências e interpretam fenômenos. Nessa perspectiva, a narrativa é entendida como evento social e não deve ser considerada como um texto fixo. Utilizar a narrativa dentro da abordagem etnográfica permite apreender o modo de viver das pessoas em determinado ambiente, de forma que favorece a compreensão de eventos.

Diante dessas considerações e dado o caráter multitécnico da etnografia (Mora Nawrath, 2010), para este estudo foram utilizadas duas fontes diferentes de pesquisa em campo, sendo a principal

constituída pelas entrevistas semiestruturadas, a partir do reconhecimento de que a análise das falas dos atores que convivem e vivenciam os contextos de nascimento traz elementos que dão acesso aos significados e interpretações pessoais, geradas num dado contexto sócio histórico e cultural.

A entrevista é um instrumento privilegiado de interação social e se desenvolve como uma conversa entre dois interlocutores. A entrevista semiestruturada, modalidade escolhida para este estudo, permite que o entrevistado discorra sobre o tema do estudo sem se prender à indagação formulada (Minayo, 2007). Neste estudo foi utilizado um roteiro de questões norteadoras (Apêndice 3). Também foram utilizadas neste estudo a observação participante e as anotações em diário de campo para a compreensão do cotidiano dos contextos estudados. Segundo Gualda (2008), a observação participante nas pesquisas em saúde permite a compreensão do âmbito do cuidado. Conforme Minayo (2007), a observação participante permite que o pesquisador se coloque em relação direta com os seus interlocutores no espaço social da pesquisa, participando da vida social destes. A proximidade com os interlocutores faz com que seja necessário o pesquisador relativizar o espaço social de onde provém, em um exercício de se colocar no lugar do outro.

A observação participante permite que o pesquisador reveja o seu roteiro de questões da entrevista e que perceba aspectos importantes nos grupos estudados (Minayo, 2007). Este fato ocorreu nesta pesquisa quando, a partir da observação participante e da realização das primeiras entrevistas, observou-se que a expressão “humanização do parto” era recorrente, o que gerou um ajuste no roteiro de questões norteadoras com a inclusão de uma questão específica sobre o conceito de humanização.

3.1 CENÁRIOS DO ESTUDO

A cidade de São Paulo é composta por 31 subprefeituras que englobam 96 distritos. Segundo o IBGE, o número da população estimada no ano de 2013 foi de 11.821.873 habitantes⁷. Esse grande número de habitantes já dá indícios da diversidade cultural e peculiaridades socioeconômicas específicas nas diferentes áreas que constituem essa cidade.

A cidade de São Paulo possui a maior rede hospitalar do Brasil⁸. O número total de estabelecimentos de saúde no município é de 1.234, sendo que 531 deles se destinam à atenção ao pré-natal e ao parto.

Os três contextos em questão neste estudo estão localizados na zona sul da cidade de São Paulo. As motivações que levaram à escolha destes locais para a realização do estudo estão relacionadas ao fato de a região abarcar os três diferentes contextos de nascimentos apontados nesse estudo, à facilidade de entrada nas instituições e à realidade social da região em que os locais estão situados - uma área da cidade marcada por disparidades sociais.

Os dois hospitais onde estão inseridos o Centro de Parto Humanizado (CPH) e o Centro Obstétrico (CO) são conveniados à rede SUS de referência e contra-referência e fazem parte do Programa Mãe Paulistana⁹. A Casa de Parto (CP) é uma instituição comunitária que não possui vínculo com a Secretária de Saúde, não fazendo parte do sistema da rede SUS. Diante das barreiras encontradas para a inserção, a CP se manteve com atendimento

⁷ <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=355030&search=sao-paulo|sao-paulo>

⁸ http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/rede_hospitalar/index.php?p=5429

⁹ O programa foi implantado em 2006 e tem como objetivo garantir o acompanhamento durante a gestação, parto e puerpério até o primeiro ano de vida do bebê. Engloba uma rede de 442 Unidades Básicas de Saúde, 23 ambulatórios de especialidades, 37 hospitais e 01 Casa de Parto. <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/programas/index.php?p=5657>

gratuito para as mulheres pertencentes à comunidade local e com atendimento particular para as mulheres pertencentes a outras regiões de São Paulo.

Meu trajeto até os locais de estudo levava em torno de 02 horas e 30 minutos. Foi necessário utilizar diferentes linhas do metrô e trem de São Paulo e uma linha de ônibus para chegar ao CPH. Percorrer estes espaços possibilitou um melhor conhecimento da realidade daquela região de São Paulo. Fazer este trajeto durante a pesquisa evidenciou de forma mais latente a realidade de viver e conviver com São Paulo.

Nas baldeações do trem e metrô tive contato intenso com o movimento de idas e vindas e passos acelerados.

Da janela as disparidades sociais mais evidentes, de um lado as grandes avenidas que abrigam prédios empresariais e dentro de poucos minutos os meus olhos se viam diante de amontoados de casas que se apresentavam de forma desorganizada e complicada de entender, construção tão complexa como a vida. (Notas de Campo).

3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Fizeram parte deste estudo mulheres que vivenciaram o parto nos três contextos, profissionais e gestores que atuam na assistência obstétrica. Foram entrevistadas dezoito mulheres, seis em cada um dos contextos. Na CP, a interação com as mulheres e convite para a participação no estudo foi feito durante o “grupão”, um grupo mensal reunindo gestantes e puérperas. Foram incluídas no estudo três mulheres que tiveram o parto no local no ano de 2010 e três em 2011. Uma das participantes não era residente na comunidade local, mas foi uma das primeiras mulheres que pagou pelo atendimento na CP. No contexto hospitalar, o contato foi feito no período pós-parto no alojamento conjunto, no caso do CO, e no pós-parto imediato no caso do CPH. A maior parte das entrevistas

foi realizada no período de um mês após o parto, no puerpério tardio, com exceção das três participantes da CP, cuja entrevista foi realizada no puerpério remoto¹⁰.

Além das mulheres usuárias dos serviços, participaram da pesquisa quinze profissionais da assistência ao parto. Na CP foram entrevistadas uma coordenadora e duas enfermeiras obstétricas, de acordo com a realidade local no momento da pesquisa. No CO foram entrevistados um gestor da área médica obstetrícia e ginecologia e uma gestora da área de enfermagem obstétrica, três enfermeiras obstétricas e um médico. No CPH foram entrevistados um gestor da área médica obstetrícia e ginecologia e uma gestora da área de enfermagem obstétrica, três enfermeiras obstétricas e um médico.

O número de informantes foi definido à medida que os objetivos do estudo foram alcançados e que foi possível a compreensão dos valores e sentidos relacionados ao parto e às práticas em cada um dos contextos.

Os critérios de inclusão para os gestores e profissionais foram, respectivamente, atuar na gestão e prática da assistência obstétrica em cada contexto estudado e aceitar participar voluntariamente do estudo. Para as mulheres, foi ter vivenciado a experiência do parto nos contextos, não apresentar condições patológicas e/ou nascimento de natimorto na experiência atual, ser maior de dezoito anos e aceitar participar voluntariamente do estudo.

Um breve resumo com informações sobre os participantes será apresentado nos capítulos de cada um dos contextos.

¹⁰ Segundo o MS, o puerpério tardio compreende do 11º dia após o parto ao 42º dia. O puerpério remoto tem início no 43º dia.

3.3 A PESQUISA EM CAMPO

Obtive a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em janeiro de 2011. Com a aprovação em mãos, realizei o primeiro contato com a coordenadora da CP no mês de fevereiro. Após entregar o projeto para a coordenadora e receber a autorização, iniciei o estudo no local em março de 2011. Durante a realização da coleta de dados na CP, eu aguardava a resposta de gestores de duas instituições da região. O parecer obtido para a realização do estudo nestes locais foi, contudo, desfavorável. Através da coordenadora da CP, obtive informação sobre outros hospitais da região com os contextos propostos a serem estudados. Fiz o contato com os gestores destes locais e participei de reuniões para conversar sobre o projeto. Após a avaliação, recebi autorização para dar início à pesquisa no final de outubro de 2011 no CPH e no CO.

A pesquisa em campo foi realizada entre março de 2011 e março de 2012. Na CP, de março 2011 a setembro 2011 e no CPH e CO, entre outubro de 2011 e março de 2012. Os dias e horários das visitas foram combinados com os coordenadores dos locais. Como forma de coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada e a observação participante. Um caderno de campo foi utilizado para fazer anotações das observações e percepções sobre o contexto.

Após um período de observações e interações nos locais, foi iniciada a fase das entrevistas na busca por ouvir as mulheres e os profissionais. Conforme Minayo e Sanches (1993), o material fundamental da pesquisa qualitativa é a palavra que se manifesta na fala cotidiana, tanto nas relações afetivas e técnicas, como nos discursos burocráticos e políticos. A fala revela condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, sendo capaz de transmitir representações de grupos, suas condições socioeconômicas, históricas e culturais específicas, que se manifestam através do entrevistado.

As entrevistas foram realizadas no local de escolha dos participantes. Todos os profissionais que participaram da pesquisa escolheram realizar as entrevistas no próprio local de trabalho, em sala privativa. A maioria das mulheres escolheu suas próprias casas como local para a realização das entrevistas, com exceção de cinco participantes. Três participantes que deram à luz na CP escolheram o próprio local e outra participante, que também deu a luz na CP, escolheu a biblioteca da Comunidade. Uma participante que deu à luz no CO, preferiu um shopping da região para realizar a entrevista. As entrevistas duraram, geralmente, entre 40 minutos e 01 hora.

Primeiramente, era realizado o convite para a participação no estudo e, após resposta positiva, era agendada a entrevista para o dia e horário mais conveniente para os participantes. A participação foi voluntária e precedida de leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice 1) que continha duas vias, ficando uma via em posse do entrevistado. As entrevistas foram gravadas em aparelho digital de áudio ou vídeo, conforme a preferência do entrevistado.

Durante as entrevistas, a busca por estabelecer empatia possibilitou que as mulheres e profissionais compartilhassem eventos de suas histórias de vidas e subjetividades, o que tornou o momento prazeroso e de possibilidades de trocas.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise qualitativa dos dados, as entrevistas foram primeiramente transcritas e o excesso de vícios de linguagens foi eliminado, preservando as diferenças individuais de expressão. Posteriormente, foram realizadas leituras para a apreensão dos seus conteúdos.

Conforme Gomes (2007), a análise na perspectiva qualitativa tem o foco principal na exploração do conjunto de opiniões e

representações sociais sobre o tema investigado. Segundo o autor, em uma análise qualitativa deve-se considerar tanto o que é homogêneo quanto aquilo que se diferencia dentro de um mesmo segmento social.

Como propõe Leininger (1991), os dados foram estudados buscando semelhanças e diferenças de afirmações e comportamentos e foram classificados de forma a permitir a compreensão da situação em estudo, preservando o sentido dos contextos.

Assim, os dados foram agrupados em categorias específicas e representativas de cada um dos contextos estudados através de dois eixos: *A voz dos profissionais* e *A voz das mulheres*.

A análise foi organizada de acordo com cada contexto, levando em conta que esses possuem especificidades e mostram diferentes ações no campo da gestão e da prática.

Na perspectiva dos gestores e profissionais, em cada contexto houve diferenças quanto às práticas, aos modos de organização dos serviços e aos conceitos de humanização. A análise permitiu identificar os seguintes temas:

1. Características do contexto e a forma de organização dos serviços: aqui os coordenadores e profissionais falam sobre as características do local e contam como os serviços estão organizados. Falam também sobre os desafios encontrados no cotidiano da assistência obstétrica.

2. Práticas de cuidado e a assistência ao parto: aqui os coordenadores e profissionais falam sobre as práticas que consideram importantes na assistência ao parto, demonstrando como essas práticas acontecem no cotidiano dos locais. Expressam também o que está

vinculado às práticas, como teorias, evidências e experiências de vida.

3. Sentidos da humanização: aqui os coordenadores e profissionais falam sobre conceitos e formas de humanização, o que consideram ser a humanização da assistência ao parto e expressam como esta humanização é feita nos locais.

A análise das mulheres também será apresentada por local e está organizada em três temas:

1. As vivências durante o processo de nascimento: foram analisadas as vivências durante o processo do nascimento em cada contexto. Os relatos foram organizados em: trabalho de parto, parto e pós-parto. As relações com os profissionais e as possibilidades presentes em cada local aparecem como fatores transversais às práticas relatadas pelas mulheres, que por sua vez são produtoras de vivências.

2. Os discursos sobre os contextos: foram analisadas as percepções das mulheres quanto ao contexto, vinculando-as ao cuidado recebido. Também relatam as questões que nortearam a escolha do local e a chegada ao mesmo.

3. Os sentidos do parto: foram analisados os aspectos subjetivos das mulheres e associados diretamente com a vivência do parto. Relatam os medos e as perspectivas sobre o parto.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem (Anexo 1), atendendo às recomendações éticas relativas às pesquisas com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa só foi iniciada nos locais após entrega do projeto e da autorização dos responsáveis das instituições (Apêndice 2). Foi garantido anonimato aos participantes e a participação voluntária. Todos receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com o contato do Comitê. Por questões éticas, também foi preservado o anonimato quanto ao nome das instituições em que a pesquisa foi realizada.

3.6 A SUBJETIVIDADE E OS DESAFIOS NO DESENVOLVIMENTO DA TESE

A atualização da sinceridade metodológica pode ser pensada em termos contemporâneos, **pela inclusão da subjetividade no processo de conhecimento** (...) esta condição não coloca em risco, antes aperfeiçoa, um projeto científico para a disciplina [antropologia]. (Tornquist, 2004, pag. 40, grifo nosso)

Como já relatado, o interesse por este tema nasceu de minhas vivências e reflexões sobre a assistência ao parto na atualidade. Estudar a realidade do parto em três contextos e através da perspectiva dos dois atores foi uma experiência complexa. Durante o trabalho de campo em cada contexto passei por dificuldades, ora por me envolver demais, ora por ter dificuldades de me envolver. Muitas vezes foi difícil conseguir equilibrar minha identidade de obstetriz e pesquisadora. Creio que isso foi decorrente do fato de ser minha primeira experiência como pesquisadora, em três campos de pesquisa, levando em conta as diferenças e especificidades de cada um dos contextos estudados. Estive diante de desafios quanto à metodologia e no exercício de relativizar as

experiências que eu tinha em campo. Por outro lado, era uma alegria estar em contato com os diferentes atores e ser bem aceita, principalmente pelas mulheres e pelos coordenadores dos locais. Cada visita, cada conversa, cada entrevista era um momento privilegiado de ouvir histórias, vivências e compartilhar experiências.

Os resultados e a discussão apresentados a seguir são decorrentes deste processo que envolveu as minhas vivências em campo e na vida, meu contato com diferentes pesquisadores e novas propostas, minhas limitações e transformações durante esta trajetória.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

“A essência dos Direitos Humanos é o direito a ter direitos”

(Hanna Arendt)

Os resultados serão apresentados dentro de cada contexto. Na introdução de cada local há uma breve descrição destes com informações específicas, consideradas importantes para a compreensão da organização e rotinas de cada um dos contextos estudados. Estas informações foram baseadas nas experiências de campo, nas conversas com os profissionais e em pesquisas na internet. Informações estatísticas obtidas através de pesquisa e construção de tabela no Tabnet¹¹ quanto ao número de partos podem ser vistas no Apêndice 4.

4.1 CENTRO OBSTÉTRICO

O hospital onde está inserido o CO foi inaugurado na década de 1960 e fazia parte do sistema privado. Na década de 1980, passou a ser administrado pela Secretária de Estado da Saúde.

A equipe que atua no CO é composta por enfermeiras, enfermeiras obstétricas, auxiliares de enfermagem, equipe médica com especialidade em ginecologia, obstetrícia e pediatria e equipe responsável pela limpeza. O local também recebe alunos estagiários do curso de enfermagem de uma universidade particular.

¹¹ A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo disponibiliza o aplicativo TABNET, desenvolvido pelo Departamento de Informação e Informática do SUS - DATASUS com a finalidade de permitir a realização de tabulações rápidas com as variáveis referentes às bases de dados que compõem os sistemas de informações em saúde do SUS.

http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/informacoes-de-saude_1/tabnet/informacoes-de-saude-tabnet

O CO está localizado no quinto andar do hospital, no espaço que abriga o pronto atendimento de ginecologia e obstetrícia, sala de medicamentos, sala de pré-parto, centro cirúrgico, descanso médico e copa. O quarto onde as mulheres ficam em trabalho de parto é composto por quatro leitos, um banheiro, uma pia e bancada de enfermagem. Os leitos não possuem divisórias e o espaço é bastante restrito. O acompanhamento da evolução do trabalho de parto e parto é realizado pela equipe médica. As enfermeiras obstétricas cuidam da organização do setor, realizam serviços administrativos, supervisionam a equipe de auxiliares de enfermagem, prescrevem cuidados gerais da enfermagem, auxiliam os médicos na sala de parto – principalmente nos partos de risco – e incentivam a amamentação na primeira hora de vida. A equipe de auxiliares de enfermagem realiza os procedimentos descritos nas prescrições médicas quanto aos medicamentos e soro, colocam as mulheres na maca e as levam para a sala de parto.

A tomada de decisão e condutas é dos médicos. Cada plantão é composto por duas enfermeiras obstétricas e de três a quatro médicos. O plantão das enfermeiras é 12 por 36 horas e dos médicos tem variação entre 20 e 24 horas.

Ao darem entrada na recepção do hospital, as mulheres são direcionadas para a sala de pronto atendimento, onde são avaliadas pela equipe médica, é realizada a admissão¹² e são encaminhadas para a sala de pré-parto. As mulheres não ficam com acompanhante no decorrer do trabalho de parto. Durante as minhas visitas ao local, a gestora me mostrou uma sala¹³ em reforma, onde futuramente os acompanhantes ficarão com a mulher no momento do parto.

Após o parto, as mulheres ficam em uma sala de observação, no mesmo ambiente do centro cirúrgico, até serem levadas para o alojamento conjunto localizado no terceiro andar do hospital.

¹² Na admissão é preenchida uma ficha e são feitas anotações em prontuário que contem questões sobre o histórico clínico e obstétrico das mulheres e verificação da carterinha do pré-natal.

¹³ A função deste local é para que o acompanhante espere o momento certo de entrar na sala de parto e se aparamente com a roupa necessária.

Após receber autorização para realizar a pesquisa no local, as visitas foram iniciadas. Na entrada do hospital havia uma grande fila com pessoas aguardando o horário da visita. As pessoas colocavam seus pertences em uma sacola plástica, entregavam na recepção e ganhavam um adesivo de visitante. A segurança solicitou meu RG e a entrada foi autorizada pela Valentina, gestora da área da enfermagem obstétrica. Ao entrar no local notam-se algumas placas. Uma delas indicava que o hospital tinha o título “Amigo da Criança”, outras diziam: “Atendimento humanizado, essa é a nossa bandeira”, “Estamos aqui para ouvi-lo, exerça o seu direito de cidadão”. A Valentina me recebeu de forma muito gentil, me apresentou ao médico gestor da ginecologia e obstetrícia, Dr. Lauro, e à enfermeira obstétrica, Soraya, responsável pelo projeto de humanização do CO e maternidade. A Soraya disse: “Estou tentando implantar o projeto.” e comentou a respeito das dificuldades para a implantação: “Existem barreiras de aceitação por parte de alguns profissionais”. Valentina disse sentir que seu trabalho no local é como o de um missionário: “Sementes são lançadas aos poucos até que um dia dão frutos e as coisas mudam”. Ela me mostrou com orgulho o banco de leite e contou que em 1995 o hospital recebeu o título “Amigo da Criança”, mantendo-o desde então. Todo profissional recém-contratado e os estagiários participam de um treinamento para que conheçam a visão da instituição sobre aleitamento materno.

Valentina me levou ao CO. Na entrada os acompanhantes esperavam do lado de fora em algumas cadeiras. Observei uma grande placa com a mensagem: “Proibida a entrada”. Do lado de dentro, algumas mulheres estavam sentadas no corredor. Para Valentina, a estrutura antiga do hospital e a forma como está organizado são as principais barreiras para a entrada do acompanhante. Ela comentou sobre seu trabalho por mudanças estruturais que permitam a presença dos acompanhantes no momento do parto.

Havia sempre uma tensão durante as visitas, pois ao chegar ao local eu pegava a fila, me apresentava, ligavam liberando a minha entrada, recebia um adesivo. A gestora sempre vinha me receber. Nas primeiras visitas ela me acompanhava até o CO, até que um dia ela disse: “Pode subir, você já sabe o caminho”. O movimento no CO dava a impressão de que ninguém tinha tempo para conversar. As enfermeiras estavam sempre correndo. A enfermeira obstétrica, Lorena, sempre dizia que estava com dor de cabeça e tinha muita coisa para fazer. Em um desses dias, ela disse que estava desanimada e compartilhou comigo:

“O dia está muito agitado, uma paciente mentiu para mim, ela abriu o soro da ocitocina e passou mal. A outra não para de perguntar o porquê de sua perna estar inchada. Está difícil, muita coisa para resolver.” (Lorena)

Uma das técnicas de enfermagem dormia na cadeira vazia dentro do pré-parto. Na hora em que o médico entrava na sala outra colega tentava acordá-la rapidamente. Esta me disse: “Ela é sozinha, tem três empregos, mal consegue dormir.”

No pré-parto, os médicos passavam a cada hora, auscultavam o coração do bebê, faziam exame de toque e anotações no prontuário. Percebi que as parturientes tinham soro instalado com ocitocina e ficavam deitadas durante o trabalho de parto. As que estavam no início do trabalho de parto eram levadas para o banho. Aquelas que estavam no final, quando completavam nove centímetros de dilatação, eram colocadas em uma maca estreita para serem levadas à sala de parto. Certo dia, quando eu observava a movimentação no corredor e conversava com algumas mulheres que esperavam para serem atendidas, sentei em uma das cadeiras livres e uma das auxiliares de enfermagem do plantão exigiu que eu saísse do local.

Eu conversava com duas moças que estavam esperando para serem atendidas, mas parecia que a minha presença ali estava incomodando, a Lorena pedia para

que eu ficasse dentro da salinha de medicamentos. Foi quando uma das técnicas de enfermagem se aproximou e disse: *“Você não pode sentar aqui, aqui é lugar das mulheres tomarem soro”*. Com calma respondi: *“Tudo bem, eu só estou conversando um pouco com elas.”*, mas ela insistia: *“Não, você não pode ficar aí”* então eu falei: *“Tudo bem, sem problemas, eu fico em pé”*. Foi quando ela foi até a porta do CO, abriu e disse: *“Você vai ficar lá fora”*. Falei sobre a pesquisa, mostrei meu crachá explicando que tinha autorização da diretoria, no entanto ela continuava insistindo de forma grosseira para que eu saísse. (Diário de Campo)

Esse fato me deixou bastante abalada e desanimada, achava que não ia conseguir interagir com os atores no local. Entretanto, percebi aos poucos que a minha presença não causava mais recusa. Se um dia eu era impedida de ficar no local, noutro ganhava um avental branco que me permitia ficar dentro da sala de pré-parto.

Quando cheguei a enfermeira Mariana disse: *“Vem aqui na copa tomar café!”* e essa recepção me deu um novo ânimo. Na copa conversamos sobre a questão do acompanhante. Ela falou que acha que o acompanhante deve estar preparado para estar com a mulher. Depois da conversa ela disse que eu podia ficar à vontade. Fui para a sala de pré-parto onde havia duas parturientes. Uma delas estava muito apreensiva e gritava na hora da contração. A enfermeira Mariana fez exame de toque e falou com calma: *“Olha, você já está com nove cm, falta só o bebê descer um pouquinho, está tudo bem com você”*. Uma das técnicas de enfermagem dizia: *“Mãezinha, faz força na hora da contração”*. Ela colocou a mulher na maca e pediu se eu poderia ajudar. Enquanto eu ajudava a colocar a parturiente na maca, outra técnica de enfermagem que estava no plantão se aproximou e disse: *“É para você!”* me entregando um avental branco. Um pouco depois veio uma médica e disse: *“Vamos ver isso”*, fez o toque e falou: *“Aqui tem bolsa”*. A parturiente gemia de dor. A médica disse: *“Vou reduzir o colo, mas leve-a para a sala de parto porque é melhor”*. Enquanto fazia o exame de toque em outra parturiente que estava na sala, ela olhou para mim e pediu um rompedor de bolsa e a comadre. Após romper, ela olhou para mim novamente e disse em tom seco: *“Coloque um cardiotoco por 10 minutos, por favor”*. A médica saiu sem falar com a parturiente, que começou a chorar. Enquanto eu colocava o aparelho de cardiotocografia ela falava: *“Esse toque dói muito, você já está com tanta dor”*. Tentei acalmá-la. Após retirar o cardiotoco ela pediu para ir ao banheiro, eu a levei. Entretanto, a enfermeira angustiada me chamava na porta: *“Vai logo que o doutor está aqui”*. Ele olhou para mim e disse: *“Não, não pode, para isso tem comadre, ela está com contração forte, se faz uma força o bebê pode*

cair no vaso". Ele realizou outro exame de toque e disse para a técnica de enfermagem: *"Faz um BGP¹⁴ aqui."* e aumentou o gotejamento da ocitocina. (Diário de Campo)

Durante as visitas também presenciei situações difíceis em relação a não permissão da entrada do acompanhante:

Quando cheguei hoje ao CO, uma moça estava entrando acompanhada por uma senhora com uma bolsa e saco plástico nas mãos. A enfermeira falou: *"Olha, se você quiser se despedir da sua mãe se despede agora porque depois não vai dar mais"*. As duas se abraçaram e começaram a chorar. Depois que a senhora sentou, eu me aproximei e perguntei: *"Ela é sua filha?"* e ela respondeu chorando: *"É sim. A gente se preocupa, a gente vê tanto bebê morrendo."* (Diário de Campo)

No terceiro andar ficava localizada a maternidade. Neste ambiente eu fazia o convite para as mulheres que gostariam de participar do estudo. Elas perguntavam se eu queria segurar o bebê e algumas pediam ajuda para levantar da cama. Lá eu conheci uma enfermeira muito simpática, que me convidou para assistir a aula sobre amamentação que dava para as mulheres no período pós-parto. Eu percebi que a amamentação era muito valorizada no local, pois em todo o corredor da maternidade e também na ala do CO havia quadros de mulheres amamentando e cartazes do MS para o incentivo da amamentação. Neste ambiente presenciei a seguinte cena:

O bebê chorava e ela estava cheia de sacolas no colo, colocava leite na mamadeira enquanto o bebê chorava. Eu ofereci ajuda, ela aceitou dizendo *"Por favor"*. Ela agradeceu a ajuda e quando começou a dar a mamadeira para o bebê uma enfermeira que passava no corredor se aproximou e disse: *"Nossa, é tão triste a gente ver o nosso trabalho sendo jogado fora. A gente ensina, orienta, mas não adianta"*. A moça olhou para ela e disse: *"E você não sabe o quanto é difícil e triste não poder amamentar meu filho, eu não estou amamentando porque não quero, eu não posso, tenho hepatite C e tive fissura"*. Ela ficou olhando para a moça e saiu sem dizer absolutamente nada. (Diário de Campo)

¹⁴ Medicamento que combina Buscopan, Glicose e Plásil com o propósito de favorecer a dilatação do colo do útero não possui evidência científica para a utilização.

Durante as visitas eu buscava interação com as equipes. O meu contato através de conversas e trocas foi maior com as enfermeiras obstétricas, com a gestora da enfermagem e com as auxiliares e técnicas de enfermagem. Quando a equipe médica entrava no pré-parto para avaliar as parturientes, eu buscava interagir. Entretanto, essa interação era bem rápida e normalmente eles me solicitavam para fazer alguma coisa, como auscultar o coração do bebê. Eu pude ver diferentes condutas e formas com as quais a equipe médica se dirigia às mulheres:

Uma médica entrou no quarto e fez o exame de toque sem falar com a parturiente. Ela disse para a técnica, “Pode colocar na maca, já está com nove cm e pode levar o OF” (óbito fetal, se referindo a uma jovem que estava no leito quatro). Não demorou muito e outra médica entrou no quarto e perguntou para a mesma parturiente que havia sido colocada na maca: “*Quando foi última vez que você comeu alguma coisa?*”. Ela respondeu: “*No jantar de ontem*”. Ela então prescreveu glicose. Falou para a parturiente que iria realizar o exame de toque, depois olhou para mim e disse: “*Você sabe auscultar o coração do bebê, né?*”. Eu disse que sim e ela pediu: “*Você pode auscultar, por favor?*” (Diário de Campo)

Muitas vezes eu me vi envolvida com as mulheres. Percebia o quanto a minha identidade de obstetriz se colocava presente quando eu ouvia: “Você pode ficar aqui comigo?”

4.1.1 As vozes dos profissionais e gestores participantes do estudo

Valentina, Enfermeira obstétrica - gestora

Atua no local desde 1996. Contou ter escolhido a área da enfermagem devido à influência de uma de suas primas que trabalhava como enfermeira obstétrica. Além disso, o hospital a fascinava como um lugar de cuidar do outro. Atua na área há vinte e dois anos. Durante a entrevista, falou sobre os anos dedicados ao trabalho e a gratidão por poder atuar também na docência.

Lauro, Médico obstetra - gestor

Atua no local desde 1992. Contou que sua escolha pela obstetrícia veio da infância, por ter o lado humano muito afluído e pertencer a uma família composta por muitos médicos. Seu interesse pela obstetrícia surgiu quando teve a oportunidade de auxiliar o seu tio em uma cesariana, o que o fez experimentar a possibilidade de lidar com a vida.

Michael, Médico obstetra

Atua no local desde 1991. Contou que seu interesse pela medicina começou aos cinco anos. Relatou que sempre teve curiosidade de conhecer sobre doenças e cuidados com a saúde. As experiências durante o estágio na graduação o fizeram optar pela área da obstetrícia.

Mariana, Enfermeira obstétrica

Atua no local desde 2000. Contou que tem um carinho pelo hospital por ter sido o seu primeiro emprego. A princípio, tinha optado pela área da medicina mas, como não conseguia pontos suficientes nos simulados do cursinho, escolheu a enfermagem e disse que fez a escolha certa. Acredita que Deus a colocou no caminho da enfermagem. Seu interesse pela obstetrícia iniciou durante o primeiro ano da graduação, o que a fez estar desde então envolvida constantemente com a área.

Soraya, Enfermeira obstétrica

Atua no local desde 2005 e tem trabalhado no projeto de humanização no CO. Contou que, quando jovem, começou a trabalhar no comércio mas, em suas palavras: “Precisava de algo a mais para me completar”. Isto a fez escolher a enfermagem. Contou que seu interesse pela obstetrícia surgiu com o seu primeiro contato em sala de parto, quando recebeu um elogio da professora. Esse acontecimento foi decisivo na escolha da área.

Lorena, Enfermeira obstétrica

Atua no local desde 2008. Contou que, desde a infância, sempre desejou atuar como enfermeira. Seu interesse pela obstetrícia iniciou quando passou a ter as primeiras noções sobre saúde da mulher. Durante a graduação, participou de um grupo chamado “Companhia do Riso”, que realizava visitas hospitalares para crianças internadas com doenças como câncer. Emocionou-se ao contar casos que acompanhou e vivenciou no local. Essa experiência a fez desejar ainda mais a área da obstetrícia, pois teria contato com bebês e crianças.

4.1.2 Características do local e da organização do serviço

As características e a organização do CO estão envolvidas com diferentes pontos de tensão, vinculados aos desafios e dificuldades encontrados no cotidiano da assistência. As dificuldades estão relacionadas aos limites do espaço físico, à interação entre as equipes e à forma como o serviço está organizado. Questões quanto à fragmentação da assistência, às condições de trabalho, à burocracia institucional e à atuação da enfermeira obstétrica no local são levantadas como desafios para mudanças na assistência obstétrica.

Os profissionais falam sobre o espaço físico do local do CO e o consideram inadequado. A época em que o hospital foi construído é apontada como a causa da inadequação, não permitindo que o local esteja coerente com a proposta atual de cenários de atenção ao parto.

“Esse é um hospital antigo. Para você ter ideia, aqui é o PS, pré-parto, enfermaria, fica tudo no mesmo local. E o hospital tem esse problema de espaço físico, não sei se na época que foi construído as leis eram outras, as especificações técnicas eram outras.” (Mariana)

“O ambiente é uma limitação aqui, esse prédio foi construído em 1958, foram construídos alguns prédios

anexos interligados por rampas de maneira, o espaço físico e a qualidade não são adequados para a medicina de hoje, para os modelos de CPN, então hoje nós estamos fora disso porque essa estrutura não permite, então é necessária uma adequação”. (Michael)

O gestor relata a necessidade de adequação do local para que possa ser oferecido o parto humanizado, o que, para ele, demanda uma mudança ampla na estrutura do local. A necessidade de mudança também é apontada como uma meta a ser cumprida junto à Secretaria de Saúde.

“Será uma reforma grande, ampla, em um andar inteiro, para que a gente consiga oferecer condições mais apropriadas para um parto humanizado, não só objetivando, mas já que nós precisamos oferecer para a população um parto humanizado, vamos fazer essa reforma e já vamos fazer geral. Não adianta você quebrar um quarto. Assim que essa reforma sair a gente pretende mudar e inclusive ter o acompanhante porque é uma meta nossa com a Secretaria de Saúde.” (Lauro)

A entrada do acompanhante no local aparece em destaque, à medida que é um dos principais pontos englobados pelas requeridas mudanças estruturais e revela as tensões presentes no cenário.

Mariana ressalta que entrada do acompanhante é um direito garantido por lei. Para ela, o fato da não permissão da entrada do acompanhante é algo que dificulta a assistência e a responsabilidade por tal recai sobre a equipe de enfermagem. O poder de mudança e decisão é atribuído às chefias superiores da instituição.

“São coisas que dificultam a assistência, você ter que falar para o acompanhante que ele não pode entrar. Por que se é uma lei, não é? E é a enfermeira que está aqui que deve convencer a pessoa que ele não pode entrar com a paciente. Nesse caso a coisa tem que vir lá de cima, chefia e direção do hospital, falar para os seus coordenadores de área: ‘Vai ser assim porque é a lei’. O que cada setor precisa fazer para se adequar a isso, a enfermagem precisa melhorar espaço físico, precisa das cortinas, mas parece que isso é coisa de outro mundo, a coisa está indo de baixo para cima. Não pode, eu acho que não pode.” (Marina)

Soraya, a enfermeira responsável pelo desenvolvimento do projeto de humanização, também relata que a entrada do acompanhante no CO é uma meta a ser alcançada, mas que demanda envolvimento para tornar-se uma realidade.

“Uma das nossas metas é o acompanhante poder entrar durante o trabalho de parto para dar mais apoio naquele momento e o projeto está aí, está devagar, talvez possa até ser ansiedade da minha parte em fazer acontecer, mas eu acho que ainda precisa de muito envolvimento para a gente buscar o objetivo final.” (Soraya)

Para ela, o que dificulta a implementação do projeto é a falta de interação entre os diferentes atores envolvidos.

“Faz tempo que estamos tentando implantar humanização na sala de parto, no atendimento, no pré-parto, na assistência ao parto, mas está difícil porque são muitas pessoas envolvidas e nem todo mundo tem a mesma disponibilidade, abertura e visão que você tem, então fica difícil trabalhar.” (Soraya)

A forma como o serviço está organizado mostra-se como uma das dificuldades para a melhoria da atenção. A organização dos plantões reflete em uma fragmentação da assistência. A necessidade de continuidade de cuidado na assistência obstétrica e um maior envolvimento dos profissionais aparecem como requisitos importantes para que ocorram mudanças no local.

“Eu que trabalho 12 por 36, já é difícil você trabalhar 12 horas e folgar 36 porque muitas coisas acontecem em 12, imagine em 36 horas? Quando você retoma você se perde, já se perderam muitas coisas, as informações principalmente na obstetrícia, o fluxo é rápido. Tanto a paciente não pode ficar aqui te esperando quanto você não pode vir aqui todos os dias para cuidar dessa paciente. Aqui a gente trabalha muito e apesar de tudo a gente sente nosso trabalho muito moroso (...) a gente vê que o trabalho é bem disperso, não tem uma continuidade, cada um vem faz o seu plantão e vai embora. Eu acho que a coesão com o compromisso melhoraria bastante.” (Soraya)

(...) você fica trabalhando sozinha e não vendo muita mudança, porque é assim: você trabalha seis horas ou doze horas e depois entra outro que não pensa igual você.” (Mariana)

Lorena aponta uma necessidade de melhoria nas relações tanto da parte médica como da enfermagem. Para ela a falta de ânimo não pode ser uma barreira para a mudança.

“Eu acho que ainda tem muito a melhorar e eu não falo só em relação à parte médica, eu falo médico, enfermeiro, vai de profissional para profissional (...) depende da gente não desanimar, mas tem dia que eu não estou animada, mas eu tenho que me dispor para isso. A gente está indo a passo de formiga, eu tenho esperança que melhore.” (Lorena)

A gestora também relata a dificuldade quanto à interação e aponta a necessidade de mudança pautada na importância da comunicação e da harmonia no trabalho entre a equipe médica e de enfermagem.

“A gente quer mudar, mas a comunicação precisa estar presente, melhorar a comunicação para os dois trabalharem juntos: médicos e enfermeiras. Nós não temos o ideal, mas a gente vai tentar chegar próximo ao ideal e tentar trabalhar da melhor forma possível com o que se tem. A gente tenta harmonizar, não é a enfermagem trabalhando contra médico e vice-versa, é a equipe trabalhando como um todo.” (Valentina)

As dificuldades de mudança no local também são atribuídas a uma questão burocrática.

“(...) Se você quer mudar uma prateleira você precisa do aval disso, daquilo, depois você precisa do dinheiro para comprar, é complicado, mas a gente enxerga os erros, é bem frustrante nesse sentido (...)” (Mariana)

A gestora aponta dificuldades relacionadas às condições de trabalho dos profissionais e alta demanda, o que faz com que a assistência se torne mecanizada. Ela levanta a questão do bem estar do profissional. Para ela, este fator tem impacto direto na forma da assistência.

“Onde você está trabalhando? Quais são as condições de trabalho que você tem? Não é só cumprir metas, a gente não está cumprindo meta em linha de produção de produto, é meta em assistência e assistência ao outro, vida. Isso acaba ficando muito mecanizado, trabalho aqui, ali, mas será que alguém está dando uma

assistência para mim, para eu dar uma assistência boa? (...) Será que o profissional que dá assistência está bem e feliz? Porque tudo impacta, reflete na assistência.” (Valentina)

Os profissionais trazem a questão do papel e atuação da enfermeira obstétrica no local. Relacionam o fato de as enfermeiras obstétricas não atuarem diretamente na assistência ao parto conforme modelo de assistência do CO, o que mostra que a assistência fica centralizada na equipe médica.

“Tem algumas dificuldades, ao longo desses 21 anos tiveram alterações, falando como profissional; todos os recursos necessários equipe médica, material, cardiotocografia, tudo isso está disponível, mas o modelo não é de centro de parto então não temos enfermeira obstétrica, obstetriz que acompanhe os trabalhos de parto e eu falo assim como médico, todos os recursos necessários a gente tem.” (Michael)

Mariana conta que seu espaço de atuação foi conquistado devido ao tempo de trabalho no local, sendo-lhe permitida a realização de práticas que não são atribuídas às enfermeiras obstétricas. Ela aponta a dificuldade em acumular dois cargos no local, (enfermeira assistencial e burocrática).

“Só sinto que as enfermeiras obstétricas aqui não têm espaço, eu até tenho um espaço maior aqui no meu setor por conta do tempo que eu tenho de casa, por me conhecerem, conhecerem meu trabalho. Eu sou enxerida vou ao pré-parto, toco a paciente e aviso que estou entrando com a paciente para eles fazerem o parto. Acho que um problema que não é só aqui é você acumular os dois cargos de enfermeira assistencial e burocrática.” (Mariana)

Lorena também fala sobre a sua função no local como administrativa e burocrática, impedindo que atue de forma mais direta na assistência as mulheres.

“(...) eu me vejo em situações onde eu quero ficar no cuidado, mas parece que me tomam para resolver coisas administrativas e eu sinto falta de fazer essa conversa um pouco melhor.” (Lorena)

Para a gestora, a questão da burocracia do serviço é uma barreira para a atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto.

“Teve uma abertura para entrada da enfermeira obstétrica na assistência ao parto junto às escolas com especialização, isso parou, não existe mais (...) eu acho que a questão da burocracia é muito demorada, tem gente que quer entrar, quer trabalhar, mas a coisa está acima do que você pode fazer, é morosa, envolve política e tudo mais.” (Valentina)

Para ela, essa questão não se relaciona somente à instituição, mas também à dificuldade de encontrar enfermeiras obstétricas no mercado de trabalho.

“Vejo também que isso é um problema que vai além daqui, eu vejo muito pessoas que fizeram obstetrícia e acabam indo para outro segmento, eu acho hoje que enfermeira obstétrica é uma coisa rara, uma coisa que você quase não acha no mercado de trabalho.” (Valentina)

4.1.3 Práticas de cuidado na assistência ao parto

Os profissionais relatam as práticas de cuidado consideradas importantes na assistência ao parto e aquelas relacionadas ao contexto do CO, apresentando o cotidiano da assistência e os sentidos do parto presente no local. Dessa forma, certas práticas mostram estar ausentes diante das possibilidades e limites do local. Mariana relata a falta de artefatos no local, fazendo do banho o único recurso terapêutico.

“Aqui, por conta de não ter muito o que fazer efetivamente, você não tem uma bola, um banquinho... o banho, é aquilo que a gente tem de terapêutico mesmo, é explicar porque ela está indo para o banho, que vai fazer efeito se ela deixar a água cair.” (Mariana)

Soraya também fala sobre as limitações do espaço físico do local que impedem as mulheres de se exercitarem durante o trabalho de parto. O banho aparece aqui com duas funções: relaxamento e limpeza das secreções do parto.

“O nosso espaço é pequeno para elas caminharem, dificulta no exercício do trabalho de parto, tem muitas técnicas que auxiliam muito, a gente vê no dia a dia. Ficar deitada dificulta muito o trabalho, colocar ela no banho para relaxar ajuda nas contrações e no bem-estar dela, porque às vezes ela fica suja de sangue e líquido.”
(Soraya)

Para o gestor, o banho também é uma prática importante para acelerar o parto.

“Você pode colocar a paciente no banho para ter o relaxamento da musculatura, isso acelera e diminui o tempo de trabalho de parto, então acelera ao parto.”
(Lauro)

A conversa é relatada como uma prática importante. A enfermeira conta uma situação que aconteceu no local para exemplificar a importância dessa prática.

“Eu acho que a conversa é o principal, é você estar junto, elas sentem que não estão sozinhas ali. Teve uma paciente aqui que foi avaliada pela cirurgia geral, fez tomografia e tudo mais, ela morria de dor na barriga. Tinha oito dias que ela não evacuava, era uma coisa simples, que ninguém viu e eu me incluo, se alguém parasse para conversar com ela, pronto, estava resolvido. Então puxa vida, o que a gente está fazendo aqui que você não vê o simples de tudo?” (Mariana)

A mesma enfermeira fala sobre a analgesia como uma prática que deveria acontecer no local, relacionando a mesma à forma como a assistência ocorre e fazendo uma crítica à assistência no pré-parto.

“Você não vê ninguém movendo uma palha para que tenha analgesia de parto. Tem uma questão, para você não usar analgesia, você precisa fazer uma boa assistência no pré-parto, o que não tem aqui, então não justifica não ter analgesia.” (Mariana)

A enfermeira Lorena também relata sobre a assistência.

“(...) Você avalia a mulher a cada uma hora, conversa com ela a cada uma hora, faz cardiotoco, avalia a necessidade de aumentar ou não ocitocina.” (Lorena)

Dessa forma, a assistência obstétrica mostra seguir o padrão de hora em hora quando são realizados procedimentos e condutas

focadas na evolução do trabalho de parto, como a realização do exame de toque durante a avaliação, que é apontada pelo gestor. Para ele, a presença do médico de hora em hora transmite tranquilidade e segurança para as mulheres.

“O ideal é você fazer a assistência ao parto que é isso, você estar de hora em hora examinando as pacientes, fazendo toque, ver como a paciente está evoluindo, se está evoluindo, se não está evoluindo, como está evoluindo. Às vezes só dela olhar para você já passa uma tranquilidade, uma segurança, e ela sente que está assistida, você entrou no pré-parto, ela não ficou largada, o médico entrava de hora em hora lá.” (Lauro)

Para ele, o sentido do acompanhamento da evolução do trabalho está na detecção de intercorrências.

“A mulher tem que estar bem assistida no pré-parto, a gente está de olho na evolução do trabalho do parto, isso para a gente, estar sempre um segundo após a ocorrência, poder prestar um socorro imediato, adequado e não trazer grandes consequências.” (Lauro)

Já para a gestora, o sentido da assistência está em não ter uma atitude mecanicista.

“Na assistência a gente não está trabalhando em uma coisa de produção, nós estamos trabalhando com o outro, que tem sentimento e vontades.” (Valentina)

Mariana conta duas situações que vivenciou na assistência: uma em que o médico é autoridade e ocupa a cena do parto, criando um quadro de violência verbal e a outra que mostra a reação de uma das enfermeiras da equipe diante da realização de práticas que os anos de trabalho na assistência pareciam não permitir.

“Uma vez eu entrei e a paciente estava em pé quando o médico entrou e disse: ‘Dá para deitar porque se fosse para ficar em pé a gente tirava as camas’. Hoje elas podem levantar da cama ninguém manda elas deitarem, eu acho que está melhorando, mas é bem formiguinha, muito formiguinha mesmo. Outra vez eu estava fazendo massagem nas costas de uma paciente e uma auxiliar passou e disse: ‘Espera para ver se daqui uns anos ela vai continuar fazendo isso’, como se fosse um absurdo o que eu estava fazendo. Uma coisa você já vê de

mudança, nunca mais ouvi alguém falar: 'Na hora de fazer estava bom'. Graças a Deus." (Mariana)

Para Michael, a necessidade de explicação das práticas realizadas objetiva a adesão e colaboração da mulher quanto ao acompanhamento que está sendo feito. Entretanto, para ele, a aceitação daquilo que é feito depende de fatores culturais das mulheres.

"E assim são preocupações em explicar para mãe tudo aquilo que for fazer, para ela ter uma ciência e assim uma maior adesão a todo o acompanhamento, embora essa atenção toda não indique que você vai ter uma adesão porque depende do aspecto cultural da paciente." (Michael)

A explicação e a orientação também aparecem na fala de outros profissionais como uma necessidade. A orientação é atribuída como uma função da assistência pré-natal. A dor aparece como fator que dificulta a orientação no momento do parto e é vista como um impedimento para que as mulheres ouçam os profissionais.

"O pré-natal devia mandar ela pronta porque o trabalho de parto é longo, é dolorido, é difícil você orientar uma mulher em franco trabalho de parto de que aquilo é normal, que não está nada errado, que ela não deve gritar. O ideal é que ela já viesse orientada, mas como não vem que a gente conseguisse pegar antes do trabalho de parto estar estabelecido, porque a hora que ela está urrando de dor ela não quer mais ouvir. Então o ideal é que a gente conseguisse fazer uma assistência integral, que ela já viesse orientada." (Mariana)

Para a enfermeira, a orientação deve ser feita para que a mulher se convença e se conforme com a dor. Para ela, o fato de o pré-parto não ter separação de leito apavora as mulheres, fazendo com que o parto tenha um sentido ruim.

"A minha prioridade é tentar acalmá-la e tentar convencê-la que ela não está sentindo dor ou que aquela dor não é tão horrorosa quanto parece. Não adianta ir lá e dizer que ela não pode gritar (...) até por conta de não ter a divisão entre os leitos, aquela que não está com tanta dor começa a ficar apavorada, certa que vai ser

aquilo também e elas sempre imaginam que só vai piorar porque vai avançando o trabalho de parto.” (Mariana)

Na fala do gestor também aparece a necessidade de fazer a mulher se conformar com a dor. A dor aparece como fator contribuinte para que a mulher não esteja em seu juízo normal no momento do parto.

“Às vezes, quando a dor aperta a consciência afrouxa, a razão afrouxa, você vê a paciente gritar, se desespera perde a compostura porque a dor é forte. Acho que o profissional diante disto tem que ser firme, falar a verdade, que essa dor vai piorar. Tem que ser compreensivo, falar para a mãe ter paciência é normal, porque ela já está em transe, porque você chegar lá e ainda ser agressivo com ela não dá.” (Lauro)

Michel aponta que acompanhar o parto normal implica em ter bom senso, com práticas realizadas de acordo com a literatura médica. Ele classifica modelos de profissionais na assistência obstétrica, relacionando-os com as condutas quanto à realização do parto.

“Você tem que dar a chance do parto normal, permitir as condições para que isso ocorra sem ultrapassar os limites de segurança da mãe e do feto, então acho que você precisa ter bom senso (...). Existem modelos de profissionais: aquele mais atencioso, aquele mais vaginalista, aquele mais cesarista, aquele intervencionista. Porque existem aqueles que perseguem isso a todo o custo e às vezes tem resultados trágicos, tanto para a mãe como para o feto, e existem aqueles que não tentam nada, põe na mesa operatória, fazem a cesariana, já resolvem o problema da mãe, da criança, o seu próprio problema e já acabam com tudo. Eu acho que são dois extremos. A melhor via de parto é quando você proporciona aquilo que a literatura preconiza e seguindo os limites, você acaba tendo um melhor resultado materno e neonatal, então eu acho que essa é a melhor prática. (Michael)

Os profissionais contaram sobre as suas experiências de vida, a relação com docentes e outros profissionais e sobre como essas vivências refletem na forma como dão assistência. Soraya conta a sua experiência de ter perdido um filho e como isto refletiu em sua vida profissional.

“Um fato que me marcou muito foi eu ter perdido o meu bebê de 27 semanas, eu tive uma pré-eclâmpsia grave, fui sulfatada, tiraram meu bebê com 27 semanas e ele ficou 23 dias na UTI e depois foi a óbito. Dentro do meu trabalho eu vivi a minha própria experiência de paciente e não de enfermeira e isso marca muito, isso serviu tanto para a minha vida profissional como na minha vida pessoal (...). Todas as pacientes que eu vejo na situação que vivi, procuro dar tudo de mim naquele momento para aquela paciente porque eu sei o que ela está passando e isso vai marcar pelo resto da vida.” (Soraya)

Valentina fala sobre a necessidade de se espelhar em outro profissional e ter uma referência de modelo que venha de uma pessoa.

“Eu tive duas professoras na faculdade em quem me espelhei, na paciência delas. Depois na especialização a mesma coisa e aí você vê como acaba se espelhando em um outro profissional com mais prática, como a minha chefe do outro hospital, como ela abordava o colaborador, então eu sempre me espelho em alguém, a mesma coisa quando você vê alguma coisa que não gostaria de fazer, então você sempre tem alguém para você se espelhar, sempre tem um modelo.” (Valentina)

Lorena conta como a experiência que teve durante a faculdade com a Companhia do Riso foi importante para a sua formação como profissional.

“Durante a faculdade eu comecei a fazer um trabalho de humanização com a Companhia do Riso, como os Doutores da Alegria. A Companhia me formou como profissional como nenhuma outra faculdade me formaria, o que eu colhi na Companhia do Riso eu não teria em 50 anos que eu trabalhasse como enfermeira.” (Lorena)

4.1.4 Sentidos da humanização

Os sentidos da humanização para os profissionais e gestores do CO mostram estar associados ao acolhimento, à conversa, ao ato de ouvir as mulheres e à forma que acontece o parto. A humanização também mostrou estar relacionada ao senso comum, como componente inerente do ser humano.

Para a gestora, a humanização do parto deve iniciar na recepção do hospital, na forma como a mulher é recebida na instituição. Para ela, humanização também é permitir que a mulher possa expressar suas vontades e a sua dor.

“A gente fala muito de humanização do parto, mas humanização, para mim, tem que ser desde a porta do hospital, desde o primeiro contato, na recepção, como ela vai ser atendida, como vai ser abordada. Humanização é você deixá-la fazer e expressar o que ela gostaria, o que está sentindo, se ela quer gritar, ela grita, cada um expressa a sua dor de uma forma”.
(Valentina)

Ela também relaciona a humanização à conversa e relação com a mulher durante a realização de práticas na assistência. A conversa se mostra como o fator principal, independente das práticas realizadas.

“Quando você chega para ela e fala ‘Como vai, como está indo o trabalho de parto?’ você explica para ela, isso é humanização, dar informações do trabalho de parto para ela. Porque muitas vezes você vai lá, toca, anota e vira as costas. Você olhar no olho dela, sentar no mesmo patamar, conversar, explicar o porquê você vai romper a bolsa, mesmo com toda a dor que ela vai sentir, você propiciar um conforto para essa paciente, é ela fazer parte. Eu acho que nisso a equipe peca, é mais um trabalho de parto, é mais uma coisa.” (Valentina)

Para Mariana, a humanização é corresponder às necessidades das mulheres. Ela dá o exemplo do que acontece no hospital quanto ao protocolo de indução: normalmente a mulher não recebe informações sobre as práticas realizadas. Para ela, humanizar também é deixar a mulher consciente do que está acontecendo e irá acontecer enquanto ela estiver no local.

“Eu acho que humanizar é você assistir o que ela precisa naquele momento. Às vezes ela fica aqui muitas horas e aqui é um hospital que segue aquele protocolo de indução com misoprostol, a cada quatro, seis horas, e tem paciente que fica por muito tempo (...). Normalmente ninguém explica que ela internou para induzir: vai induzir, vai demorar, e ninguém explica o que é induzir. Humanizar é explicar o que ela está fazendo aqui, o que

vai ser feito, quanto tempo pode demorar, então é a necessidade dela.” (Mariana)

Ela também relata a humanização como “o olhar para cada história”, implicando em ouvir as histórias, que por sua vez leva à necessidade de quebrar regras institucionais. Isto se mostra conflitante porque, embora defenda que possa ser inevitável a quebra de regras, ela acredita que abrir concessões pode comprometer a imagem da instituição,.

“(…) Humanizar é você olhar para aquela história. Um, dia me falaram assim: ‘Você escuta todas as histórias que te contam’, mas eu tenho que partir do princípio que é verdade, que aquele marido estava trabalhando lá na zona leste e ele quer ver a mulher que está internada há 30 dias com pressão alta, eu falo ‘Então tá, só não demora muito porque vão me questionar’. Eu acho que são as necessidades de cada um individualizadas dentro do que eu posso proporcionar porque também, se eu quebro a regra do hospital todas as vezes e a outra não quebra, fica ruim para a imagem que eu quero que o hospital tenha, mas eu acho que é isso humanizar, é você olhar a particularidade de cada uma naquele momento. Não sou melhor do que ninguém, mas isso faz a diferença no carinho delas, na fala: ‘Se todo mundo fosse igual a você, se ouvissem como você ouve’. Tem aquele dia que você não está com tanta vontade, tem dias que eu vou passar visita e fico 40 minutos em um quarto e elas falam, contam, e eu penso: tenho tanta coisa pra fazer, isso, aquilo.” (Mariana)

Para outros profissionais, o significado de humanização está mais voltado para o senso comum como um atributo inerente ao ser humano.

“Humanizar eu acho que é uma palavra muito forte e que muita gente ainda precisa aprender o que é humanizar, porque humanizar já é em si um sentimento, vem de humano. Eu acho que a gente vive em um mundo de cão, em que o humanizar passa despercebido em tanta gente, é o que nos diferencia dos animais, mas humanização a gente vê até nos animais, a gente está em um mundo de disputa e acaba esquecendo da humanização.” (Soraya)

“Humanizar em si é o tratar com todos, é ser cordial no tratar, no respeito ao outro.” (Michael)

Para o gestor, humanizar implica em deixar o parto o mais natural possível. Ele fala sobre a falta de confiança das mulheres em

relação à equipe, por estarem em um ambiente com pessoas desconhecidas. Para ele, a humanização do parto depende da colaboração dos familiares e do dever do marido de participar das consultas de pré-natal. Sem isso, não há como ter um parto humanizado.

“Eu acredito que humanização seria deixar o parto mais natural possível e menos mecânico, quando você tira a paciente do ambiente dela, às vezes ela esta com o pai, com a mãe, com o marido, e você põe a paciente no pré-parto onde ela não conhece ninguém, ela já fica frágil, indefesa, acha que vão tirar o bebê dela, vão fazer qualquer coisa de mal com ela, entendeu? Então ela perde forças. Na humanização você fortalece a mãe desde que tenhamos a colaboração dos familiares, mas às vezes o marido não foi em uma consulta do pré-natal. Posso te garantir que todas que vêm aqui para ter o parto humanizado o marido não foi em nenhuma consulta. Isso para mim é uma falha que não pode.”
(Lauro)

4.1.5 As vozes das mulheres participantes do estudo

Amanda, 20 anos, 01 filho, 01 parto normal

Nasceu em São Paulo. Trabalhou como auxiliar de cozinha na rede *Burger King*, mas pediu demissão durante a gravidez por causa dos enjoos que sentia. Mora com a avó em uma comunidade nas redondezas do hospital. Contou que teve uma infância muito triste e enfrentou muitas dificuldades junto com a família. Relatou que sempre desejou ser mãe e pretende trabalhar e terminar o ensino médio para poder dar uma boa condição de vida para o filho.

Rosa, 30 anos, 01 filho, 01 parto normal

Nasceu na Bahia, em uma cidade pequena perto de Ilhéus. Mudou-se para São Paulo no ano 2000. Possui uma pequena oficina de costura em sua casa, onde trabalha com a sua irmã. Contou que não planejou a gravidez, mas ficou muito feliz em engravidar.

Giulia, 19 anos, 01 filho, 01 parto normal

Nasceu no Rio de Janeiro, veio para São Paulo com seis meses e foi criada pela avó. Mora com o namorado. Trabalhou durante quatro meses como secretária em uma empresa. Após este período, a empresa faliu e ela foi demitida. Disse que quando descobriu estar grávida ficou triste e feliz ao mesmo tempo, pois não imaginava ser mãe tão jovem. Contou sobre o cansaço e ao mesmo tempo a alegria em ser mãe. Disse que pretende fazer faculdade de psicologia porque gosta muito de conversar sobre experiências de vida com as suas amigas.

Vanda, 20 anos, 01 filho, 01 parto normal

Nasceu em São Paulo. Contou estar desempregada e pretender fazer faculdade de secretariado e trabalhar para poder sustentar a filha. Disse que não queria ficar grávida tão cedo, mas a mãe e a família aceitaram a gravidez à medida que foram vendo a barriga crescer. Escolheu fazer a entrevista em um *shopping center* da região e foi acompanhada pelo irmão, que perguntou se podia participar da entrevista. Ele tem curso técnico de enfermagem e contou que no dia do parto levou sua irmã ao hospital e estava com a lei do acompanhante impressa. Relatou os conflitos que aconteceram ao mostrar a lei e pedir para entrar no local.

Ada, 25 anos, 01 filho, 01 parto normal

Nasceu em Pernambuco. Contou sobre a infância difícil, começou a trabalhar com quatorze anos. Quando jovem, engravidou do namorado e casou, mas sofria violência doméstica. Com sete meses de gestação, percebeu a falta de movimento do bebê, sendo um quadro de óbito fetal intrauterino. Contou que a experiência vivida neste processo a deixou com muito medo de engravidar outra vez. Contou sobre a separação do primeiro marido e dos traumas que o relacionamento causou. Em 2003, começou a se relacionar com seu atual marido que veio trabalhar em São Paulo. Ela mudou para a

cidade para morar com ele em 2010. Disse ser um homem calmo e não agressivo e que gosta muito dele.

Sandra, 21 anos, 02 filhos, 02 partos normais

Nasceu no Maranhão e cresceu no Piauí. Mudou para São Paulo com o marido em 1995. Trabalha como cuidadora de idosos. Disse ter vontade de voltar para o Piauí, mas em São Paulo tem mais opções de trabalho. Quando soube que estava grávida, ficou triste e quase entrou em depressão porque usava métodos contraceptivos e não tinha planejado a gestação. Disse que depois ficou conformada citando a frase de uma amiga: “Quando a criança quer nascer não adianta usar nada, você fica grávida mesmo.”

4.1.6 As vivências durante o processo de nascimento

As mulheres relataram as vivências durante o trabalho de parto e parto no CO. Neste contexto, as práticas institucionalizadas mostram-se intermediadas por relações ora presentes e ora ausentes, refletindo nos encontros e desencontros que se dão no contexto da assistência.

As mulheres contam as relações e percepções das práticas realizadas pelos diferentes atores presentes no local durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. A mudança de plantão e a presença de novos atores são percebidas pelas mulheres como uma mudança na forma como elas recebem a assistência. Elas relatam a ajuda, o apoio e a conversa como formas de uma boa atenção. Entretanto, os protocolos rígidos aparecem como impedimento para as possibilidades de escolha e negociações durante o processo do parto.

As mulheres contaram como foi importante receber apoio dos atores presentes no cenário nas vivências durante o trabalho de parto.

“A enfermeira que chegou durante o dia não foi tão atenciosa assim, mas a enfermeira da noite ficou lá, me ajudou bastante, conversou comigo e os médicos vinham ver com quanto eu estava de dilatação.” (Giulia)

“Tinham umas estudantes que ficaram do meu lado conversando comigo. Aí quando foi à noite a bolsa, que não tinha estourado, estourou, a dor veio mais forte e eu ficava: ‘Me ajuda, me ajuda, quero uma cesárea!’ e elas: ‘Não, a gente não pode fazer cesárea porque você tem passagem para normal, você é guerreira você vai conseguir.’” (Amanda)

A ausência do acompanhante aparece de forma conflituosa e repercute na experiência do parto. Vanda conta sobre as rotinas quando chegou ao local e o fato de seu irmão estar com a lei do acompanhante impressa e apresentar no local.

“Minha mãe entrou comigo e depois de cinco minutos a enfermeira mandou ela sair, falou que tinha que esperar do lado de fora. Aí eu tirei minha roupa, ela entregou para minha mãe e mandou ela fazer a minha ficha de internação, eu coloquei a camisola e já fui pra sala. Ninguém gosta de ficar sozinha, né? A mulher do serviço social disse para o meu irmão que não podia ficar na sala porque as mulheres ganhavam bebês todas ao mesmo tempo, mas só tem uma maca lá e ganha uma por vez. Eu queria qualquer pessoa da minha família comigo, meu irmão foi lá, levou a lei, mas a mulher da administração do hospital não deixou, falou que o hospital não tinha estrutura.” (Vanda)

“Dá um desespero você ficar lá sozinha, sem nada para poder se comunicar com a família. Eu fui a última do quarto a dar a luz.” (Giulia)

Para Rosa, ficar sem o acompanhante não foi algo importante, o que mostra como as escolhas das mulheres se dão de formas diferentes e estão relacionadas com as suas subjetividades e modos de ser.

“Acompanhante não pode entrar lá, mas se fosse entrar eu não ia querer porque eu prefiro ficar sozinha porque eu tenho vergonha, aquela perna aberta pra lá e para cá, aquele monte de sangue saindo, primeiro que eu ia ficar preocupada com a pessoa que está do lado vendo aquele monte de sangue saindo, mesmo se pudesse eu não ia querer, então eu achei normal, eu não sou medrosa, então foi tudo bem para mim.” (Rosa)

Aqui, Amanda conta sobre a indagação das enfermeiras por ela não estar gritando e sobre o incômodo que os gritos das outras mulheres causam para elas.

“Tinha duas mulheres que iam fazer cesárea, eu fiquei conversando com elas, as enfermeiras vinham, ficavam olhando, perguntavam se estava tudo bem, aí elas falaram: ‘É seu primeiro filho? Nossa, não parece porque você está calma, tem umas que já chegam gritando, nós não aguentamos os gritos delas’.” (Amanda)

As mulheres relataram posturas desrespeitosas dos profissionais e formas de controle por meio de proibições. Vanda conta sobre a maneira como foi advertida pela enfermeira e médica devido sua forma de expressar a dor.

“A enfermeira falou que não podia chorar, que se eu chorasse ia sufocar o bebê, ela me disse: ‘Evita de fazer isso porque não faz bem pro bebê, ele sufoca’. Eu pensei ‘Pronto, vou matar a minha filha, né?’ porque você não pode chorar nem respirar. Não tem como fazer o que as enfermeiras estão pedindo, é difícil ficar com dor e ficar quieto, quando você está com dor não tem como ficar quieta, a gente não grita porque quer, chora porque quer. A médica falou que tinha combinado comigo para eu não incomodar as outras pacientes e quando eu começava elas já vinham: ‘Não chora!’ e eu comecei a ficar irritada, fora que a médica entrava na sala e falava ‘Hoje eu quero estourar uma bolsa’ e eu só pensava: ‘Tomara que não seja a minha’. Eu não queria porque dói e eles pensam que assim, só porque a pessoa está sentindo dor, eles podem chegar e estourar a bolsa. Graças a Deus a minha estourou sozinha.” (Vanda)

Amanda conta ter sentido dor na realização do exame de toque, o que a fez ser advertida pela médica.

“A médica ficou um pouquinho nervosa comigo na hora do toque porque dói, eu gritei e ela me deu uma bronca.” (Amanda)

Aqui, Ada relata sobre a falta de esclarecimento sobre a prática realizada - no caso, a amniotomia. Também conta sobre afirmações ofensivas da equipe.

“Eles fizeram o toque e estourou a bolsa, foi com um negócio, eu fiquei até meio assim porque não foi só a mão e ela não falou nada, eu já fui para o quarto andando, eles colocaram o soro e um comprimido. Eu fiquei das duas da tarde até as onze horas da manhã do outro dia e ninguém fazia nada. Umas duas horas da manhã eu pedi para eles chamarem meu marido para fazer cesárea porque eu não aguentava mais, mas elas ficavam gritando que eu era mole, que no próximo ano eu estava lá de novo, que eu tinha que aguentar.” (Ada)

As mulheres relatam sobre as dores fortes causadas pelo soro e também sobre o não esclarecimento das suas perguntas.

“Eu fiquei na base de soro, me deram um comprimido, colocaram lá. Eu fiquei quase o dia inteiro sentindo as dores normal, à tarde elas me deram o soro, misturaram com um outro negócio e aí começou a doer mesmo.” (Giulia)

“As enfermeiras me ajudaram a trocar de roupa, me levaram para a sala do pré-parto e chegando lá elas me deram o soro. Fiquei no soro e a dor começou a ficar forte. Tudo que elas vinham fazer eu perguntava para o que era, mas elas não falavam que o soro era para dar dor.” (Amanda)

O banho como prática terapêutica disponível no CO aparece aqui ora como uma prática benéfica, ora como uma prática prescritiva:

“As enfermeiras me colocaram no banho e ficaram comigo conversando, eu falei para elas me deixarem lá porque estava quentinho e o dia estava frio, mas depois elas me tiraram, me colocaram na cama de novo e lá vieram elas com soro.” (Amanda)

“Aí quando foi à tarde ela mandou eu tomar um banho quente no chuveiro, não sei se você sabe, mas eles dão um banho no chuveiro quente, fiquei uma hora no chuveiro, eles deram em todas as mulheres que estavam lá. Mas quando você está sentindo dor mas não tem dilatação, eles colocam lá no banho, aí eu fiquei lá, até a faxineira falou assim para mim: ‘Esse banho é mágico, quando você sair de lá você já vai ganhar’. E foi dito e certo, quando eu saí de lá, já saí sentindo dor e vomitei, quando eu vomitei a minha bolsa estourou, porque não tinha estourado ainda, e aí fui para a sala de parto.” (Rosa)

“Tinha uma que queria que eu ficasse uma hora debaixo da água e eu sem aguentar de tanta dor, mas elas me deixavam lá e saíam e eu gritava porque não estava

aguentando ficar e elas falavam que eu tinha que ficar, tinha que ficar.” (Ada)

As observações durante as visitas ao local e os relatos das mulheres mostraram que, ao completar nove centímetros de dilatação, elas são colocadas em uma maca estreita, onde permanecem até a hora de serem levadas para a sala de parto. Nesse momento, elas são orientadas a fazer força. Elas relataram as dificuldades em ficar na maca, o medo e os sentidos relacionados ao ato de fazer força.

“Eles me tiraram da cama e me colocaram na maca e me mandavam fazer força, mas eu não tinha mais força nenhuma porque já tinha passado a noite gritando para botar força, eu senti a dor, mas como eu ia por força? Eu estava só o pó, sem comer, como eu ia botar força?” (Ada)

“Na hora que eles colocam a gente naquela maca eu acho que eles tinham que ter mais cuidado, porque só faltou eu me jogar de lá e eu estava com nove centímetros. Aquela maca é pequena, fina, se é uma pessoa que está com mais dor dá um pulo e cai no chão. A enfermeira falava: ‘Você vai machucar o bebê se você ficar assim’ e eu respondia ‘Mas eu estou com dor, quer que eu fique como?’” (Vanda)

Vanda conta que não conseguia compreender a força que tinha que ser feita, explicando que, em sua percepção, primeiramente, o bebê deveria encaixar para, posteriormente, a mulher fazer a força. Ela conta que queria levantar da maca, mas não recebeu permissão.

“Eu não sei que força é essa se é parto normal, quem faz a força é o bebê. Ele encaixa, depois a mulher que faz a força. Eu achei um absurdo eles mandarem eu fazer força antes do bebê encaixar. Eu não queria ficar deitada, eu queria levantar e elas falavam ‘Não pode levantar!’, ‘Não pode chorar!’, ‘Não pode gritar!’, Não pode fazer isso ou aquilo., ‘Faz força, faz força!’” (Vanda)

Amanda conta sobre o elogio recebido por fazer a força considerada correta, o que aprendeu em seu repertório familiar e o medo sentido ao ser colocada na maca.

“Eu fiquei com vontade fazer cocô, só que eu tinha medo. Quando vinha a contração eu ficava fazendo força, o médico perguntou: ‘Quem te ensinou?’ e a enfermeira falou: “‘Ela aprendeu aqui, agora.’ e eu disse: ‘Não, eu aprendi em casa mesmo perguntando para as pessoas que já tiveram filho’. Ele falou ‘Está super bem, continua assim’. Depois falaram: ‘Está na hora de nascer!’, me colocaram na maca e nesta hora me deu mais medo.” (Amanda)

As mulheres relatam suas vivências durante o parto. Elas contam que, ao serem levadas na maca para a sala de parto, são colocadas na mesa em posição ginecológica e relatam as práticas realizadas. Entre elas, a *manobra de Kristeller* e a episiotomia.

“A médica enfiou o braço pra puxar ela, foi muita dor, muita dor e um monte de médico empurrando você, empurrando a sua cabeça para baixo. Chegou um médico e falou: ‘Ela vai nascer agora’, empurrou minha barriga com o cotovelo, ela nasceu e me deixaram toda machucada, toda doída, eu sentia tanta dor, tanta dor depois que a enfermeira da maternidade não acreditava que eu tinha tido normal porque as minhas pernas ficaram travadas, fiquei doente e fiquei assim uns 15 dias.” (Ada)

“Na hora dela nascer aquele médico forçando a minha barriga, além de fazer força eu estava com falta de ar porque ele ficava empurrando a minha barriga.” (Vanda)

Amanda conta que, segundo os profissionais, estava fazendo a força de forma errada no período expulsivo e conta que teve medo de não conseguir fazer a força para o bebê nascer diante do que sentia e do que ouvia.

“Eu fazia força e eles falavam que eu fazia força errada, que eu fazia a força na garganta e que não era assim, mas eu não gritei nada, eu só fazia força, aí eu perguntava: ‘A cabecinha está aparecendo?’. Quando estava quase saindo, eu não consegui fazer muita força aí as enfermeiras começaram a empurrar assim a minha barriga e ele nasceu, deu muito medo. Eu tive medo de não conseguir colocar ele pra fora porque antes de eu ganhar bebê eu sentia dor e sentia falta de ar, eu pensava que na hora do parto eu não ia conseguir inspirar e perder as forças para tirar ele, porque ficam falando que na hora do parto se não faz a força é perigoso prender a cabecinha dele e ele morre. Depois que ele nasceu eu continuei deitada e continuei com medo, a minha perna ficou naquele negócio gelado e ficou meio estranha, bamba assim, e eu fiquei

perguntando 'Não vão me tirar daqui?', aí elas falaram 'Espera que ainda vai sair a placenta'." (Amanda)

Durante o parto, as mulheres relatam que tiveram episiotomia.

"Senti umas três dores bem fortes aí ele saiu, senti a cabecinha dele saindo primeiro e eu achando que não tinha saído, acho que foi porque eles dão anestesia local porque cortam, né? Tipo um cortezinho." (Rosa)

"Eles fizeram o cortinho lá, dói bastante, é bem dolorido, mas depois só ficou a dor dos pontos mesmo, eu não conseguia andar, subir e descer da cama, dar banho nele, aí parou de doer quando cicatrizou." (Amanda)

Vanda conta que achava que o parto normal era tranquilo, mas que para ela foi como uma cesárea (referindo-se ao corte da episiotomia).

"Acho que o corte foi enorme, não tive coragem de ver. Fizeram um corte enorme, perguntei quantos pontos e a médica não falou. Eu achava que parto normal era mais tranquilo, mas o meu pareceu cesárea. Estava um corte horrível, que nem uma cesariana, fiquei mancando quando voltei para casa." (Vanda)

Giulia conta que o médico não falou sobre a realização do procedimento e, além disso, se recusou a responder sua questão quanto à quantidade de pontos que recebeu.

"Ele fez a episiotomia, não chegou a falar e fez, ele não estava paciente, eu cheguei a perguntar para ele quantos pontos ele ia me dar e bem frio ele disse: 'Eu não conto quantos pontos'. Quando ela nasceu eu nem senti saindo de mim, a médica falou: 'Pronto, já nasceu' e eu falei: 'Nossa, nem senti!', mas eu estava tão agoniada de olhar para a minha barriga e lá sangrando e os pontos, fiquei pensando 'Meu Deus, como eu vou andar?', estava doendo, mas foi difícil, demorou umas duas semanas para os pontos caírem." (Giulia).

Ela conta que, embora não tenha recebido um bom atendimento do médico, recebeu ajuda de uma enfermeira e uma médica. A presença da médica a acalmava. Mas quando ela saía da sala, voltava a se sentir tensa.

“Quem fez meu parto foi um homem e uma outra mulher. Ela foi atenciosa comigo, tentava me acalmar, porque é muito, muito dolorido e você não consegue ficar calma nessa hora. A enfermeira me ajudou muito e a outra médica também, o médico que fez o meu parto eu não tive um tratamento muito bom dele, pelo fato dele não ter tido muita paciência comigo porque eu não conseguia fazer força. Quando ela estava lá eu ficava mais calma, mas quando ela saía eu já ficava tensa, pensava ‘Ele está vindo’, complicado.” (Giulia)

Amanda também conta sobre a relação com os diferentes atores que estavam presentes no momento do parto. A presença das estudantes e da enfermeira contribuiu para que ela se sentisse calma.

“Na hora do parto eu estava com muito medo e o que me acalmou foram as estudantes que ficavam conversando comigo e a enfermeira que estava do lado do médico, ele também ficava conversando comigo, mas conversava pouco, só ficava falando: ‘Faz força, faz força, faz força!’.” (Amanda)

Sandra relata que não achou o médico grosseiro ao pedir que ela não gritasse. Entretanto, ela foi testemunha de frases ofensivas para outra parturiente.

“Comigo o médico pediu para fazer força, eu gritei, ele falou: ‘Aí não mãe, só faz força’, mas ele não foi grosso. Tinha uma menina que estava no quarto comigo, não sei se foi um médico ou uma médica que fez o parto dela, as enfermeiras falaram frases para ela desse tipo: ‘Na hora que você estava fazendo você gostou, agora você também tem que gostar!’, isso não deveria existir de jeito nenhum porque a gente deveria se colocar no lugar das pessoas porque as pessoas são diferentes e reagem diferente.” (Sandra)

Para Rosa, a experiência foi boa porque ela não sentiu tanta dor como pensava que iria sentir. Ela relata que não fez escândalo como as outras mulheres.

“Foi bem melhor do que eu pensava porque todo mundo fala que sente muita dor, que dói muito e eu morrendo de medo, mas não senti tanto, nem chorei, não fiz aquele escândalo que todo mundo faz e fica gritando.” (Rosa)

As mulheres relataram suas vivências no pós-parto. Vanda conta sobre a falta de esclarecimento dos procedimentos feitos, o que a fez ficar preocupada.

“(...) Quando elas me deixaram lá na sala de recuperação a enfermeira entrou perguntando quem é a Vanda, eu levantei a mão, ela olhou para a outra enfermeira e disse: ‘Essa aí fez períneo.’ E eu pensei ‘Como assim e ninguém falou nada pra mim?’. Eu acho que foi porque minha bexiga baixou muito porque eu fiz muita força, mas não era para fazer isso com a minha idade, eu tenho 21 anos só, eu conheço gente que fez depois de seis filhos.” (Vanda)

Algumas semelhanças podem ser vistas nos relatos da Giulia e da Ada em relação à conduta e postura do médico ao verificar os pontos da episiotomia e à falta de comunicação com as mulheres.

“O ginecologista ia lá na sala pra ver os pontos, mas não foi aquele atendimento, ele entrava e falava: ‘Se descobre e abaixa a calcinha que eu vou olhar você.’. Não parava para ver se tinha mesmo alguma coisa, aí ele deu alta para todas as meninas e me passou um medicamento, nem falou para o que era, mas eu tomei. Só deu a receita, o papel da alta, não explicou nada. Acho que era um anti-inflamatório, não sei se era para a coluna, se era para não infeccionar os pontos, eu tomei por um tempinho e quando eu tomava aliviava a dor dos pontos.” (Giulia)

“Vinha médico, chegava para examinar de manhã. Um dia chegaram dois, ela falou: ‘Abaixa sua calcinha’ e eu em pé, veio o outro médico e perguntou: ‘Você já examinou?’ e ela falou: ‘Já, já examinei todas.’. Aí o médico falou ‘Mas nossa, você é rápida, hein?’ e saíram os dois.” (Ada)

As mulheres também falaram sobre a importância da ajuda que receberam das enfermeiras com o cuidado do bebê e no suporte para levantar da cama, tomar banho, ir ao banheiro.

“Após o parto eu continuei passando mal com pressão baixa e a enfermeira me deu banho, deu banho na bebê. Elas foram bem legais comigo.” (Giulia)

“As enfermeiras são atenciosas e te ajudam porque de regra, quando você chega na maternidade, são elas que te ajudam no primeiro banho e no banho do bebê, mas

no meu caso ajudaram no segundo, no terceiro, perguntavam como eu estava, eu gostei.” (Sandra)

Rosa relata as rotinas da transferência da sala de parto para a maternidade. Conta que não recebeu ajuda no primeiro banho e que se sentiu fraca por causa da perda de sangue.

“Me mandaram ir sozinha para o banheiro, eu saí da sala de parto, fiquei duas horas esperando, você perde um monte de sangue. Descem com você naquela maca para o terceiro andar, no quinto andar para descer daquela maca e vai passar para a cama, já mandam você ir para o banheiro tomar banho. Eu comecei a passar mal, tinha uma cadeira, mas não deu tempo de sentar, sem calcinha, cheia de sangue, sentar no vaso sujo, demorou para passar a tontura. Outra enfermeira abriu a porta e percebeu, ela disse: ‘Ela é louca para deixar você tomar banho sozinha?’. Depois que eu estava no quarto, as outras enfermeiras ajudaram, então não são todas que fazem isso, mas se deixar, você acabou de ter o bebê, você pode cair ali, bater a cabeça e até morrer, porque você está fraca, perdeu sangue.” (Rosa)

Vanda relata a atenção que recebeu das enfermeiras para dar banho no bebê. Ela também conta sobre a sua percepção quanto ao trabalho de uma das enfermeiras.

“Pra dar banho no bebê tinha um grupo de enfermeiras que ajudavam, bem legal. Elas me davam café e davam banho na bebê. Teve uma hora que eu estava lá e tinha só uma enfermeira fazendo tudo, mas eu vi que ela estava com vontade de trabalhar, trocou meu forro, arrumava o soro, atendia as outras pacientes, mas foi só essa que eu vi trabalhando porque as demais ficavam mexendo nas fichas.” (Vanda)

No relato de Ada, não houve esse auxílio com os primeiros cuidados do bebê e para poder se movimentar. Ela conta da solidão que sentiu no local e sobre a necessidade de voltar ao hospital após sair da maternidade e enfrentar a desvalorização da sua dor.

“Depois que eu tive o bebê fiquei internada cinco dias com muita dor, ponto inflamado, ninguém me ajudava a dar banho nela. No primeiro dia uma enfermeira deu, mas depois ninguém ajudava e eu tinha que encher a banheira, fazer tudo sozinha. Me deu crise de choro, eu não aguentava mais ficar lá sozinha, não tinha quem me ajudasse, meu marido ia lá, me dava uma força, mas

tinha que ir embora. E eu vim embora e eles só falavam que eu tinha que andar, andar, se não eu ia ficar entrevada. Quando eu cheguei em casa piorou porque eu não conseguia fazer nada, urinar, fazer cocô. Meu marido pegou o carro do patrão, meu vizinho me jogou no carro. Chegando lá eles me sentaram em uma cadeira de rodas, eu subi gritando com muita dor, eles começaram a debochar perguntando se eu ia ganhar, eu falei que eu já tinha ganhado, aí a enfermeira falava: 'Eu achei que você ia parir!'.” (Ada)

Vanda relata sobre o cansaço sentido no pós-parto e o fato de não querer amamentar ser questionado pela enfermeira.

“Depois que você tem bebê fica exausta. Passadas duas horas que eu tinha saído da sala de parto eles já queriam colocar o bebê para mamar e eu falei: 'Ela pode esperar mais um pouquinho?'. A enfermeira falou: 'Nossa, você não vai dar mama para a sua filha?' e eu disse: 'Eu vou dar, mas não agora.'. Eu estava cansada e ainda com aqueles problemas de hemorragia. Eles falam que a mãe está com depressão se não quer amamentar na hora, eles ficaram perguntando 'Mas por que você não quer amamentar a sua bebê, você não está com vontade?' e eu falei 'Não é que eu não estou com vontade, não existe isso, eu só estou cansada'.” (Vanda)

Ada também conta que queria descansar após do parto, mas tinha que responder perguntas que para ela não tinham sentido.

“De madrugada, em vez de deixar você descansar, eles te acordam toda a hora, eu cansada, ela também e quando eram sete da manhã eu já tinha que acordar para dar banho, tomar café, eles fazem toda a hora uma pesquisa: fez xixi, fez cocô, uma coisa sem lógica isso aí. E para as coisas que tem mais importância elas não ligam, como eu ter saído de lá do jeito que eu saí.” (Ada)

4.1.7 Discurso sobre o contexto

As mulheres relataram as tensões que permeiam a decisão sobre a ida ao hospital. Aqui aparecem conflitos entre o hospital de referência da UBS e o hospital que gostariam de ir. Esta questão também é permeada pelo fato de as mulheres por vezes chegarem

aos locais fora de trabalho de parto, o que se mostra como um contratempo bastante desagradável.

Amanda conta que foi em duas maternidades mais próximas de sua casa. Em uma dessas, a médica falou que ela deveria ir para a maternidade de referência.

“Aqui o hospital mais perto é o C. No domingo eu comecei a sentir dor eu fui para lá, mas eu estava com um dedo de dilatação só e resolvi vir embora para casa. Na quarta-feira eu fui na maternidade D, aí me mandaram ir para o hospital de referência. A médica da maternidade falou: ‘Você volta para casa, toma um banho quentinho e deita, você tem que ir para o hospital de referência.’ Como eu pensei que não ia conseguir vaga nem no C nem na maternidade D, então eu fui direto para lá mesmo.” (Amanda)

Rosa foi para o hospital referência de sua UBS, mas conta que também queria ir para um hospital mais próximo de sua casa. Ao chegar ao local, a médica do plantão falou que ela deveria ir para outro hospital. No seu entendimento, a médica não queria acompanhá-la na hora do parto.

“Quando eu fiz o pré-natal esse era o hospital indicado, então eu fui para lá. Eu queria ir para um mais próximo porque lá é longe, é mais ou menos uma hora daqui. Quando eu cheguei tinha uma médica bem novinha lá, ela me disse: ‘Ah! Você não deveria vir para cá’, mas eu passei ‘O meu pré-natal inteiro ouvindo a minha médica falar que era para vir para cá porque o melhor lugar é aqui’. e ela me disse ‘Volta para casa e se você sentir dor não vem pra cá, vai para outro hospital’. Eu entendi que ela não estava querendo que eu voltasse, que ela não queria fazer meu parto.” (Rosa)

Giulia relata que decidiu não ir para o hospital de referência de sua UBS por não gostar do atendimento do local. Ela decidiu ir para a maternidade, X por ter ouvido falar que era boa e visto informações sobre o local através de pesquisa na internet. Não havendo possibilidade de ter o parto onde queria, acabou indo para o hospital de referência, por sugestão de sua vizinha.

“Eu fui ao hospital X, mas estava com um cm e não me internaram. Eu fui pra lá porque ouvi falar que a maternidade de lá é muito boa, eu fiz uma pesquisa na internet. A obstetra tinha falado para eu ir ao hospital de referência do pré-natal, mas não gostava do atendimento de lá, eu já tinha passado no pronto- socorro. A médica do pré-natal disse que no X não tinha mais vaga. Eu pensei ‘Para onde eu vou?’. Já estava tendo contrações há dois dias e resolvi ir para esse mesmo. Minha vizinha teve parto lá e falou que era bom.” (Giulia)

Vanda conta que, inicialmente, iria para outro hospital. Porém, mediante a experiência da irmã no local, decidiu ir para o hospital de referência.

“Eu fui pra esse hospital de última hora, eu ia para S, mas a minha irmã teve lá e deixaram meu sobrinho passar do tempo de nascer, ele ficou um mês internado com soro na cabeça, problema respiratório, minha mãe ficou com medo de eu ir para lá. Esse era o hospital de referência da minha UBS mesmo.” (Vanda)

As mulheres ressaltaram a limpeza e organização do espaço físico como um ponto favorável do hospital referência.

“Eu achei bom, falaram pra mim que lá era sujo, que o atendimento não era bom, na parte que as pessoas ficam internadas em baixo é ruim porque você vê que parece que uma pessoa fica em cima da outra, mas quando eu fui ganhar e cheguei à maternidade, achei limpinho, vinham as meninas da limpeza.” (Amanda)

“Assim, a entrada do hospital é bem esquisita, né? É estranho, mas depois que eu entrei eu vi que estava tudo calmo, não tinha tanta gente e não era tão bagunçado.” (Sandra)

Apesar de relatarem sobre a limpeza do ambiente do hospital referência, o atendimento de alguns profissionais fez com que elas tivessem outra percepção sobre o local.

“Do espaço físico do hospital eu gostei porque não é sujo é limpo, organizado. O que estraga mesmo é o atendimento de alguns funcionários.” (Giulia)

Giulia também relata a necessidade de estar consciente de que o atendimento no momento do parto pode variar, pois depende

dos profissionais. Ela dá sentido ao que, para ela, seria um tratamento adequado, comparando com a experiência que teve no local.

“Tem que estar ciente que o atendimento é diferente dependendo do local, nem todos são bons, nem todos são os mesmos, uns tem tratamento diferente e outros não, não dá para esperar um mar de rosas porque nada é perfeito. Acho que é o tratamento, escutar a pessoa, perguntar o que está sentindo, se precisa de alguma coisa. No meu caso eu precisava ir ao banheiro e a enfermeira se recusou a me ajudar a levantar, falou: ‘Segura do lado da cama e levanta.’. Entendeu? Isso eu fiquei indignada, eu acho que um pouco de dedicação seria muito bom.” (Giulia)

Ada conta sobre a sua percepção do hospital referência na recepção e relata as palavras desrespeitosas e grosseiras de uma enfermeira.

“Eu não gostei de nada lá, nem da recepção na hora que entrei, só teve uma vez que eu estava sentada lá esperando para fazer a ficha que um rapaz disse: ‘Vem, eu não vou deixar você esperando com esse barrigão’, mas foi só uma vez. Outro dia eu cheguei lá e me sentei, mas mulher grávida não fecha as pernas a enfermeira falou: ‘Fecha as pernas minha filha, foi desse jeito que você engravidou, de viver com as pernas abertas.’. Eu queria que as coisas melhorassem, você chegar e ser bem atendida por esse povo que fala que é profissional.” (Ada)

Na fala de Rosa aparece a questão das tensões que acontecem quando a mulher chega ao hospital relatando estar com dor e a forma como a mídia influencia nas percepções quanto à atenção recebida.

“Acho que é importante eles terem muita atenção porque a gente chega lá sentindo dor, parece que fazem pouco caso. Da última vez que eu fui eles queriam me mandar para casa, mas às vezes eles fazem isso e você acaba tendo filho no meio do caminho, eu vejo na TV.” (Rosa)

Vanda fala sobre a falta de paciência por parte dos profissionais. Ela conta as suas percepções quanto ao atendimento dos médicos e das enfermeiras.

“Eu achei o hospital limpo, só o atendimento das enfermeiras que eu não achei bom não. Eu acho que o profissional tem que ter paciência se estudou pra ser enfermeira, ainda mais de gestante, tem que ter paciência. Eu achei que os médicos são pacientes, quem não tem paciência mesmo são as enfermeiras, os médicos conversam, deixam a gente até mais calma, agora elas ficam impondo o que fazer, o que não fazer.” (Vanda)

Em seu discurso, Vanda relata o seu descontentamento com o hospital público e o compara ao hospital privado. Para ela, é necessário ter paciência com os profissionais nas instituições públicas.

“Hoje precisa ter um convênio porque hospital público não dá não, apesar de ser limpo, ter parto no publico não dá, no convênio você é tratado bem melhor, tem um quarto só para você, seus parentes ficam lá. Estar com a família deixa a pessoa mais tranquila, conversa com você, fica ali do lado. No publico você tem que ter paciência com as enfermeiras, não as enfermeiras terem paciência com você. É como a médica que fez meu parto, eu perguntei: ‘Doutora, você está de plantão hoje?’ e ela: ‘Infelizmente eu estou’., como se fosse acabar o mundo.”¹⁵ (Vanda)

Rosa fala sobre a questão da escolha das vias de parto no hospital público.

“Eu queria parto normal mesmo e também não poderia escolher porque o público faz cesariana só se precisar, particular escolhe.” (Rosa)

4.1.8 Os sentidos do parto

As participantes do estudo contaram sobre como imaginavam o parto durante a gestação. Esses discursos mostram estar ligados a

¹⁵ O irmão da Vanda, que a acompanhou durante a entrevista, pediu se podia falar. Ele é técnico de enfermagem e levou a lei do acompanhante ao local para poder ficar com a sua irmã na hora do parto. Para ele duas mudanças são necessárias: uma mudança nas formas de trabalho dos funcionários públicos, que muitas vezes sofrem cobranças e desgaste, o que recai sobre os pacientes e outra nos pacientes terem consciência dos seus direitos e das leis como uma iniciativa que deveria partir dos próprios serviços de saúde, fornecendo essas informações. (Anotação de diário de campo)

repertórios familiares e redes sociais como parte integrante da vida das mulheres.

Rosa relata que pensava no parto normal devido à experiência da irmã e relacionava-o ao seu tipo de trabalho.

“Eu sempre pensei em ter normal porque depois eu tinha que trabalhar e a recuperação é mais rápida, minha irmã mais velha fez cesariana e foi demorado para recuperar, eu que trabalho sentada não ia dar.” (Rosa)

Giulia conta as percepções e medos que tinha sobre o parto desde a sua adolescência. Diz que acompanhar sites da sobre gestação na internet a deixou mais calma.

“Eu comecei a ouvir coisas sobre o parto quando eu já era adolescente, achava que era um bicho de sete cabeças, eu ficava imaginando como uma criança sai de dentro de uma pessoa, ficava imaginando bastante e morrendo de medo, mas no final da gestação eu fiquei mais tranquila, vai ter que sair de qualquer jeito, né? Eu pensava no parto normal, comecei a acompanhar a gestação pela internet naqueles sites de gestante, fui ficando mais tranquila.” (Giulia)

Sandra relata sobre seu medo em relação à dor e fala sobre a influência da mídia em sua primeira experiência.

“Eu pensava: estou grávida vai ter que nascer. A dor me dava medo, só da dor porque o resto a gente tira de letra. Eu lembro que da minha primeira filha passou na televisão uma mulher que o bebê nasceu na frente de um hospital, a médica falou que era para ela ir embora para casa e quando ela saiu a menina nasceu assim, na rua, e outra que passou por três maternidades e quando chegou ao hospital a criança já estava morta dentro dela. Aí eu fiquei mais desesperada ainda, né? Fica na sua cabeça só martelando ‘E se acontecer comigo?’. Dessa filha eu resolvi evitar ver jornal, certos canais que eles querem audiência na desgraça alheia, eu procurei evitar porque a gente fica muito impressionada.” (Sandra)

Rosa conta que, apesar de não ter medo do parto, os repertórios das pessoas sobre a dor faziam com que ela imaginasse a dor do parto e sentisse medo.

“Eu nunca tive muito medo de ter, mas o que eu mais imaginava era a dor. Todo mundo falava que doía muito, então eu imaginava, mas eu acho assim que dor de parto cada um sente de um jeito, né? E aí um que sente muito fala pra você que é desse jeito, outro fala que não sente muito, mas como a maioria fala que é muita dor, você já fica com medo.” (Rosa)

No relato de Amanda, a religião se relaciona diretamente ao medo do parto. Mostra os simbolismos do seu mundo social ao relatara crença de que haviam feito um “trabalho” para que ela e o bebê morressem na hora do parto. A fé aparece como um alicerce para que ela conseguisse lidar com o medo.

“Eu pensava bastante no parto durante a gestação, ficava muito preocupada eu tinha medo de não conseguir colocar ele para fora, porque eu participo de uma igreja evangélica e eu recebi muita revelação, que ele não ia nascer e que eu ia morrer no parto, era quando a pastora vinha orar por mim. A irmã do meu namorado não falava comigo, então eu achava que ela fazia esses negócios pra mim, trabalho, mas aqui onde eu moro tem muita gente que só quer ver o mal da pessoa, eu não podia duvidar só dela. Eu ficava quieta, não falava nada, só ficava com medo, continuei indo para igreja e orando pra dar tudo certo.” (Amanda)

No caso de Ada o medo aparece por conta de uma vivência anterior. Ada relata sobre o processo traumático que passou na gestação do seu primeiro filho: apresentou um quadro de óbito fetal intrauterino, o que fez com que ela tivesse medo de engravidar novamente.

“Eu fui para o hospital, eles examinaram e falaram que ela estava morta. Eu tive essa criança, foram quatro dias e gritando, gritando, gritando de tanta dor, tinha um médico que falava: ‘Você tem que aguentar porque quem tem dinheiro vive, quem não tem morre. A médica puxou ela, enfiou o braço com seis cm de dilatação. Por isso dessa vez que eu engravidei tinha muito medo por causa de tudo que eu sofri.’ (Ada)

As participantes deste contexto relatam o parto como um momento difícil em que a paciência, a calma e a fé aparecem como apoios para conseguir passar pelo processo. A dor mostra ter

diferentes sentidos entre os repertórios construídos socialmente e a vivência corporal no momento do parto.

“O parto é um momento difícil para a gente, seja o primeiro, segundo, terceiro, quarto, você nunca sabe realmente como você vai lidar com a dor, só quando você está passando por ela e a contração, dor de parto, você nunca pode falar eu vou ou não vou gritar porque na hora é muito difícil.” (Sandra)

Para Amanda, tanto as mulheres que vivenciam o parto como os profissionais que as acompanham precisam ter calma e paciência.

“Falaram para mim que era uma dor de morrer, que eu não ia aguentar, mas depois que eu ganhei, aliviou. Toda mulher precisa ter bastante calma e pedir bastante ajuda pra Deus, foi o que eu fiz. E os profissionais também precisam ter calma e paciência porque não é fácil.” (Amanda)

Giulia também fala da necessidade de ter paciência no momento do parto e, ao mesmo tempo, da dificuldade em ter controle emocional para passar pelo processo. Ela conta sobre o medo da dor compartilhado nos discursos sociais e sobre as sensações que teve na hora do parto.

“Na hora do parto você tem que ter bastante paciência, tem que pensar que é uma coisa de momento e que já vai passar. Infelizmente a emoção não tem como controlar, a paciência tem que estar acima de tudo. Apesar das pessoas ficarem colocando medo, falavam que eu ia sofrer, que era muito dolorido, que a maioria das pessoas preferem cesárea, foi tudo bem, mas na hora te dá um desespero por causa da dor e você quer parto cesárea. É como uma cólica forte e na hora que ela vem tem que fazer muita força, então é muito difícil e depois que o bebê sai você sente uma leveza.” (Giulia)

Passar pelo momento do parto se mostra através de diferentes sentidos, relacionados ao alívio físico, superação e mudança de vida.

“Acho que depois de um parto dá para encarar tudo, acho que não existe dor maior do que de um parto.” (Giulia)

“O parto foi especial pra mim porque estava na hora do meu filho nascer eu queria ver o rostinho dele, o corpinho, pegar nos braços. Apesar de toda a dor foi muito bom por causa dele.” (Amanda)

“Na hora que ela nasceu eu chorei de alívio porque eu achei que eu não ia conseguir, como dói você jura que não vai conseguir. Você sente quando a criança está saindo de dentro de você, não tem como explicar. Quando nasce você sente uma sensação que não existe, você só sente mesmo quando você pariu, só, acho que não existe outra sensação no mundo igual ou melhor que é depois que nasce. É um momento que a tua vida é diferente, antes do parto e depois do parto, a tua vida muda, tudo muda. Antes eu achava assim: ‘Quando eu parir, não vou gostar da minha filha por causa da dor, vou ficar lembrando toda a hora.’, mas não é assim, você lembra, você sabe que é um momento que você não esquece, mas é inexplicável.” (Sandra)

4.2 CENTRO DE PARTO HUMANIZADO

O hospital onde se insere o Centro de Parto Humanizado foi construído por iniciativa da prefeitura municipal de São Paulo, mantém atendimento exclusivo da rede SUS e a gestão é feita por uma organização social responsável pela contratação de recursos humanos. A criação do hospital foi resultado de uma das ações de requerimento da comunidade local¹⁶, que percorria quilômetros para receber assistência nos hospitais da região. Vinte anos se passaram entre a reivindicação dos moradores e a concretização do hospital, como conta o coordenador médico e gestor da área de obstetrícia e ginecologia:

“A população aqui esperou mais de 20 anos por esse hospital, a ansiedade era grande, quando nós abrimos o hospital tivemos que organizar visitas coordenadas porque a população abria ficha no pronto-atendimento só para entrar e conhecer o hospital por dentro. Começou a ter uma corrida tão grande no pronto- socorro só para conhecer o hospital que abrimos a porta da frente e fizemos visitas coordenadas.” (André)

¹⁶ A população local é de 600 mil habitantes, em média.

A equipe que atua no CPH é composta por enfermeiras obstétricas, técnicas de enfermagem e equipe de limpeza. A equipe médica atua em retaguarda e nos casos de intercorrência e é solicitada pelas enfermeiras, quando julgam a necessidade de avaliação médica. O local também é campo de estágio para instituições de ensino parceiras do hospital, incluindo curso de especialização de enfermagem obstétrica de universidade particular.

O CPH está localizado no primeiro andar do hospital e é composto por três quartos PPP: uma sala grande, que foi improvisada com dois leitos para parto, separados com cortinas, utilizada quando os quartos estão ocupados; um grande quarto com leitos de observação para mulheres com intercorrências obstétricas ou ginecológicas; outro quarto de puerpério imediato. Além destes, há a copa dos funcionários e banco de cordão umbilical. Ficam anexos ao local: dois consultórios de ginecologia e obstetrícia; sala de medicação e cardiotocografia e centro cirúrgico. Todas as salas PPP são compostas por cama, berço aquecido, escada, bola suíça, banquinho, cavalinho, banheiro e cadeira para o acompanhante. Uma grande lousa fica no corredor onde são escritos os nomes das mulheres que estão em trabalho de parto ou em observação. Ficam de plantão quatro enfermeiras obstétricas, uma delas em treinamento, quatro técnicas de enfermagem e três médicos ginecologistas/obstetras plantonistas. O plantão das enfermeiras obstétricas é realizado no sistema 12 por 36 horas. Ao chegarem ao local as mulheres são atendidas na recepção e direcionadas para a consulta de enfermagem obstétrica. Quando internadas no CPH, uma das enfermeiras obstétricas do plantão se apresenta para a mulher dizendo que irá acompanhá-la e realiza a admissão. As mulheres recebem a camisola do hospital e seus pertences pessoais ficam guardados em um pequeno armário. As enfermeiras obstétricas verificam a prescrição do encaminhamento feito no pronto atendimento obstétrico; possuem, entretanto, autonomia para prescrever suas próprias condutas. A equipe técnica de enfermagem

verifica e realiza as prescrições médicas e da equipe de enfermeiras obstétricas, como aferição de pressão sanguínea, temperatura, soro com ocitocina. Elas também circulam nos quartos PPP durante o parto, organizam os materiais necessários, como gaze, anestésico local, fio para sutura, caixa com materiais para o parto, entre outros. Após o parto, elas levam as mulheres para sala de puerpério imediato e, após um período, as mulheres são levadas para o alojamento conjunto localizado no terceiro andar.

Após realizar contato por telefone com os gestores, agendei a primeira visita ao CPH. Quando desci do ônibus, caminhei na direção que o mapa da internet indicava e, aos poucos, vi uma grande estrutura cinza surgindo, com um grande pátio e amplas portas de vidro, mais parecendo um grande monumento rodeado por uma paisagem contrastante. Entrei na fila de espera para ser atendida na recepção. Observei um quadro que mostrava as conquistas do hospital: no topo, havia uma foto do CPH com uma mulher, o bebê e a enfermeira.

No CPH fui recebida com muita gentileza pelos gestores da área médica e da enfermagem obstétrica. O CPH faz parte do complexo da maternidade, também composto por alojamento conjunto e unidade neonatal, e possui um espaço claro e amplo onde as cores verde e branco predominam. Chamou minha atenção um grande espaço com plantas rodeado por vidro, como um bonito jardim de inverno bem no meio do corredor, em frente à porta de entrada do local.

Durante as visitas de campo, todos pareciam bastante ocupados. A gestora me convidara para entrar na sua sala. O telefone tocava a todo o momento. Aos poucos, fui me habituando e percebi que em certo horário, por volta das 10 horas da manhã, a equipe se reunia na copa para tomar café. As conversas na copa eram leves, sobre festas de aniversário, churrascos. As enfermeiras que tinham filhos me mostravam as fotos das crianças e contavam sobre acontecimentos do cotidiano. Uma delas comemorava a

retirada da fralda do filho. Nessas conversas, algumas enfermeiras me perguntaram sobre a minha formação e indagavam porque eu tinha escolhido obstetrícia e não enfermagem. Outras enfermeiras, que tinham vontade de realizar pós-graduação, vinham conversar comigo. Às vezes, as conversas tinham tons mais sérios, como quando falavam sobre as adolescentes da região que ficavam grávidas muito cedo e apontavam ser um problema social e reflexo da falta de estrutura familiar.

Durante as visitas, observei que de hora em hora as enfermeiras entravam nos quartos, auscultavam o coração dos bebês e avaliavam a necessidade de realizar exame do toque, não seguindo regras rígidas. O acompanhamento da evolução do trabalho de parto era registrado no partograma. Os quartos tinham na parede o quadro “Caminhando para o parto normal” com diferentes figuras de posições durante o trabalho de parto e parto. As enfermeiras mostravam o quadro para as mulheres, incentivavam que elas estivessem em movimento, usassem os artefatos disponíveis, caminhassem no corredor e fossem para o banho. Durante as visitas, houve uma situação em uma das enfermeiras da equipe perguntou se eu poderia ajudar durante um parto a abrir pacotes de gaze e auscultar o coração do bebê. Outra pediu para que eu ajudasse as enfermeiras em treinamento a instalar o aparelho de cardiotocografia. Nessas experiências, pude ter mais contato com a equipe e observar algumas práticas e como se dava a relação entre as enfermeiras e as mulheres. Essa interação ocorreu com duas enfermeiras em especial, com quem também realizei entrevistas. Durante as visitas, pude perceber que a presença do acompanhante era muito importante para a equipe da enfermagem obstétrica. Quando as mulheres chegavam sem o acompanhante havia um questionamento: “Por que seu acompanhante não veio?”

Os médicos eram chamados pelas enfermeiras para avaliar parturientes quando consideravam necessário. Observei dois

médicos que, ao saírem de uma das salas de parto, comentaram um com o outro:

‘Nasceu tudo, hein? Que bom!’ A enfermeira que acompanhou o parto me disse: ‘Eles vieram ajudar porque a paciente não estava cooperando, ela é mais velha, por causa disso não queria fazer força, é difícil quando a paciente é mais velha, muitas vezes elas não cooperam.’” (Diário de Campo)

Era claro que algumas enfermeiras tinham mais empatia e mais diálogo com as mulheres e acompanhantes do que outras. Algumas chamavam as mulheres pelo nome, enquanto outras as chamavam de senhora. As práticas também se diferenciavam. Como nestes casos observados:

Chegou uma moça com oito cm de dilatação, ela gritava dizendo que estava com muita dor. A enfermeira passou pelo corredor falando em tom alto: ‘Não vou enrolar não, vou colocar ocitocina’. Uma das técnicas de enfermagem que estava na sala dizia: ‘Mãezinha, não grita não, só respira’. Rapidamente o bebê nasceu, não havendo tempo de instalar o soro. Enquanto a enfermeira realizava a sutura se dirigia a mulher como senhora e pedia para que ela deixasse as pernas relaxadas porque não conseguia suturar a laceração. Depois do parto a moça disse: ‘Que alívio, achei que o bebê ia nascer sozinho como foi das outras vezes’. Ela me contou que seus outros dois filhos nasceram sozinhos na sala de pré-parto em outro hospital. (Diário de Campo)

Uma jovem de dezesseis anos estava chorando durante o trabalho de parto, uma das enfermeiras obstétricas sentou ao seu lado e segurou a sua mão dizendo: ‘Fica calma, tudo vai dar certo.’ (Diário de Campo)

Uma parturiente chegou sem acompanhante no CPH. As enfermeiras perguntavam o porquê do acompanhante não estar presente, timidamente a jovem disse que o marido precisou trabalhar e que sua mãe morava no nordeste. A enfermeira realizou o exame de toque para verificar a dilatação e sugeriu que a jovem ficasse no cavalete para ajudar o bebê a descer, explicou que essa posição seria boa. Após um período a jovem chamou a enfermeira no corredor, falando que achava que o bebê queria nascer. A enfermeira fez o exame de toque e disse: ‘Já está total. Tudo lindo, sem ocitocina, só a natureza’. A jovem perguntava: ‘Eu estou fazendo a força certa?’ e ela gritava, pedia desculpas por gritar. Com calma a enfermeira falava: ‘Não precisa pedir desculpas querida, você está indo muito bem’. Nessa hora ela olhou para a moça e disse que iria dar um

cortinho (episiotomia) em baixo para ajudar no nascimento do bebê. Quando o bebê nasceu a jovem disse: 'Que alívio! Nossa, que dor chata'. A enfermeira disse: 'A sua dor é a minha alegria.' (Diário de Campo)

Na sala de pós-parto imediato, as mulheres ficavam aguardando durante um tempo até serem levadas à maternidade. Essa sala era composta por seis camas, os bebês ficavam do lado de cada uma delas em pequenos berços. Observei uma das enfermeiras obstétricas que entrava na sala para conversar com as puérperas, perguntava se estava tudo bem e falava sobre o parto. No caso de episiotomia, falava sobre a necessidade de cuidar dos pontos para prevenir infecção e verificava se o sangramento estava normal. Também pude conversar com algumas mulheres durante o pós-parto e elas perguntavam se eu gostaria de segurar os bebês. Uma delas perguntou se poderia usar meu celular para ligar para o marido. Pude perceber um pouco da realidade social enquanto estava ali conversando com elas, o que me fazia refletir no quanto nossa sociedade é marcada por diferenças.

Uma mulher havia acabado de dar a luz, eu me aproximei e de repente ela começou a chorar, disse que o marido a havia deixado nervosa durante a noite: 'Ele quebrou toda a minha casa, de manhã eu vim sozinha para o hospital, peguei o ônibus e vim, cheguei aqui já estava nascendo'. Sua aparência era bem sofrida. Ela disse que o marido era usuário de drogas e que era muito nervoso. Me contou sobre a circular de cordão no bebê, me dizendo que achava que o cordão estava enrolado no pescoço do bebê por causa do nervoso que passou com o marido. Disse que quando saísse do hospital não voltaria para casa e iria para a casa da tia. (Diário de Campo)

Em um mural que ficava na copa, uma das enfermeiras obstétricas mostrou com orgulho a carta de agradecimento de uma mulher e seu acompanhante, onde havia o nome dela e um agradecimento especial por sua assistência.

Durante as visitas, pude ver o quanto o modelo do local era valorizado pela equipe. A gestora comentou sobre o grande número de partos realizados, sendo 76% partos normais, atendidos por

enfermeiras obstétricas. A gestora também compartilhou comigo as dificuldades enfrentadas relacionadas com a questão da mídia, especificamente uma emissora de televisão que manipulava fatos ocorridos no local. Em seu ponto de vista, isto dificultava muito a relação com a população.

Durante as visitas, tive dificuldade de interagir com toda a equipe de enfermeiras obstétricas e de me inserir na dinâmica do local. Imaginava que, por ser CPH, teria mais tranquilidade para conversas e interação. Mas, pelo fato de o local ser também é campo de estágio, tive dificuldade de fazer observações, pois as salas de parto ficavam com um número grande de pessoas. Nessas situações, acabava circulando pela sala de observação das mulheres com risco de intercorrências e na sala de pós-parto. As mulheres perguntavam o que eu fazia no local, uma vez que eu não usava os mesmos trajes da equipe. Eu conversava, explicava que estava realizando uma pesquisa e que era obstetriz. Uma situação marcante foi conhecer uma mulher com um quadro de óbito fetal intrauterino. Ela estava no último leito da sala de observação, sozinha, chorava muito e passei um tempo conversando com ela.

Durante as entrevistas nas casas das mulheres pude conhecer mais de perto a realidade social da região. Quase todas moravam em bairros bastante afastados do hospital. Passei por uma sensação estranha, um misto de medo e curiosidade por estar em um local tão diferente. Algumas vezes, tive dificuldades em encontrar as casas, mas conseguia chegar pedindo informação para transeuntes ou no comércio local. Em algumas entrevistas acabava passando toda a tarde na casa das mulheres, pois elas pediam ajuda para dar banho nos bebês, ofereciam café, bolo, contavam histórias. Uma delas perguntou se eu poderia acompanhá-la para buscar sua filha mais velha na escola; outra pediu ajuda para fazer o bebê dormir antes que eu fosse embora. Todas essas interações foram muito importantes para mim, como pesquisadora e obstetriz.

4.2.1 As vozes dos profissionais e gestores participantes do estudo

André, Médico obstetra, gestor

Começou a trabalhar no local quando ainda estava em reforma, em 2008, comentando que entrou no hospital com o capacete de construção. Contou que via a medicina como única profissão possível, sendo uma questão de gosto pessoal. Escolheu a ginecologia e obstetrícia pela possibilidade de atuar na área cirúrgica e clínica. Disse que sua habilidade em conversar com as pacientes era reconhecida por seus colegas.

Lídia, Enfermeira obstétrica, gestora

Começou a atuar no local em 2009. Acompanhava alunos de uma universidade particular em estágio no local, o que a fez se apaixonar pelo modelo proposto, muito diferente das experiências anteriores durante sua especialização e carreira como enfermeira obstétrica. Quando jovem, ingressou na graduação em pedagogia e passou a se interessar pela enfermagem por influência de uma professora, que dizia que ela levava jeito para ser enfermeira. Seu interesse pela obstetrícia foi acontecendo durante a formação em enfermagem, pois havia nascido com uma parteira.

Davi, Médico ginecologista obstetra

Começou a atuar no local em 2009. Contou que seu interesse pela medicina iniciou durante o ensino médio por um desejo em poder ajudar as pessoas. A escolha pela ginecologia e obstetrícia se deu por ser uma especialidade que não lida diretamente com a morte e pelo fato de poder atuar na área clínica e cirúrgica.

Jéssica, Enfermeira obstétrica

Começou a atuar no local em 2009. Ainda jovem, trabalhou e morou na casa de uma professora que pagava seus estudos. Nessa mesma casa conheceu uma enfermeira obstétrica e ouvia suas

histórias sobre parto. Essa enfermeira foi um modelo para ela e a fez optar pela área da obstetrícia. Também ressaltou o fato de trabalhar com vida e não com doença. Disse gostar de atuar no CPH, enfatizando o apoio e o respaldo que recebe dos gestores.

Wilma, Enfermeira obstétrica

Começou a atuar no local em 2011. Contou que trabalhava na área da comunicação, mas, pela influência de duas amigas, passou a se interessar pela área da enfermagem. Durante a graduação, participou em pesquisa de docentes da área da obstetrícia, o que a fez decidir-se pela profissão. Contou que trabalhou em centro obstétrico após a formação, porém não tinha a possibilidade de realizar partos. Quando começou a atuar no CPH, se encantou pela proposta do local e pelo parto humanizado.

Ilma, Enfermeira obstétrica

Começou a atuar no local em 2009. A escolha pela enfermagem veio de uma vocação descoberta na adolescência. Sua avó tinha muitos amigos médicos, o que a fez crescer tendo contato com profissionais da saúde. Disse sempre ter admirado a área da obstetrícia e que, para ela, é um dom poder atuar na assistência.

4.2.2 Características do contexto e formas de organização do serviço

As características e formas de organização do serviço do CPH estão relacionadas ao ambiente físico do local e à forma como o serviço foi organizado através dos protocolos e da descentralização da figura do médico, com a atuação das enfermeiras obstétricas. Conflitos e desafios encontrados no cotidiano da assistência se mostram vinculados à fragmentação da assistência obstétrica, à alta demanda e às dificuldades de

comunicação com a população. A gestora relata a estrutura física do CPH:

“A estrutura são os PPPs, as salas de observação e os leitos de alto risco que ficam próximos de onde a enfermagem está mais presente, tem mais seis leitos de observação onde fica o aborto.” (Lídia)

O ambiente do CPH é valorizado pelos profissionais e os componentes materiais que fazem parte da organização do espaço são apontados como fatores que proporcionam a realização do parto humanizado e tornam o ambiente hospitalar diferenciado.

“Nós temos um ambiente físico propício para o parto humanizado. Equipamos as salas de parto com tudo aquilo que achávamos necessário para a realização de um parto normal, humanizado”. (André)

“Há uns anos atrás a gente não tinha nenhum recurso como bola, cavalinho, não era possível realizar o parto em diferentes posições e agora a gente já está colocando isso no ambiente hospitalar.” (Wilma)

Para a gestora, o CPH tem uma ideologia que o diferencia da designação de CPN. Para ela, compreender esta diferença é defender uma causa onde a assistência deve ser humanizada para todas as mulheres, independente da via de parto, associando a atuação do enfermeiro à tecnologia disponível no hospital.

“Quando eu cheguei algumas pessoas falaram assim ‘Você não quer mudar para Centro de Parto Normal?’. Eu tenho uma bandeira e eu vou defender aqui. Por que Centro de Parto Normal? Eu tenho o enfermeiro que está dentro do hospital e eu tenho a tecnologia, então porque eu não posso ter um ambiente que aquela vai ter um parto normal, aquela que vai ter uma cesárea, também vai ter um atendimento humanizado? O acompanhante não entrava na cesárea, foi uma luta que a gente conseguiu. Porque se é um CPH a gente vai humanizar para todas, até o momento dela ir para cesárea a gente vai levar o bebê para ela, para o pai. Isso pra mim é humanização, só porque ela não teve um parto normal ela não merece ter esse diferencial?” (Lídia)

Quanto à gestão e formas de organização do serviço, a gestora conta que implementou novos protocolos para orientar as

ações e procedimentos, além de possibilitar o trabalho com a distribuição de tarefas entre enfermeiras obstétricas e médicos na assistência ao parto.

“Depois que a gente entrou, montamos os protocolos, o hospital era novo, não tinha nem um ano quando comecei a trabalhar, tinha muito protocolo e rotina que precisava escrever. Eles tinham muita dificuldade porque o perfil, os papéis do enfermeiro e do médico ainda não estavam definidos e com a minha experiência do outro hospital onde eu trabalhava com médico, enfermeira e tudo, juntei os dois. Então a enfermeira vai assistir a mulher, o médico interna, a enfermeira classifica junto com o médico, acompanha o trabalho de parto. Escrevi um protocolo para seguir durante o trabalho de parto, as questões da dor, para alívio de dor, a prescrição de ocitocina.” (Lídia)

Para o gestor, a atuação da enfermeira obstétrica é considerada um modelo alternativo diante da falta de plantonistas.

“(...) Nós temos as enfermeiras obstétricas fazendo os partos normais sem distócia¹⁷, fazendo as consultas na entrada da paciente, então a gente vê direto que está faltando plantonista, então temos que achar modelos alternativos como estamos implementando aqui.” (André)

Entretanto, mostra as ambiguidades presentes nessa distribuição das tarefas:

“(...) Mas a gente sabe, como médico, que isso acontece em outros países, não só na área de obstetrícia mas como de anestesia, você tem o técnico que acompanha o médico, nós temos que passar a delegar um pouco mais para estes outros profissionais dentro de critérios que a gente vai alinhar, a partir de então você tem que delegar funções para pessoas que estão bem ou mais habilitadas para fazer aquele trabalho do que você, no caso o parto normal para a enfermeira obstétrica, para obstetriz que estudou então tem condição de fazer aquilo. Se nós não fizemos isso, não vai mudar a assistência, nem no setor público, pior ainda no setor privado.” (André)

Ele também comenta sobre os desafios encontrados que motivaram a implantação da consulta de enfermagem obstétrica. Ele

¹⁷ Distócia é quando ocorre alguma dificuldade que interfere na evolução esperada do trabalho de parto.

acredita que esse modelo possibilita um melhor acolhimento para as mulheres, diminuindo o tempo de espera e promovendo uma mudança no comportamento delas, além de evitar a sobrecarga e o estresse dos médicos:

“Nós chegamos em 2009 e muito rapidamente com 2.500 consultas de emergência por mês e os médicos começaram a mostrar sinais de esgotamento. Foi quando criamos a consulta da enfermagem obstétrica, o que ajudou a dar melhor acolhimento para essas pacientes. Porque não é só a nossa parte que tem que perceber qualidade no atendimento, a paciente precisa perceber qualidade no atendimento e uma das coisas que tira essa percepção é tempo de espera. Então hoje ela chega e já é rapidamente acolhida pela enfermeira obstetra, sobe para passar com o médico com outro espírito, antigamente ficava todo mundo acumulado aqui na porta e a paciente ficava insatisfeita, o médico ficava irritado, atendia de forma pior e ficava mais cansado do plantão, tinha que responder a todo um questionamento, agressões verbais de pacientes que estavam esperando há mais tempo e hoje não.” (André)

Aqui o gestor relata os benefícios da consulta de enfermagem e afirmam que os médicos reclamam quando não há enfermeira fazendo essa consulta.

“A gente não chama de triagem porque é uma consulta muito bem feita, com anamnese, exame físico completo, inclusive avaliação da vitalidade fetal por cardiotocografia, quando não tem enfermeira fazendo essa consulta de porta o médico se queixa, porque ele percebe o benefício que isso trouxe para todo o processo da maternidade.” (André)

O médico conta sobre a sua experiência de atuar em conjunto com a enfermeira obstétrica e como a essa atuação favorece a assistência. Apesar de haver uma descentralização da figura do médico, o poder de decisão ainda repousa sobre a equipe médica.

“Se não houvesse enfermeiras a gente teria a taxa de cesárea muito mais alta porque a gente não ia conseguir tocar um trabalho de parto enquanto tem paciente com PA 16x12 na porta, enquanto tem trabalho de parto prematuro. O parto se desenvolve melhor com a ajuda delas do que sem. Normalmente a gente tem uma relação muito boa, a gente respeita o que elas fazem não nos intrometemos, conquanto que a palavra final

sempre seja nossa, se a gente achar que não está bom é cesárea, acabou, a palavra final é nossa.” (Davi)

O gestor aborda essa questão da centralização do poder e controle da equipe médica ao contar sobre os conflitos no início da implantação do CPH, o que fez alguns profissionais desistirem de atuar no local. Para ele, a possibilidade da descentralização das funções da equipe médica mostra-se como um desafio quando confrontada com a base de formação dos profissionais.

“A grande dificuldade que nós temos para lidar com a população é essa, eu tenho uma formação muito intervencionista, eu venho de uma escola tradicional de medicina. Então, também foi um pouco difícil para mim no começo, mas como eu gosto de tentar fazer diferente, de tentar melhorar, abracei essa causa. Eu tinha alguns médicos antes de abrir a maternidade, quando eles souberam do nosso desejo de fazer parto humanizado, pediram demissão por não concordar com isso, é assim, bastante difícil em relação à equipe médica concordar com esse modelo porque acaba não tendo tudo na mão deles. Parte da assistência está nas mãos das enfermeiras obstetras, obstetrizes, então alguns médicos não suportaram a ideia e saíram.” (André)

Os gestores e profissionais relatam os desafios encontrados na prática cotidiana da assistência em relação à demanda, à assistência básica e aos conflitos com a população. Embora apontem melhorias ocorridas na assistência, consideram que muitas mudanças ainda são necessárias. Eles evidenciaram a necessidade de melhoria nas relações interpessoais entre os profissionais e a articulação da assistência pré-natal com a assistência ao parto, além da necessidade de uma mudança cultural vinculada à aceitação do parto normal pelas mulheres.

A alta demanda é vista como um fator que interfere na assistência e na qualidade do atendimento e é um desafio para a organização do serviço. De acordo com os entrevistados, a população é numerosa e há poucos serviços de saúde na região, concentrando a demanda nesta instituição:

“Mesmo sendo um hospital de ponta, a gente não consegue fazer uma medicina de ponta, a gente precisaria de uns cinco hospitais desse porque é quase um milhão de pessoas na região para um hospital. A demanda é enorme, ou seja, você não consegue fazer uma medicina de ponta em um hospital como esse.” (Davi)

“Aqui nós temos uma população de aproximadamente 600 mil habitantes e 10 mil partos por ano. Nós conseguimos dar vazão a quase 5.000 partos, então ainda existe uma carência na região em termos de leitos para parto. Precisa desse tipo de ação, você ter uma rede que gerencie os leitos, às vezes a gente passa por isso, 600 mil habitante com um hospital com capacidade de fazer 400 partos por mês; se extrapola disso a gente precisa transferir. A gente tem uma central, uma rede para transferir com segurança, isso já é um ganho na assistência obstétrica da região.” (André)

O distanciamento entre o pré-natal e a assistência ao parto também é apontado pelo gestor. Essa questão está relacionada com a falta de confiança das mulheres em relação aos profissionais do local, o que, para ele, interfere na evolução do parto.

“(...) Como a gente consegue convencer aquela mulher que passou várias vezes com aquele médico que o diagnóstico dele não é o mais acertado e que ela deve confiar na gente? Isso acontece com coisas simples, cálculo de idade gestacional, fez uma lá no posto, a gente chega aqui é outra. Ela fala: 'Cada um fala uma coisa'. E ela não confia na gente, ela confia naquele que passou várias vezes. A gente precisaria ter no pré-natal um enfoque para que a mulher aceite melhor a evolução natural da gestação.” (André)

Além disso, o pré-natal, na ótica dos profissionais e gestores, é um espaço importante para que a mulher venha preparada para o hospital.

“(...) Amamentação, por exemplo, ninguém convence uma mulher a amamentar durante o trabalho de parto ou no puerpério imediato. Esse convencimento da importância em amamentar tem que ser feito no pré-natal (...)” (André)

O fato de os médicos e enfermeiras que atendem no pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde não serem especialistas em obstetrícia é apontado também como uma das dificuldades que

refletem nos conflitos de condutas opostas, entre os profissionais da assistência básica e entre os profissionais do hospital.

“(....) a gente tem muito a melhorar, enquanto a gente tiver o pré-natal sendo feito por médicos generalistas que não têm treinamento pra isso, é assim que vai acontecer (...) Os médicos fazem diagnósticos que nem sempre são os mais corretos e quando a mulher chega aqui não é bem aquilo, mas é um médico generalista, aqui é um médico especialista. (...) A gente tenta fazer tudo da melhor forma possível, mas acho que isso tira um pouco da credibilidade do hospital em si. A rede básica, se tivesse os profissionais mais adequados, ou melhor, treinados para fazer o pré-natal, facilitaria muito a nossa vida.” (André)

“Na maior parte das vezes não tem ginecologista que trabalha nesses locais, é um médico de família, as enfermeiras que fazem o pré-natal não são obstétricas e não sabem o que estão fazendo.” (Davi)

Os entrevistados relatam que a população tem resistência ao modelo do CPH. O gestor relaciona essa dificuldade de aceitação com a dor e o tempo do trabalho de parto. A fato de as mulheres chegarem ao local fora do trabalho de parto reflete em uma percepção de mau atendimento. Para ele, existe a necessidade de educação das mulheres para o parto.

“Da parte da população ainda tem grande resistência a esse modelo. A questão do parto normal demanda uma educação da paciente estar muito alinhada com isso. Porque é demorado mesmo, é doloroso. A gente procura de todas as formas manipular essa questão de dor aqui no pré-parto. Então ela chega aqui com nove meses e fala: ‘Eu estou com dor.’ O médico não interna porque ela não está em trabalho de parto. Então, ela passa aqui diariamente, testando várias equipes e tem isso como uma percepção de mau atendimento, a questão dela não ser internada para a resolução da gravidez, e isso dificulta, existe um conflito grande.” (André)

Para a gestora, o fator cultural do parto como um evento hospitalar e acompanhado por médico faz com que as mulheres desconheçam o modelo do CPH e sintam-se inseguras por serem acompanhadas somente pelas enfermeiras obstétricas.

“A população não está acostumada com isso, vem de um conhecimento que o parto é hospitalar, acompanhado por médico, então quando ela chega e fica só com a enfermeira fica insegura (...)” (Lídia)

A preferência das mulheres pela cesárea e a comparação com as condutas de um hospital particular são relatados como fatores que dificultam a aceitação do parto humanizado proposto no local.

“O problema é que as mulheres comparam muito o parto em hospital público e em hospital privado (...). A conduta aqui do nosso hospital é induzir com 41 semanas, mas nos outros hospitais particulares isso se resolve com 38, 39 semanas no máximo. Muitas delas chegam pedindo cesárea. Então assim elas acham que o parto humanizado é cesárea.” (Davi)

Para o gestor, a influência da mídia e a comunicação interpessoal da população local interferem na relação entre a população e a equipe. A desconfiança e a insegurança se mostram como barreiras na relação entre as mulheres e os profissionais, o que por sua vez interfere na evolução do parto.

“Aqui a população se conhece muito, apesar de ter muitas pessoas é um bairro, a comunicação interpessoal é muito grande, então às vezes um caso que acontece e a gente tenta buscar a causa, é uma exceção, a literatura médica internacional infelizmente vê como passível de ocorrer, mas a pessoa pega aquele caso e transforma como se fosse a rotina, a imprensa, forças políticas locais usam aquele caso que é 0,1% do nosso universo como rotina, como uma imagem do serviço. Isso dificulta muito o nosso convívio com a população, elas tem medo de vir para o hospital. Elas falam ‘Eu tinha medo de vir para o hospital’ (...) Para ela, aquele caso que contaram, o boca a boca, que acaba a deixando ansiosa e dificulta essa evolução do parto normal no nosso pré-parto, porque elas estão sempre com o ‘pé atrás’ achando que o que está sendo feito não é o melhor.” (André)

Como mostram os relatos acima, existem conflitos e tensões na comunicação entre os profissionais e a população. Aqui, o médico atribui as dificuldades de diálogo ao nível socioeconômico das mulheres e à falta de tempo para a conversa.

“Elas são mal informadas, tem um nível socioeconômico menor, então às vezes não entendem muitas coisas, às vezes a gente fica horas explicando a mesma coisa para a paciente e ela não entende o que a gente quer falar, a escolaridade diminuída, é difícil elas passarem por isso, é um problema não só psicossocial, é de desigualdade. Você tem que ter tempo, estrutura, psicólogo para falar como fazer, o médico tem que ter tempo para conversar, para falar como e o que ela vai passar.” (Davi)

O gestor relata o que é importante na tarefa de gerenciar uma unidade e os desafios na melhoria das interações entre os profissionais. Para ele, esse gerenciamento só é possível através do seguimento rígido de regras fundamentadas em protocolos, políticas institucionais, rotinas e processos. Neste contexto, ele faz uma analogia aos fundamentos do sistema industrial e ressalta a importância desta filosofia para que uma gestão de qualidade seja alcançada.

“Então é melhorar as relações entre médico e paciente, entre médico e enfermeira, entre enfermeira e auxiliar toda essa rede e que os médicos e todos os profissionais entendam a importância de seguir determinadas regras, que a partir de agora nada vai funcionar sem esse respeito aos protocolos, políticas institucionais, rotinas, processos. Isso tudo veio lá da indústria, da Ford, linha de produção, tudo aquilo da industrialização e infelizmente na saúde a gente está muito atrasado nisso, não tinha chegado ainda dentro do hospital para você gerenciar tudo isso e no final obter qualidade. Então acho que precisa uma evolução grande do ponto de vista dos profissionais de saúde, falo de todos, para que a gente possa entregar no final uma qualidade ainda melhor.” (André)

Melhorias na assistência são percebidas após a criação do Programa Mãe Paulistana, que refletiu na diminuição da peregrinação do parto. Entretanto, o gestor ressalta a necessidade de melhoria nas relações interpessoais e no investimento em recursos humanos como principal fator para uma mudança na assistência.

“Já melhorou muito em relação aos últimos anos. Antigamente não tinha vaga no hospital, você falava para a mulher ‘Não tem vaga, muito obrigado.’ e ela saía andando em busca de outro hospital, a peregrinação.

Quando foi criado o Mãe Paulistana isso mudou, hoje o médico faz transferência com a maior segurança, a mãe já não precisa ficar andando de hospital em hospital porque ela vai ser atendida (...) Apesar de ouvir queixas no final do mês, na nossa avaliação do Mãe Paulistana a gente chega a 98,99% de bom e ótimo, mas assim eu falei, é a percepção da paciente, estou certo que a gente tem muito a melhorar ainda. No futuro a gente tem muitas coisas para melhorar no sentido de melhorar as relações interpessoais e de certa forma transferir essa tranquilidade e segurança para a gestante que está sob os nossos cuidados, tanto no pré-natal como no parto. Então essa questão de recurso humano em minha opinião é o foco para melhorar a assistência no futuro.” (André)

4.2.3 Práticas de cuidado na assistência ao parto

No que se refere às práticas de cuidado na assistência ao parto, os profissionais e gestores relatam diferentes formas de cuidado dentro daquilo que consideram importante e das possibilidades existentes no ambiente do CPH.

A enfermeira relata as práticas realizadas no cotidiano da assistência no CPH quanto à utilização de artefatos e ao uso de ocitocina, conforme indicação de cada mulher. A indicação é verificada por meio da avaliação da evolução do trabalho de parto, que mostra seguir um padrão.

“De hora em hora a gente passa em cada PPP e encaminhamos as nossas condutas, banho, cavalinho, bola. Eu avalio a paciente, faço primeiro uma dinâmica, ver se existe indicação ou não para colocar ocitocina, encaminhando ao banho terapêutico, massagem, se tiver indicação faz um analgésico, isto depende da indicação de cada uma (...)” (Ilma)

O médico também relata a importância dos artefatos e a necessidade de a mulher andar durante o trabalho de parto. Para ele, é necessário que a mulher sinta dor para o parto acontecer.

“Eu acho muito importante o banho, a cadeirinha, são coisas que eu considero muito importantes para o parto normal. A paciente precisa andar para o bebê descer, então a paciente precisa sentir dor se não o bebê não nasce, dá distócia, principalmente distócia de rotação”. (Davi)

A enfermeira relata que as práticas do CPH acontecem segundo as escolhas das pacientes, dentro das possibilidades do local. Ela conta sobre o uso de alguns artefatos e sobre a escolha de posição na hora de dar a luz.

“Aqui no CPH a gente trabalha muito com as escolhas da paciente, então ela tem a possibilidade de fazer exercício com bola, cavalinho, tomar banho, fazer agachamento, como também na posição de parto, a paciente pode opinar em qual posição ela quer ter o bebê.” (Wilma)

Para ela, a prática de realizar o parto em diferentes posições possibilita uma mudança no ambiente, deixando-o mais natural, diferenciando-o do ambiente hospitalar, mesmo estando dentro dele.

“Eu acho que a prática de realizar o parto em posições diferentes tem sido importante porque você vê que uma posição lateral deixa a paciente mais tranquila, uma posição de cócoras deixa a paciente mais relaxada, como se ela estivesse em outro local e não em um ambiente hospitalar.” (Wilma)

Ilma relata que evita realizar a prática da episiotomia, feita apenas quando ela considera necessária para a proteção do períneo.

“Eu evito muito fazer episiotomia, mas se precisar eu faço para proteger o períneo. Se eu perceber que vai dar uma laceração de segundo, terceiro grau, eu faço.” (Ilma)

O cuidado na assistência obstétrica é constituído pela avaliação técnica e pela presença do profissional, por meio do esclarecimento de dúvidas e da orientação para a mulher e para o acompanhante.

“É prioridade o esclarecimento das dúvidas quanto ao acompanhante e paciente e do acompanhante dentro de uma assistência humanizada e dentro da parte técnica, avaliação do bem estar fetal e de possíveis complicações maternas. Então você tendo isso na parte técnica, o cuidado com a avaliação da vitalidade fetal, a gente tem aqui protocolo com o tempo de avaliação, partograma. E na outra é informação, estar ao lado como

o próprio nome da obstetrícia diz, orientando no que está acontecendo (...)” (André)

Para a enfermeira Jéssica, a avaliação é primordial na prática. Esta avaliação é constituída por dois lados: um composto pela parte clínica da paciente e outro baseado na teoria que ela traz consigo para a prática. Esse modo de avaliação define o parto e o momento da intervenção.

“Para mim o principal é a avaliação correta da paciente, baseada na clínica da paciente e na teoria que você aprendeu, uma boa avaliação vai definir o seu plano de ação e seu plano de ação vai definir o parto, quando você entra com uma intervenção.” (Jéssica)

O primeiro contato com a mulher é relatado como importante, pois leva a uma relação de confiança entre a mulher e o profissional. Para a enfermeira, essa relação reflete na forma da assistência e influencia no momento do parto, que é considerado por ela um evento emocional.

“Para mim, no cuidado da mulher o primeiro contato com ela é o mais importante, através do contato ela confia em você (...) Então eu acho que essa confiança que a paciente tem com você é o que te faz oferecer a melhor assistência para ela (...) Elas não são difíceis de lidar, elas te aceitam bem, então quando ela te aceita ela te escuta, assim como ela também é aceita aqui. Eu acho que o parto envolve tudo, ele é emocional e assim que a paciente entra em trabalho de parto você tem como trabalhar estes aspectos nela e depois do parto você vê a diferença quando você conseguiu trabalhar com a paciente.” (Wilma)

A gestora também fala sobre a importância do vínculo na assistência como uma “ponte” para a interação com as mulheres, de forma a facilitar o esclarecimento das práticas realizadas. Quando ele existe, as mulheres não se sentem infligidas pelas condutas tomadas pelos profissionais.

“Eu acho que esse vínculo é sempre importante, a enfermeira estar ali explicando tudo para a mulher, levar para o banho, falar porque que está indo, se for romper uma bolsa falar porque está rompendo, no dia a dia a

gente consegue fazer isso, são as boas práticas (...) Eu chamo tudo isso de vínculo, que é a conversa inicial, isto é o principal. Não adianta não criar vínculo, porque se você não tiver isso, tudo que você for fazer além ela vai se sentir infligida, 'Ah, fez isso, mas eu não queria que tivesse feito isso comigo' e a experiência dela vai ser ruim porque não tem vínculo. Quando o enfermeiro tem um vínculo com a paciente, a paciente tem mais confiança e não acha que está infligindo, que está machucando" (Lídia)

A gestora também fala sobre "fechar do vínculo", que se define como uma conversa com a mulher após o parto para o esclarecimento das condutas que foram tomadas. Nessa ocasião, mal entendidos entre as enfermeiras e as mulheres devem ser esclarecidos para que futuros problemas sejam evitados.

"O fechamento do vínculo é feito no pós-parto, quando a mulher ainda está no centro de parto e o vínculo é fechado. A enfermeira vai até a mulher e fala: foi assim seu parto, aconteceu isso, aquilo, se teve alguma intercorrência ou não. Porque nessa hora, se ela teve alguma dúvida sobre alguma coisa que a enfermeira falou na hora do parto, evitamos problemas depois. Porque o momento do parto é muito intenso para a mulher e às vezes uma palavra que a enfermeira fala é mal interpretada, depois em um segundo momento, ela estava agitada e a enfermeira fala de uma forma assim, não muito boa, então eu sempre para as enfermeiras terem essa preocupação de ir lá e perguntar se a mulher tem dúvida, se está tudo bem." (Lídia)

Para Lídia, aquela que é considerada uma boa prática mostra estar relacionada ao bom senso e à postura do profissional de dar à mulher o poder de decisão, com base em seu conhecimento. Para ela, as mulheres são leigas e o profissional deve dar as opções para que possam fazer as suas escolhas.

"O bom senso é o que faz a prática, é o bom senso desse profissional que está ali e dá esse poder para a mulher. Quando eu estava grávida eu tinha o conhecimento porque eu era enfermeira, mas elas não são, são leigas, então a gente dá o conhecimento para ela ter o direito de escolha e ter o mínimo de conhecimento para escolher aquilo que ela acha que é bom pra ela." (Lídia)

Os profissionais relataram experiências de suas vidas, as relações com pessoas que marcaram suas trajetórias e os reflexos dessas experiências na atenção às mulheres. Davi conta sobre a experiência de sofrer um acidente e se tornar um paciente e como este aprendizado refletiu em sua forma de tratar as pacientes.

“Eu já fui paciente, eu já quebrei minha perna, fui atropelado e tive uma fratura exposta de tíbia e vou falar duas coisas antagônicas, foi a pior coisa que aconteceu na minha vida, mas eu aprendi a ser um médico diferente depois disso. Então, o que eu tento fazer com as minhas pacientes é tratá-las do mesmo jeito que eu gostaria de ter sido tratado, ou seja, é sempre tentar dar a explicação possível e impossível para a paciente entender o que está acontecendo, é nunca não se importar com o que ela está pensando ou sentindo (...) Eu fui operado duas vezes e era para ser operado pela terceira vez na mesma semana, fiquei por um longo período em jejum. Ninguém entrou na sala para avisar se eu ia ser operado, eu fiquei 12 horas desesperado, sem saber se eu ia entrar em uma cirurgia ou não e ninguém me avisou, por inúmeras outras coisas.” (Davi)

A enfermeira Wilma conta a experiência que teve com professoras durante a sua formação e a forma como isto reflete em sua assistência. O fato de a professora ter questionado sua conduta durante o primeiro parto acompanhado por ela como aluna a fez desejar ser uma profissional como a professora.

“Duas professoras que me influenciaram e são a minha referência, uma principalmente é uma das melhores enfermeiras obstétricas que tem, então sempre que eu faço alguma coisa eu tento pensar nela. Eu lembro do primeiro parto que eu fiz, ela chegou pra mim e disse: ‘Não foi assim que eu te ensinei.’ Aquilo me pesou tanto e eu fiquei com tanta vergonha que eu falei: ‘Eu vou ser igual a ela!’ e assim, a partir desse momento, eu tento pensar: o que ela faria, como faria, como se comportaria. E eu tenho conseguido fazer isso, tenho melhorado cada vez mais porque ela também tem melhorado, ela não é a mesma pessoa que eu conheci, ela tem novas técnicas, mudou, cresceu. Então, eu sempre penso nela, o que ela ia querer de mim naquele momento.” (Wilma)

O gestor também relata o papel de professores que se destacaram, como o seu orientador, que deu a ele conhecimentos para a vida.

“Apesar da minha formação, eu tive professores que foram mais para o lado da humanização, que se diferenciavam. Por exemplo, meu orientador de doutorado me passou muito mais do que conhecimento técnico, me passou muito conhecimento para a vida, então eu sigo muito o que eu aprendi com a vida.” (André)

Para a gestora, vivenciar o processo de gestação e parto durante a sua trajetória foi essencial para compreender a teoria estudada. Suas experiências de vida deram base e refletiram em sua profissão.

“No final da faculdade eu casei e logo já engravidei e aí eu comecei a curtir, então depois que eu terminei a habilitação, tudo que eu aprendi em obstetrícia eu estava vivenciando no meu corpo. Eu me propus e decidi: eu quero vivenciar todo esse processo de parturição para eu entender todo esse processo. A minha vida e a minha experiência pessoal me deram muita base para a minha vida profissional e cada vez eu me apaixonei mais pela obstetrícia porque eu tive uma experiência boa, fui acolhida pelas pessoas, tive esse acolhimento. A experiência de vida da gente vem para um parto, a gente traz a experiência de vida da gente.” (Lídia)

4.2.4 Sentidos da humanização

Os sentidos da humanização para os profissionais e gestores do CPH mostram-se associados às práticas realizadas durante a assistência ao parto, à forma de se relacionar com as mulheres, ao papel do acompanhante e ao ato de se colocar no lugar do outro.

O gestor relaciona a humanização às práticas e dá exemplos de situações que acontecem no local quanto à prescrição de ocitocina. Para ele, a intervenção deve ser realizada quando necessária e combinada ao componente do cuidado relacionado à atenção, carinho e respostas às dúvidas. Dentro deste conceito de humanização, o que mostra a necessidade da realização ou não de determinada prática é a literatura médica.

“Humanização passa pela questão de você não fazer aquilo que não é necessário, faça só aquilo que é

necessário. Por exemplo, a gente tem uma dificuldade aqui que a mulher é avaliada pelo médico e já recebe uma prescrição de ocitocina, a gente sabe que não é necessário, é uma questão de modular as contrações dela com uma medicação que entra na veia que ela tem que ficar restrita no leito. Então você prove as necessidades daquela pessoa com carinho, atenção resolvendo as dúvidas e não deixa de fazer o que é necessário, mas não faz o que não é necessário que a gente sabe pela literatura médica que não só não é necessário, como pode ser prejudicial. Por exemplo, dar uma medicação quando não deve, romper bolsa antes do tempo, coisas que há 10 anos se discutia hoje não se discute mais, fazer a tricotomia, a episiotomia quando não precisa.” (André)

A enfermeira Wilma também relaciona a humanização às práticas, de forma a proporcionar um ambiente próximo à realidade das mulheres.

“Para mim humanização são as práticas que você realiza, o que você faz para deixar a paciente mais próxima da realidade dela. Não adianta você ser humanizado com a paciente oferecendo ou falando coisas que ela nunca viu e que não entende, aquilo que para ela não é normal. Eu tenho que na verdade ir até a paciente e fazer com que aquele conhecimento que eu tenho traga para ela um ambiente natural, onde ela possa estar relaxada e tranquila. Assim é humanização, a paciente estar no ambiente dela onde ela comanda e opina.” (Wilma)

A gestora relaciona a humanização através da forma como o profissional se relaciona com a mulher durante as práticas. Para ela, a humanização perpassa a necessidade de construção de algo que não é aprendido na faculdade.

“Uma coisa importante é você examinar a paciente de frente. Eu sento na cama, acho que o enfermeiro obstetra é o único com permissão para sentar ao lado da mulher. Estou examinando, mas estou olhando para ela e falando tudo o que estou fazendo. São pequenas coisas que a gente se polízia no passar dos anos para construir essa tal humanização, porque humanização a gente constrói, ninguém sai da faculdade humanizado.” (Lídia)

A humanização também é relatada com o sentido de dar condição para que o parto normal aconteça com o uso de artefatos, perpassando pelas possibilidades oferecidas no CPH.

“Trabalho de parto humanizado para mim é isso que a gente tem aqui no CPH, é você proporcionar as melhores condições possíveis para a realização de um parto normal sem a necessidade de fazer uma cesárea, eu acho que é exatamente o que a gente acaba fazendo aqui é dar condições para a paciente se locomover, tomar banho.” (Davi)

O papel do acompanhante no local é visto como uma prática humanizadora. Na rotina da assistência, o acompanhante tem o papel de ajudar a equipe, além de estar junto com a mulher. Para tal,, deve ser orientado sobre as rotinas do setor.

“Durante meu período de plantão estou sempre trazendo para o lado da humanização, vou buscar o acompanhante, se não veio eu pego o telefone e solicito o acompanhante aqui, o acompanhante estando aqui oriento os dois. Eu prefiro que fique o acompanhante no quarto porque muitas vezes elas falam que ficam sozinhas, lá jogadas, e não é bem assim, aqui ninguém deixa a paciente jogada. Na nossa rotina passamos nos PPP para avaliar a paciente de hora em hora, não é necessário ficar tocando de hora em hora, é conforme a necessidade. O acompanhante estando ao lado dá suporte e nos ajuda muito, a gente os orienta sobre a rotina do setor.” (Ilma)

Aqui a enfermeira relata as dificuldades de realizar uma assistência humanizada, que envolve situações subjetivas e particulares. Para ela, o ato de se colocar no lugar do outro é o que possibilita a assistência humanizada e dá ao profissional o sentido de dever cumprido.

“Quando você se coloca no lugar do outro, esquece do seu eu e isso é o mais difícil. A assistência não é fácil, é difícil, e quando falamos de humanização é assim, tem dias que você não está bem, você tem problemas em casa, está pensando em mil coisas. Então às vezes é difícil ser humanizada, mas acho que quando você pensa que você poderia estar lá, acho que fica mais fácil. A assistência não é fácil, mas é gratificante porque quando você dá uma boa assistência, tem a certeza: ‘Fiz

o meu trabalho hoje, vou para a casa em paz.' e isso é muito bom." (Wilma)

4.2.5 As vozes das mulheres participantes do estudo

Rita, 26 anos, 02 filhos, 02 partos normais

Nasceu em São Paulo. Cresceu no bairro do Belém e em 2007 mudou para o bairro próximo ao hospital. Trabalha vendendo sorvete nas ruas. Contou que ficou feliz ao saber da gravidez porque o marido queria mais um filho e a filha mais velha, com seis anos, queria uma irmã. Disse ter andado muito durante a gestação vendendo sorvetes e, por isso, seu corpo acostumou com a dor, tanto que não percebeu estar em trabalho de parto. Chegou ao hospital com 6 cm de dilatação. Falou que ser mãe é bom e complicado ao mesmo tempo. Pretende ser auxiliar de enfermagem, pois passou a se interessar por assuntos da saúde depois de acompanhar a internação do pai no hospital por quadro de cirrose. Tinha interesse nos diálogos entre médicos e enfermeiras.

Luana, 20 anos, 01 filho, 01 parto normal

Nasceu na cidade de Seabra, Bahia. É dona de casa. Mudou para São Paulo com o marido em 2008. Sua gravidez não foi planejada, mas gostou de saber que estava grávida. Compartilhou o seu desejo de voltar para a Bahia para dar uma melhor qualidade de vida para a filha. Gosta do interior porque as casas são grandes e todo mundo tem tempo para ficar conversando. Contou que terminou o ensino médio e quer fazer faculdade de administração.

Bruna, 19 anos, 01 filho, 01 parto normal

Nasceu em Vitória da Conquista, na Bahia. Mudou com a família para São Paulo quando tinha nove meses. É manicure. Contou que sua mãe sonhou que ela estava grávida três dias antes de começarem os enjoos e de realizar o teste de gravidez. Disse que o nascimento da filha mudou a sua vida pois, se não tivesse

engravidado, acha que estaria morta porque gostava muito de ir para baladas e consumia bebida alcoólica junto com os amigos. Contou que, certa vez, quase sofreu um acidente de carro.

Jussara, 23 anos, 01 filho, 01 parto normal e 01 cesárea (óbito fetal)

Nasceu em São Paulo. Trabalhou como ajudante de cozinha em um restaurante, mas parou de trabalhar durante a gestação. Aos vinte anos, engravidou pela primeira vez e perdeu o bebê aos sete meses de gestação, sendo óbito fetal intrauterino. Contou que essa experiência a deixou traumatizada, embora quisesse muito poder ter um filho. Durante a adolescência, morou com o pai e a madrasta, onde cuidava da casa e do irmão mais novo. Terminou os estudos e pretende fazer curso de cabeleireira.

Raquel, 44 anos, 03 filhos, 03 partos normais

Nasceu em São Paulo. Trabalha em uma empresa metalúrgica. Mora com os pais idosos e uma das filhas. Contou que ficou desesperada ao saber da gravidez por causa de sua idade. O pai da criança não quis assumir o filho, mas o apoio de seus pais e de suas duas filhas lhe deu forças.

Nadine, 31 anos, 01 filho, 01 parto normal

Nasceu em Tucuruí, uma pequena cidade do Pará e cresceu na Paraíba por conta da mudança de trabalho do pai. É dona de casa. Contou que no ano de 2008 viveu uma fase negra quando a sua mãe desenvolveu um quadro de distúrbio psíquico e não teve apoio da família e dos irmãos para poder cuidar da mãe. Descreveu seu sofrimento ao ver sua mãe internada à força, sendo arrastada para o hospital. Hoje, sua mãe está recuperada. Conheceu o marido na cidade de Patos, na Paraíba, e mudou para São Paulo para morar com ele ao saber que estava grávida. Contou sobre o desespero ao saber da gravidez, mas que sempre desejou ter um filho. Durante a entrevista, se emocionou ao dizer que estava enfrentando

dificuldades no casamento, mas precisava se fortalecer para poder cuidar do filho. Disse sobre o sonho de fazer faculdade de serviço social.

4.2.6 As vivências durante o processo do nascimento

As mulheres relataram suas vivências durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Elas contaram sobre as práticas, o uso de artefatos, as relações com os profissionais e as possibilidades durante o processo de nascimento presentes neste contexto.

As mulheres contam as suas percepções e sensações quanto ao uso de artefatos durante o trabalho de parto.

“Ficaram duas enfermeiras me acompanhando, me colocaram para fazer exercício no cavalinho, na bola e no chuveiro. Na bola eu fiquei só cinco minutos, eu não gostei. Depois fiquei mais no cavalinho, mas o que eu gostei e achei que ajudou bastante foi o chuveiro, deixei aquela a água quente caindo nas costas e isso ajudou a dilatar bastante.” (Raquel)

“Eu tomei o banho, fiz o exercício da bola e do cavalinho. Da bola eu gostei porque amenizava muito a dor, agora o cavalinho foi para arrebentar mesmo, fiquei lá só uns minutinhos.” (Nadine)

“Eu fiquei lá, andei, aí elas me colocaram um tempo no banho, uma meia hora, aí ela falou que eu ia ganhar umas nove horas. Fiquei no cavalinho, era muito engraçado porque eu ficava lá e na bola, ficava no cavalinho balançando e aí a dor começou bem forte.” (Luana)

Jussara conta sobre o uso dos artefatos e o medo de ir para o banho por causa da experiência de uma amiga que deu à luz no local.

“Elas ficaram me mandando ir para banho, cavalinho, bola e assim foi o dia inteiro. Com oito dedos ela queria me mandar para o banho outra vez, mas eu disse que não ia sair da cama porque fiquei com medo, eu estava sentindo empurrar fazia tempo. Porque teve uma vizinha minha que foi ganhar lá e o bebê coroou, ela estava no banheiro em pé. Aí elas queriam que eu fosse tomar

banho com oito dedos eu falei: 'Não levanto mais'." (Jussara)

Luana conta sobre a atenção recebida através da conversa e presença da enfermeira durante o trabalho de parto e na realização das práticas e sobre a importância desta atenção na sua vivência.

"A enfermeira conversava sempre comigo, explicava. Toda vez que ela ia fazer exame de toque pedia licença, falava como era para eu fazer. A coisa que eu mais tive foi que a enfermeira ia me ver, me colocava no banho, e é isso que vale pra mim, é a atenção. Tudo o que eu pedi pra Deus, tudo ele colocou, se eu estivesse sozinha eu ia sentir muito mais dor." (Luana).

O caso de Bruna foi diferente: ela relata que se sentiu sozinha durante o trabalho de parto e sentiu falta de ajuda na hora da dor.

"Aí me mandavam andar, me mandavam ficar no cavalinho, eu fiquei sentindo dor e eu chamava a mulher e ela não vinha, não vinha, sozinha, não vinha ninguém, a médica vendo que eu estava com dor e nem veio me ajudar. Eu acho que não custava, e elas conversando, comprando produtos da Natura." (Bruna)

O soro que acelera o trabalho de parto é o mesmo que potencializa as contrações, aumentado as dores. As mulheres relataram os diferentes sentidos no uso da ocitocina, relacionando-a com os atores e a forma de lidar com a dor.

No caso de Nadine, um problema com o soro a fez perder tempo. Relata que sentiu um aumento na intensidade das dores.

"Eram três horas da manhã, eu estava com cinco cm, mas ele demorou para nascer porque deu problema no soro, aquele remédio de dar as dores, não estava filtrando, a equipe médica depois que foi ver isso, então eu perdi muito tempo. Depois que colocaram o soro eu tentava me controlar, mas a dor veio forte, eu achava que ia morrer, tinha momentos que eu me controlava, me fazia de forte, mas outros não. A enfermeira falava: 'Não grita, respira fundo para mandar oxigênio para o bebê' e eu respirava, mas dava desespero, eu achava que ia morrer e ela falava: 'Você não vai morrer'. Nessa hora você só pensa em Deus, em nossa Senhora, eu tentei me controlar o tempo todo, mas não consegui." (Nadine)

Bruna conta que, após a enfermeira instalar o soro, a dor se tornou insuportável. O nascimento do bebê foi a resposta da enfermeira para o alívio da dor. Para ela, o soro, mesmo causando dores insuportáveis, também acelera o parto para que o nascimento aconteça.

“A enfermeira veio, fez o toque e disse: ‘Já está com oito dedos, o bebê está aqui, vamos ter que romper a bolsa’, ela rompeu a bolsa e colocou o soro. Na hora que colocou o soro a dor foi aumentando, aumentando, uma dor insuportável, você não suporta aquela dor e eu: ‘Deus me ajuda, me ajuda’, pedindo algo para passar essa dor e ela disse: ‘Não tem nada para passar e só o bebê saindo mesmo’. Eu achei que ia morrer, que não ia voltar mais da dor parto. Eles tinham que colocar o soro logo, para as dores virem logo e para nascer.” (Bruna)

Luana não recebeu ocitocina e conta que não foi bem recebida ao chegar ao local. Diz que houve demora em sua avaliação, o que considerou um benefício pelo fato de, por causa disso, não ter recebido o soro.

“Na hora que eu cheguei, queria isso, queria ter sido bem recebida, queria que tivessem me examinado assim que cheguei, embora eu agradeça a Deus por não me examinarem porque iam ter me colocado no soro e o soro dói.” (Luana)

Para Rita, a profissional que a acompanhou estava estressada. O banho e o soro foram usados para aceleração do parto.

“Eu acho que a moça estava muito estressada, não sei se é porque ela estava lá desde manhã, ela falou: ‘Eu nem estou com paciência mas, vamos ver se ela ganha bebê logo com o soro e manda pro banho’. Ela me deixou uma hora no chuveiro para eu ter dilatação, ela falou ‘Já está total aqui, nove dedos, agora é só você fazer força’.” (Rita)

Raquel relata que ao chegar ao local estava com contrações que, embora não sentidas, foram mostradas pela enfermeira através do traçado emitido pelo aparelho de cardiotocografia. Na mudança

do plantão, a enfermeira instalou o soro e isso aumentou sua dor, o que ela relata de forma positiva por se tratar da dor do parto.

“Cheguei lá, eles me atenderam normal, fiquei em quarto normal, sem soro, fiz o carditoco. Aí a enfermeira falou ‘Você está com contração’, mas eu não estava sentindo e ela mostrou no papel: ‘Está vendo esses espaços aqui, são as contrações, então essa é a contração que toda a mãe queria ter’. Aí quando trocou o plantão foi que a médica chegou e disse: ‘É você que está aí de boa, então espera aí que daqui a pouco nós vamos ver’. Aí foi que ela colocou o soro e que começou a dar dor, eles põem uma injeção no soro e começou a me dar dor, me dar dor e me dar dor... mas foi ótimo para mim porque a dor do parto é assim, são as contrações.” (Raquel)

As mulheres contaram suas vivências durante o parto. Luana conta que três alunas pediram para assistir ao seu parto e se sentiu bem por sua escolha de não querer a permanência destas na sala de parto ter sido respeitada.

“Eu tenho vergonha, quando era para fazer exame, medir a barriga aqui em baixo eu já tinha vergonha e na hora tinham três alunas lá, então eu fiquei com muita vergonha, as três entraram e eu fiquei desconfortável. Aí eu pedi para elas saírem e foi bom que elas me respeitaram. Elas perguntaram: ‘Você não quer que a gente assista seu parto?’ Eu falei, ‘Se não é obrigatório eu não quero’, aí foi tranquilo, mas foi por vergonha mesmo.” (Luana)

Ela conta sobre a necessidade de gritar na hora do nascimento e sobre como a sua vivência foi positiva.

“Na hora que ela estava nascendo eu gritei mesmo porque não sabia de onde ia tirar força, mas foi muito bom, eu conto pra todo mundo como foi especial o dia que ela nasceu, de nada eu esqueço, das dores, das pessoas, está tudo guardado como se fosse um filme.” (Luana)

Nadine conta a sua percepção de cuidado da equipe. Para ela, as práticas realizadas durante o parto ajudaram o nascimento do bebê.

“Teve a equipe de enfermeiras e na hora que estava nascendo veio uma médica que me ajudou bastante,

pressionou aqui em cima para ele não voltar e ajudou no final dos pontos, a enfermeira obstetra não estava conseguindo e ela veio e me ajudou, foram pessoas que cuidaram de mim.” (Nadine)

Rita relata sobre a sua vivência durante o parto e os conflitos entre aquilo que a equipe pedia para ela fazer e o que o corpo dela sentia.

“A mulher que apertava minha barriga era a mesma coisa que nada, era um terror, mais machucava, a mulher deitou em cima de mim e apertou, sabe quando aperta? E eu não sei porque fez isso. Eu sofri, fora que eu levei ponto da frente até atrás e para ir ao banheiro eu sofri, aí ela colocou anestesia para dar os pontos, mas não pegou e ela costurou assim, eu gritei de dor, quando ela costurava eu gritava e ela me deu duas anestésias, não sei porque não pegaram. A minha cunhada viu tudo. Agora quando você está fazendo força elas empurravam e me seguravam com uma força, eu vim embora toda roxa e eu falava: ‘Moça, não precisa segurar, eu já tive uma filha, eu sei como é que é’. Ela falava: ‘Faz força como se você fosse fazer cocô’. Mas a mulher que estava fazendo o parto já estava um pouco sem paciência, ela falava ‘Faz força direitinho, colabora com a gente’, mas era isso que eu falava: ‘Não sou eu que não consigo, é meu corpo que não vai’. A médica falou ‘Você tem que fazer força, colocar o bebê para fora’, mas a dor de colocar o bebê para fora não vinha, eu não sentia essa dor. Eu fiz uma última força e saiu a cabeça, aí eu travei a perna, na hora que saiu a cabeça, quase que eu machuco o bebê sem saber porque a dor veio forte. Ela falou: ‘Você quase machucou seu bebê, viu mãezinha?’. Você sai dali só o bagaço, costurada.” (Rita)

Bruna conta sobre os discursos da prima quanto ao fato de gritar no hospital e a reação da enfermeira com a sua forma de expressar a dor. Aqui também aparece um conflito na hora de fazer a força.

“E eu não gritava, porque o pessoal me falou que se eu gritasse ninguém ia me atender, né? As minhas primas falaram: ‘Não grita no hospital, ninguém vai te atender e vão te deixar sentindo dor’. Aí eu ficava assim: ‘Ai, ai meu Deus, ai’ e a enfermeira foi lá e disse: ‘Para de ficar ai, ai, ai senão eu não vou conseguir fazer o parto e você desse jeito está irritando a gente’, e eu falava ‘Eu não consigo’ e ela ‘Vai lá, quando você sentir dor você faz força’ e eu fazia força e ela falava ‘Para de fazer força, agora você não está sentindo dor’, mas era a minha primeira gravidez, como eu ia saber? E eu estava

sentindo uma dor insuportável. E ela dizia ‘Quando você sentir dor você faz força’, eu fazendo força, ela ‘Pode fazer força agora que você está com contração’, eu fiz força e na primeira saiu a cabeça da bebê e na segunda nasceu. O Alessandro cortou o cordão, ajudou, mas eu não gostei da mulher que fez meu parto, achei ela muito ignorante e era enfermeira, acho que tinha que ser uma médica, né? Eu acho que tinha que ser médico, ela não soube me explicar as coisas direito, falava só: ‘Faz força’.” (Bruna)

Raquel conta que achava que era o médico quem faria o parto. Ela relata que se sentiu ajudada pela enfermeira ao incentivá-la a fazer força.

“Na hora eu falei: ‘Chama o médico, chama o médico’, eu achava que era médico que fazia o parto. Na hora que ele estava nascendo eu senti muita dor, contração bem forte mesmo e ela falava: ‘Mãe, faz força, não respira para cima, faz força para baixo para o bebê sair. Daqui a pouco a gente vai conhecer ele!’ Ela me ajudou, falou, ‘Vamos mãe, faz força’.” (Raquel)

Jussara conta a relação com a médica na hora do parto e sobre a explicação desta ao dizer que seu útero estava “colado”, impedindo o nascimento do bebê.

“Quando a médica veio e fez o toque, ela falou: ‘Eu não vou te machucar’, porque todos que vinham me machucavam foi quando ela falou que o colo do meu útero estava colado e todas vinham fazer toque e ninguém viu. Ela descolou, foi quando eu fiz força e a cabecinha corou, ela viu. Ela me falou: ‘Só vou sair daqui quando seu bebê nascer’. Aí, com quatro forças ela nasceu porque eu não estava aguentando mais sentir dor, minha preocupação é que ela fizesse cocô na barriga. Aí ela saiu, fez a cabecinha e depois fiz outra força e ela nasceu. Aí a médica falou: ‘Você fez a força, muito bem, vou te contratar para dar aula para outras mulheres’. Aí na hora que ela colocou a bebê em cima de mim, graças a Deus foi tudo bem.” (Jussara)

As mulheres contaram sobre a presença do acompanhante. Nadine diz que não queria o marido assistindo ao parto, embora acredite na importância da presença dele.

“Meu marido ficou comigo o tempo todo, viu tudo que eu passei, eu senti um pouco de vergonha porque assim ele viu todo aquele sofrimento, eu não queria que ele tivesse

visto, mas Deus sabe o que faz e se ele viu é porque tinha que mudar alguma coisa dentro do coração e da cabeça.” (Nadine)

Bruna relata a importância da presença do acompanhante em sua experiência. Mesmo assim, conta que se sentiu sem apoio dos profissionais.

“Se não fosse ele ficar perto de mim, me ajudar, me segurar, segurar a minha mão, eu não sei o que seria de mim porque eu nem aguentava gritar, eu só falava baixinho: ‘Está doendo muito’, minha voz faltava, como eu ia gritar alguém? Eu acho que tem que ficar alguém ali todo o momento dando atenção.” (Bruna)

Jussara também conta sobre a importância da presença das tias em sua vivência.

“Eu achei bom que minhas tias ficaram comigo, uma ficou no começo depois a outra veio. Se eu tivesse ficado sozinha lá eu ia ficar mais apavorada ainda.” (Jussara)

As mulheres relataram experiências que tiveram no pós-parto e o quanto foi importante receber apoio e assistência neste período. Rita conta da sua curiosidade em saber sobre o retorno do corpo e o medo de ficar com problema na bexiga.

“Eu tive ponto até aqui atrás, uns 10 pontos, mas agora já caiu, ficou tudo sequinho. Eu sou curiosa, pergunto tudo pra médica, eu perguntei se voltava tudo ao normal depois, ela falou ‘Volta, o útero fecha e volta tudo ao lugar’, eu fiquei com medo de ficar com problema na bexiga, com medo de sair pus porque ela falou que tem mulher que o útero infecciona, eu fiquei com medo, já pensou viver com uma sonda aqui?” (Rita)

Ela conta como se sentiu após o parto e relata a diferença da atenção entre os profissionais que a acompanharam: uns davam somente o remédio e outros conversavam, davam risada.

“Eu estava com aquele braço todo cheio de dor, machucado lá de baixo, cheguei a escorregar na escada, aí a moça me pegou, eu não conseguia me lavar, ir ao banheiro. Depois do parto eu estava sem forças,

amarela, pálida, sem tomar água, fiquei com sede até oito horas da noite, quando veio a garrafa eu tomei tudo. Eu fui a que mais levei ponto no quarto. Teve uma que levou dois pontos e a que estava do meu lado não levou nenhum. Eu levei mais de 10, que até a ginecologista olhou e se assustou, aí ela perguntava 'Fez coco e xixi?' e eu falei: 'Nada', eles iam colocar uma sonda em mim, aqui a minha barriga ficou enorme e inchada. Eu achei ótimo o jeito que a mocinha cuidou de mim, ela vestia a roupa em mim, essa menina era muito ótima, mas tinha umas que davam o remédio para você e não davam mais nenhuma atenção, agora tinha umas que eram super legais, super educadas, conversavam, brincavam, perguntavam se estava me sentindo bem. Essa aí até sentava comigo, porque a bebê estava no banho de luz, até companhia fazia. E ela ficava comigo porque eu estava sentido tontura, não conseguia comer. Tinha uma enfermeira baixinha que me ajudou, me colocou no chuveiro, muito atenciosa, e eu pesada e ela me ajudando, ela sofria e não conseguia me tirar do lugar, ela sofreu comigo. Depois antes de ir embora eu procurei por ela." (Rita)

Bruna e Nadine também relatam a importância da atenção recebida das enfermeiras no pós-parto.

"Na maternidade todo mundo me tratou super bem, teve uma que foi uma princesa, me ajudou a dar banho no bebê e a tomar banho." (Bruna)

"Depois do parto a enfermeira foi me ver, foi ver se estava tudo bem, viu os pontos, fez o toque para ver se estava tudo bem. Ela falou que qualquer coisa era para voltar lá, mas eu fui muito bem atendida, muito bem tratada, eu tinha muito medo por ser público. A enfermeira depois do parto me ajudou, me deu banho e eu acho que é isso que a gente precisa, de amor e carinho para passar essa fase." (Nadine)

4.2.7 Discursos sobre o contexto

As mulheres contam discursos que ouviram sobre o local e como as experiências de familiares e pessoas próximas influenciaram em suas concepções sobre o local.

"Antes eu ouvia falar horrores desse hospital, coisas, até a enfermeira brincou comigo e falou assim: 'Aqui não é matadouro'. Eu tinha pavor de lá, falavam que era um açougue, que lá aconteciam as piores coisas, eu tive quatro pessoas bem próximas a mim que tiveram bebê

lá. Dessas, só uma teve problema, mas de resto todas disseram 'Vai pra lá, é bom'. Antes era horrível, as pessoas falavam: 'Você vai para lá? Você é doida'. (Luana)

Bruna relata o fato de a prima não ter sido bem atendida e as informações veiculadas na mídia sobre o local.

"Eu só tive bebê lá mesmo por causa do pai da minha filha que falava que lá é muito bom e por causa da dor, foi o primeiro hospital que eu vi, eu queria ir, aí eu tive que descer lá mesmo. Só que eu ficava com medo porque lá eles matam as pessoas, a minha prima foi lá eles não a atenderam direito, mas não sei se você já viu um monte de coisas que passa na televisão falando que eles matam." (Bruna)

Rita aponta a necessidade de comprovar as informações que ouvia sobre o local.

"Esse hospital é referência no meu posto, mas falavam que era ruim, mas eu falei: 'Eu não fui lá ainda, eu tenho que ir para comprovar'." (Rita)

Raquel conta que desejava ir para outro hospital, o mesmo onde uma amiga vivenciou o parto, porém a referência no seu cartão era o hospital em questão. Para ela, na hora do nascimento o local não teve importância.

"Do posto eles automaticamente já colocam para ir para lá, eu tenho uma amiga que ganhou no Z, eu também queria ir para lá, mas no meu cartão o médico colocou para eu vir pra cá. Eu acho que hospital a gente não tem muito que escolher, porque uma gravidez é um filho que vai nascer e ele vai nascer de qualquer jeito, ou em casa ou no hospital, então eu pensei vou para esse mesmo, já sabia que eu ia pra lá mesmo pelo fato dos médicos terem colocado." (Raquel)

Jussara relata sobre o ambiente do hospital e sobre a equipe. Ter um atendimento bom aparece como uma questão de sorte. Em sua concepção, os profissionais não podem errar, principalmente os médicos.

"Nos dois plantões que eu peguei não tive a sorte de pegar um plantão bom. O hospital em si é bom, o

ambiente, o que precisa mudar é a equipe, precisa mudar, se preocupar mais, toda a equipe que eu peguei era ruim, as únicas que salvaram a pátria ali foram duas médicas. Acho que médico não pode errar, as enfermeiras também, mas médico mais porque elas fazem o que os médicos mandam.” (Jussara)

Rita conta ter gostado do ambiente e tratamento no local. Relata suas percepções sobre a profissional que a atendeu.

“Eu gostei do ambiente de lá, achei ótimo, eu não esperava que fosse assim porque tem gente que reclama de lá, gostei do tratamento também, mas no dia é difícil, né? Eu peguei uma médica para fazer o meu parto que também estava estressada com a outra moça, porque a outra também não ganhava, então ela estava fazendo dois partos ao mesmo tempo.” (Rita)

Raquel fala da diferença na assistência que existe entre os locais e entre profissionais e “o profissional”. Ter recebido atenção positiva aparece como uma questão de sorte.

“Tem diferença tanto de uma pessoa para outra como de um hospital para o outro, como com os profissionais também, tem os profissionais e tem o profissional. Eu tive sorte na verdade.” (Raquel)

Nadine relata o medo de ir para o hospital por ser público e também aponta a questão da sorte quanto ao atendimento do profissional, fazendo uma correlação da saúde com um produto - receber uma boa atenção, para ela, dependia de pagamento.

“Eu tinha muito medo por ser público, porque a gente que é pobre sempre entrega a saúde à Deus, porque médico é sorte, se não paga, a gente não bota fé.” (Nadine)

4.2.8 Os sentidos do parto

As mulheres contaram como imaginavam o parto durante a gestação. Relatam o medo associado aos repertórios sobre a dor e experiências de pessoas de suas redes sociais.

“Eu pensava muito no parto, pensava antes de engravidar, tinha medo, medo de tudo. Eu já tinha medo porque todo mundo falava que era uma dor horrível, que via estrela, até as pessoas mais idosas nos ônibus falavam ‘Agora você vai pagar por tudo que você fez’, ‘Agora você vai dar valor a sua mãe’, mas eu falava ‘Cada um é cada um, né?’” (Luana)

“Durante a gestação eu pensava no parto e ficava com muito medo, tinha gente que falava da dor, por causa da minha prima porque ela foi ganhar o bebê, dos dois filhos dela um tem um problema no pescoço porque na hora de puxar o médico quebrou o pescoço do bebê, e da minha priminha o braço quebrou, a enfermeira que quebrou, eu ficava com medo.” (Bruna)

Bruna também conta sobre o seu medo de morrer no parto e de não conseguir fazer com que o bebê nascesse, associando o momento do parto a um sonho que teve durante a gestação.

“Eu imaginava que eu não ia conseguir, eu tinha medo de morrer, eu sonhei que eu chegava ao hospital e não aguentava colocar o bebê para fora. Eu tinha medo de não aguentar ganhar o bebê e chegar lá e passar da hora de nascer.” (Bruna)

As mulheres também contam que durante a gestação preferiam o parto normal pela recuperação mais rápida e pelo fato de a cesárea ser uma cirurgia.

“Eu queria normal porque aqui tem escada e com cesárea não ia ter como subir essas escadas, eu queria normal mesmo e foi.” (Luana)

“Eu estava pensando e pedindo a Deus que fosse parto normal, e falavam ‘É muita dor, muita dor, muita dor’ e por outro lado tinha gente que falava ‘A recuperação é mais rápida’ e eu quis parto normal, seja a dor que for, para ter uma recuperação mais rápida porque eu sou sozinha.” (Nadine)

“Nos últimos meses eu comecei a pensar no parto, eu pensava: ‘Será que vou aguentar? Ah, não, eu acho que vai fazer cesárea por causa da idade, mas eu não gostaria de ter cesárea, nunca pensei em ter cesárea, para mim cesárea é uma operação, uma cirurgia, tomar anestesia, a raqui, ah não.’” (Raquel)

Nadine também conta que pensava no parto normal por conta da experiência positiva de sua mãe e associava o sucesso do parto ao tipo sanguíneo, de acordo com o conhecimento de sua mãe.

“Eu também pensava se eu puxar à minha mãe vai ser parto normal porque todos nós nascemos de parto normal. Eu pensava se eu puxar a minha mãe eu tenho o mesmo sangue que o dela, é B+ e minha mãe falava que sangue positivo era muito bom na hora do parto e olha que a minha mãe é analfabeta, mas sempre teve esse conhecimento.” (Nadine)

Luana conta sobre o papel e importância da fé ao pensar no parto e sobre o suporte espiritual da família.

“Eu aprendi a confiar muito em Deus, eu aprendi a ter fé porque você está com o bebê na barriga, mas você não sabe como ele vai sair, você não sabe se vai ser normal, cesárea ou aquele do ferro, eu ficava pensando como seria e eu só pedia para Deus proteção e o melhor. Eu ficava com a minha mente ligada em Deus, foi a minha madrinha que me ensinou isso, ela falou: ‘Nós sabemos que vai doer, mas vai ter que sair um dia, só coloca a sua vida na mão de Deus e pronto’. A gente é católico, confia muito em Deus, as minhas tias vieram fazer oração por mim, todo mundo orou, minha mãe.” (Luana)

As mulheres constroem sentidos e repertórios da dor com base nas vivências durante o processo do parto, associados ao sofrimento, à morte e ao fato de ser uma experiência individual.

“Cada organismo é diferente, né? A médica me explicou: ‘Mãezinha, cada organismo é diferente, tem uns que são mais lentos e outros são mais rápidos’. O meu estava demorando, mas nasceu na hora que nasceu, eu fiquei feliz por não ter acontecido nada. Ainda a pediatra brincava: ‘Ah, essa é a mãe que sofreu’, eu falei: ‘Sofre, todo mundo sofre no parto’.” (Rita)

“A dor é tão forte, é a dor da morte, eu não sei porque eu não morri, porque a dor é tão forte que podia matar alguém.” (Bruna)

Para Rita, o parto foi vida e dor, como um momento de sofrimento, mas como uma fase passageira. Um momento da mulher e do bebê.

“O parto para mim foi vida e dor, você sofre muito, aquela dor forte que vem e volta insuportável, mas o parto é uma fase que você passa, é um momento só seu, só seu e do bebê.” (Rita).

Para Nadine, o parto visto e vivido como sofrimento é capaz de trazer mudanças, relacionando esse ponto de vista com o fato de marido ter assistido ao parto.

“Deus fez com que ele visse o parto, o sofrimento para deixar de fazer o que estava fazendo comigo, ele mudou muito. Mudou, porque ver o sofrimento de um parto, se não mudar não tem nada que mude.” (Nadine)

Luana relata como sentiu a dor e as sensações no momento da saída do bebê. Para ela, parto foi uma lição de vida e um processo individual.

“Essa dor vem, some e depois volta, na hora que ela estava nascendo foi aquela coisa estranha, saiu a cabeça, aí depois vieram os ombros e eu achava que saía tudo junto. No final da contração dá mais um intervalo, na hora eu pensei: ‘E se a minha filha morrer e for minha culpa?’, mas na hora deu vontade de fazer força, uma vontade mesmo. O parto foi uma lição de vida pra mim, que você tem que ser você e não se preocupar com que os outros falam.” (Luana)

4.3 CASA DE PARTO

A Casa de Parto está localizada em uma comunidade¹⁸ e faz parte das ações da Associação Comunitária local, que foi fundada em 1970 e engloba diferentes frentes de ações, como saúde, educação e artes. Possui grande influência na comunidade local.

Todas as ações da Associação Comunitária são orientadas pela filosofia antroposófica. A palavra grega *antroposofia* significa “conhecimento do ser humano”. A ciência antroposófica foi desenvolvida pelo filósofo austríaco Rudolf Steiner e abrange a realidade espiritual, anímica e física do homem e do universo,

¹⁸ Abriga em média 267.000 habitantes

partindo do pressuposto que cada ser humano é capaz de se desenvolver e ser um agente de transformação no mundo¹⁹.

A história da constituição da CP está intimamente relacionada com a história da parteira que atuou na comunidade e prestava assistência às mulheres da região. A parteira, nascida na Alemanha, chegou à cidade de São Paulo na década de 1980 e seu trabalho na comunidade deu origem à primeira Casa de Parto do estado de São Paulo. Inaugurada no ano de 1997, contava com uma pequena sala no ambulatório de saúde da Associação Comunitária local.

A enfermeira da CP Daniela, que trabalhou com a fundadora e teve seus filhos com ela, conta um pouco sobre o trabalho da parteira:

“Ela teve uma história assim, ela tinha um quatinho onde dava assistência ao parto, às vezes ela tinha duas, três pacientes neste quatinho em trabalho de parto e às vezes essas pacientes iam ter o bebê, eram levadas para outro espaço, então eu e mais duas auxiliares nos dividíamos para acompanhar essas pacientes e a gente as acompanhava depois até em casa porque com a parteira tinha essa coisa de acompanhar a paciente até a sua casa, deixar ela bem acomodada e ter a certeza que ela teria o alimento, ela nunca deixava elas irem embora apenas. Então, o cuidado que ela tinha era nesse sentido.” (Daniela)

O projeto da Casa Parto foi elaborado no ano de 2003 pela Associação Comunitária local, em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde e um hospital local. Após pesquisa sobre a saúde materna na região, foi constatado que os índices de mortalidade materna, cesarianas e prematuridade eram altos. Isto corroborou para que o projeto da Casa de Parto fosse estabelecido. O local contou com investimento internacional para a compra de materiais e recursos.

A CP começou a funcionar em março de 2009. Diante de mudanças políticas na região, a CP sofreu represálias após a conclusão de sua construção. Embora tivesse em 2004 o parecer

¹⁹ http://institutorudolfsteiner.org.br/?page_id=10

positivo do vínculo com a prefeitura de São Paulo e possuir o alvará de funcionamento, recebeu pareceres negativos, não conseguindo o vínculo com o SUS. Desde então, mulheres que receberam atendimento no local juntamente com a equipe de saúde passaram a participar de manifestações públicas em prol da humanização da assistência obstétrica na cidade de São Paulo.

Os pareceres negativos da Secretaria Municipal de Saúde fizeram com que a equipe da CP adotasse um novo modelo para manter as portas abertas, um modelo nomeado como autossustentável. Este modelo tem como princípio atender todas as mulheres que queiram realizar o pré-natal, parto e pós-parto no local, independente de classe social. As mulheres da região de abrangência da instituição continuam a ser atendidas gratuitamente; já aquelas pertencentes a outras regiões da cidade pagam pela assistência.

A equipe da CP é composta pela coordenadora, que é médica obstetra²⁰, enfermeiras obstétricas, auxiliares e técnicas de enfermagem, fisioterapeuta, auxiliar administrativa, assessora de articulações políticas e relações públicas, cozinheira e faxineira. Posteriormente, passaram a fazer parte da equipe obstetrites formadas pela USP.

A CP é composta por dois consultórios de atendimento para pré-natal e puerpério, quatro quartos de parto PPP, sala para realização de grupos, sala de medicamentos, sala de materiais de emergência, expurgo, cozinha, escritório, sala de descanso e quarto coletivo (quatro leitos) tipo alojamento conjunto. Na parte do fundo existe um jardim com diferentes tipos de plantas e flores. Os quatro quartos PPP possuem cadeira para acompanhante, bola de ginástica, banquinho de parto, cavalinho e pia. Dois deles possuem banheira. As camas de parto são forradas com edredons de

²⁰ A coordenadora da Casa de Parto possui formação em medicina, com especialidade em obstetrícia. Porém, na CP ela atua apenas na gestão, não estando envolvida com a assistência, que é promovida exclusivamente por enfermeiras obstétricas e obstetrites.

diferentes estampas de flores. No meio do corredor existe um grande banheiro com chuveiros, uma sala do tipo posto de enfermagem e outra com incubadora de transporte RN, berço aquecido e outros equipamentos de emergência. No final do corredor, uma grande janela de vidro dá acesso ao jardim.

No período da pesquisa, a CP abria por volta das 08 horas da manhã e fechava por volta das 19 horas. As mulheres possuíam o telefone particular das enfermeiras caso precisassem de assistência no horário em que a CP não estivesse funcionando. No início da pesquisa, a CP estava funcionando parcialmente com atendimento pré-natal, pós-parto e realização de grupos. No decorrer, o atendimento foi reaberto para a assistência ao parto.

Quando as mulheres expressam o desejo de realizar o acompanhamento da gestação e parto na CP, é agendada uma conversa e uma visita com as profissionais, chamada de “acolhimento”. Nesta reunião, as mulheres e familiares conhecem o local, e é explicado que a CP realiza atendimento de baixo risco, que a assistência ao pré-natal e ao parto é realizada por enfermeiras obstétricas e obstetrizas e que é necessária a participação nos cursos de preparação para o parto de todas as mulheres que desejarem ter o bebê na CP. Nessa reunião, todos ficam livres para fazer perguntas e tirar dúvidas. Grande parte das mulheres atendidas é moradora da comunidade onde a CP se encontra e dos bairros nos arredores. Com a abertura para o atendimento particular, mulheres de outras regiões de São Paulo também passaram a buscar a assistência no local.

Durante a minha primeira visita à CP fui recebida com gentileza pela Renata, que me mostrou o local com detalhes e me convidou para conhecer as áreas de atuação da Associação Comunitária.

Da janela do trem o amontoado de casas se apresentava de forma desorganizada e complicada de entender, parecia impossível enxergar outras cores além de tons de cinza. Quando desci no Terminal de ônibus me

perguntei: 'Como farei para subir até a Casa de Parto?'. Foi quando um guarda me indicou que havia uma escadaria que dava acesso à comunidade. E foi assim que subi o grande escadão e que encontrei uma bonita casa com fachada ampla pintada de amarelo. Os tons claros e a decoração do local o tornam muito aconchegante, a recepção calorosa fez com que realmente eu me sentisse muito a vontade no local. Fiquei feliz com quando a Renata me convidou para almoçar no refeitório da Associação Comunitária local após a visita. Foi uma ótima oportunidade para conhecer a comunidade. Conheci a Casa de Recuperação para Dependentes Químicos, o Ambulatório de Saúde que está vinculado ao PSF (Programa de Saúde da Família do SUS), a Casa da Marcenaria, a Biblioteca, uma das creches da comunidade e por fim chegamos ao refeitório onde todos os funcionários, voluntários, estagiários e alunos da Associação Comunitária almoçam juntos. Observei que antes de entrar para comer os alunos recitam uma poesia. Dentro do refeitório tem uma grande placa em mosaico com a palavra Harmonia. Nos corredores do refeitório existem fotos antigas da comunidade que mostram a construção da escola, casas e ambulatório. (Diário de Campo)

Durante as visitas, me chamou a atenção um quadro com uma reportagem de jornal mostrando a foto da parteira fundadora rodeada de crianças. Em outro espaço da casa, vi outro quadro em que ela estava sorrindo. A parteira gostava de música, tocava viola erudita e tinha uma coleção de flautas barrocas. Estar em contato com quem caminhou de perto com ela permitiu que eu descobrisse uma parteira feliz e alegre, mas que se fechava quando se sentia ameaçada ou estava em um ambiente em que não se sentia bem-vinda. Enquanto viveu em São Paulo, lutou para validar seu diploma como obstetriz, mas não conseguiu. O reconhecimento só veio após a sua morte. Renata, que conviveu e trabalhou com a parteira e hoje é coordenadora da Casa de Parto, conta sobre a atitude da parteira diante do nascimento:

"Eu lembro porque acompanhei muitos partos com ela, assistindo de longe, esquentando água, eu admirava muito a alegria que ela transmitia, uma coisa que não dá para explicar, além de todo o respeito e carinho ela transmitia uma alegria profunda para todo mundo que estava em volta, mesmo a mulher passando por fases difíceis do parto, ela transmitia uma alegria diante do nascimento e para mim isso é muito significativo, uma

alegria que estava além de tudo que está acontecendo.”
(Renata)

A coordenadora conta que a criação da Casa foi um processo composto pelo momento histórico da humanização do parto no Brasil e pela comunidade sensibilizada com o trabalho que fora construído anteriormente na comunidade através da parteira fundadora.

“Acho que foi um processo muito interessante porque querendo ou não uma casa de parto no Brasil ainda é um projeto pioneiro que não tem muitos modelos. Quando eu cheguei já tinha toda a legislação, experiências bem sucedidas, já tinha todo um movimento em prol do parto humanizado no Brasil e eu fiquei totalmente admirada, eu sei que ainda tem muita coisa para fazer e em comparação a outros países a assistência não é aquilo que a gente deseja, mas esse movimento é muito forte. Para mim foi muito interessante aos poucos ter contato com tudo isso e ir vendo quais eram os caminhos para realizar esse sonho, que na verdade era o sonho de muita gente, o sonho de um lugar. Foi a Associação Comunitária local que teve o sonho de ter uma casa de parto integrada com a rede de saúde pública, ao mesmo tempo era uma tradição que existia através do trabalho da parteira que fundou a Casa, uma comunidade sensibilizada e do outro lado uma legislação que vai ao encontro, tinha todo esse movimento do parto humanizado no Brasil, pelo Ministério da Saúde. Acho que foi assim uma longa caminhada de concretização daquilo que a gente sonhava.” (Renata)

Meu primeiro encontro mais próximo com as mulheres deste contexto se deu durante um *grupão*, um encontro de gestantes e puérperas que acontece mensalmente. O clima era de festa, o salão estava decorado com enfeites pendurados no teto, todos pareciam muito felizes, bebês brincavam com brinquedos de madeira no chão e bonecos que pareciam ter sido feitos a mão. Senti que havia lugar para mais uma pessoa, pois recebi o convite de forma muito simpática: “fica para o grupão”.

Uma gestante estava ajudando a organizar o salão, ela estava levando colchonetes para os bebês pequenos e parecia muito animada. Subia e descia a escada sorrindo e dizendo: ‘Vamos ver se agora eu entro em trabalho de parto’, ela estava com 40 semanas de gestação. Durante o grupo os bebês pequenos ficaram no colo das mães, outros ficaram dormindo nos colchonetes. Os maiores

brincavam com bonecas de pano, carrinhos de madeira e bolas de tecido em um tapete colocado no meio do salão. Alguns choravam, as mães atentas participavam do assunto: A influência da TV sobre a vida das crianças. Com liberdade, interagiam com a Renata e davam suas opiniões a respeito do tema. No começo a Daniela (enfermeira obstétrica) cantou uma canção que falava sobre “mãozinhas escondidas”, as crianças ficaram calmas e começaram a prestar atenção na música. Uma das participantes se surpreendeu ao saber que o bebê pode ouvir sons ainda dentro do útero. A Renata falou sobre ter cuidado com a televisão, sobre não deixar que ela exerça o papel de educar os filhos alertando as mães a prestar atenção sobre o que as crianças estão assistindo e sobre ter tempo para brincar e conversar com os filhos. No final teve um teatro, feito pela equipe da casa, que falava sobre a natureza. Teve também lanche com bolo de fubá que a Nina estava fazendo, chocolate quente, esfiha, canjica e frutas. Todas as mulheres e funcionárias ficaram reunidas e conversando, mostrando os bebês enquanto comiam. (Diário de Campo)

Durante as visitas, eu era convidada para participar do café da manhã, evento que marcava o início do dia e das atividades:

A grande mesa de café da manhã é montada. Nina, cozinheira da casa, logo cedo prepara o suco natural de maracujá. Se alguma gestante espera para o pré-natal são convidadas para tomar lugar à mesa. A oração antroposófica é lida. As atividades que serão realizadas são discutidas, como uma conversa entre risadas e goles de café e assim mais um dia começa. (Diário de Campo)

No começo, as mulheres da comunidade me olhavam com curiosidade e perguntavam se eu estava trabalhando na equipe ou se eu era voluntária da Associação Comunitária, uma vez que esta recebe muitos voluntários de países da Europa, como Suíça e Alemanha. Por causa do meu cabelo vermelho e pele clara, elas achavam que eu vinha de outro país. O ambiente sempre muito calmo possibilitava conversas e, assim, fui conhecendo a equipe e as mulheres que frequentavam a Casa. Eu chegava por volta das 08 horas e circulava livremente pelos espaços. Aos poucos, fui participando da rotina da Casa. Era convidada para entrar nas consultas de pré-natal e puerpério, observava os grupos de gestante, ajudava na organização de eventos e acompanhava visitas

domiciliares para as puérperas junto com as enfermeiras. Nos dias da pesquisa, eu almoçava com a equipe no refeitório da Associação Comunitária, onde pude conhecer outros profissionais que trabalhavam em outras áreas da Associação. Percebi muitos princípios da antroposofia no local. Durante os grupos, não eram usados instrumentos tecnológicos, como computador, apresentação em *powerpoint* ou música artificial. Os bonecos das crianças eram feitos de materiais naturais, como lã e madeira. As mulheres participavam de oficinas artísticas, como a de confecção da *boneca estrela*. Pude também observar algumas práticas em que foram utilizados medicamentos antroposóficos:, para as mulheres no período puerperal que tiveram pontos no períneo era utilizada pomada e tintura de calêndula dissolvida na água para cicatrização mais rápida dos pontos e massagem com óleo de lavanda nas mulheres que sentiam muita dor na lombar no final da gestação. A fisioterapeuta também realizava um tipo de massagem específica da antroposofia.

Na visão antroposófica, existe um caminho para que o que é idealizado e sonhado possa ser concretizado no mundo físico. A gestora utilizou esta explicação quando conversava com uma das enfermeiras sobre as barreiras enfrentadas no funcionamento da CP e dificuldades de inserção no Sistema Único de Saúde.

“Na antroposofia, quando uma causa se vê frente a frente de muitos obstáculos é porque ela é muito importante. Quanto maior a causa, maiores são os obstáculos, é porque estamos no caminho certo. É necessário trazer para o mundo físico o que está no mundo espiritual.” (Renata - Diário de Campo)

Durante o trabalho de parto algumas mulheres andavam pelo corredor da casa, outras tinham velas em volta da banheira. Um dia especial para mim foi quando a gestora me chamou para acompanhar um parto:

Logo que cheguei à CP encontrei no corredor com uma das enfermeiras, ela disse: ‘A Renata está te

procurando, pediu para você entrar no segundo quarto'. Quando entrei, uma das jovens que eu havia encontrado há poucos dias esperando para consulta de pré-natal estava dando a luz. A Renata perguntou para ela se eu poderia ficar, ela disse que sim. A mãe da jovem e o marido estavam juntos, ela pediu para ficar deitada, o marido estava de mãos dadas com ela de um lado e a mãe acariciava a cabeça dizendo: 'Força filha, falta pouco'. Ela pediu para tomar suco no intervalo das contrações, a técnica de enfermagem da Casa deu o suco em sua boca. Ela respirava e fechava os olhos, parecia cochilar e quando a contração voltava fazia força. A gestora e a Daniela encorajavam a jovem dizendo: 'Você está indo muito bem, somente se concentre e descansa entre as contrações'. Quando a cabeça do bebê começou a coroar, a Renata falou: 'Deixa ele vir'. Olhou para a Daniela, que estava assistindo o parto, e disse: 'Só ampare, ele está vindo'. E ela veio, uma linda menina, foi colocada no colo da jovem. O marido, a mãe e a jovem que tinha acabado de dar a luz choravam emocionados. A Renata, a Daniela e eu sorríamos. (Diário de Campo)

Conforme os dias foram passando e meu contato com o local e atores ficava mais próximo, pude perceber a CP como o local onde as mulheres não entravam somente para passar por consultas, participar de grupos ou ganhar seus filhos. Muitas entravam ali e passavam as tardes conversando, fazendo tricô. Algumas destas mulheres participavam das refeições junto com a equipe. Durante as consultas, presenciei cenas em que as mulheres compartilhavam problemas de suas esferas familiares, se emocionavam e pediam ajuda. Uma dessas situações me marcou muito: uma jovem gestante chegou à CP chorando muito e pedindo ajuda, dizendo que o conselho tutelar havia levado seus filhos para o abrigo.

Eu podia sentir que a CP era o local de referência para as mulheres da comunidade, de modo que fazia parte do cotidiano delas. A enfermeira obstétrica Larissa conta suas experiências e impressões quando começou a trabalhar no local:

"O que me chamou muita atenção aqui foi que algumas mulheres falaram que os maridos eram usuários de drogas ou que elas mesmas usaram drogas, mulheres que tentaram aborto ou tiveram o aborto provocado, isso não fazia parte da minha realidade e aqui eu pude vivenciar isso e consegui trabalhar isso de uma forma boa eu acho, tratando essa mulher de uma forma natural

e foi uma lição de vida na verdade para mim, esse começo, ver que existem pessoas com outra realidade social em contextos muito diferentes aqui nessa região. E também vi muitas histórias de mulheres que tiveram partos maravilhosos, que tiveram partos aqui na CP e é esse vínculo do pré-natal, delas te procurarem, ligarem mesmo que às vezes elas venham só para perguntar alguma coisa. Elas sabem que têm a Casa como um ponto de referência e você como ponto de referência para elas.” (Larissa)

Conforme o tempo passava, pude sentir que deixava de ser uma estranha, passei a ter mais intimidade com o local e os atores. A Nina chegou a dizer que eu já fazia parte da casa, pois a abertura do local para a minha presença e a forma de organização permitiram um grande envolvimento. Como pesquisadora, contudo, senti que precisava me distanciar, o que não foi um processo fácil, pois era bastante prazeroso ir até o local e estar em contato com a equipe e as mulheres.

4.3.1 As vozes dos profissionais e gestores participantes do estudo

Renata, Médica obstetra, coordenadora

Coordenadora do projeto de criação da CP. Durante a entrevista, contou que desde a sua juventude tinha interesse em trabalhar em locais marcados pela questão social, o que a fez atuar como voluntária aos 18 anos na Associação Comunitária a que está vinculada a Casa de Parto. Antes de entrar na faculdade, ficou em dúvida se ingressava na graduação em ciências sociais ou medicina. A experiência que teve ainda quando jovem com a parteira da Comunidade a fez decidir pela medicina e, assim, pela obstetrícia.

Daniela, Enfermeira obstétrica

Trabalha na CP desde o início de sua criação. Quando jovem, atuou como auxiliar de enfermagem no ambulatório da comunidade. Contou que ajudava a parteira da comunidade durante o parto e com

os cuidados às mulheres durante o puerpério. Durante a entrevista, contou que teve dois filhos com a ajuda da própria parteira e que todo o contato com a parteira contribuiu para a sua decisão em ingressar no curso de enfermagem e na especialização de enfermagem obstétrica.

Larissa, Enfermeira obstétrica

Começou a trabalhar na CP no início de 2011. Durante a entrevista, contou que o seu interesse pela obstetrícia iniciou através de um projeto que realizou na graduação para a humanização do parto em uma maternidade. Contou que sempre desejou atuar em CP e fazer parte da equipe foi como a realização de um sonho.

4.3.2 Características do contexto e a forma de organização do serviço

As características da CP e as formas como o serviço está organizado no local se mostraram vinculados à própria história de construção do local e desafios encontrados neste processo. O modelo da CP é considerado como diferenciado e como local propício para a atuação de enfermeiras obstétricas e obstetrizes.

A coordenadora conta que o projeto da CP nasceu de sua vontade de dar continuidade ao trabalho da parteira da Comunidade.

“Quando eu voltei para o Brasil eu já era médica obstétrica formada, com experiência, e tinha esse sonho, dar continuidade ao trabalho da nossa parteira.” (Renata)

A concretização do projeto da CP se deu através de um processo difícil e laborioso. As dificuldades no início da constituição do projeto estavam relacionadas à captação de recursos. Apesar das barreiras encontradas, a gestora vê a realização do projeto como uma construção que se deu através de uma dinâmica correta.

Ela atribui o potencial da CP ao fato de este processo de construção ter ocorrido juntamente com as mulheres e a comunidade.

“Foi árduo, devagar, com momentos muito difíceis, mas aos poucos foi acontecendo principalmente com a questão da captação de recursos. Quando eu cheguei tinha um parceiro, mas que depois desistiu. Foi um processo muito lento, mas o que eu sinto hoje é o potencial de como está a CP. O potencial que eu sinto vem tanto das mulheres, como da equipe, esse potencial de crescimento tem a ver com essa dinâmica, foi uma construção, com muitas dificuldades. Eu acho que essa dinâmica está certa, foi algo que a gente teve que construir mesmo, nada a gente ganhou de graça. Tudo isso eu fico muito feliz, dessa construção junto às mulheres, junto à comunidade. Foi um caminhar muito longo chegar até aqui (...)” (Renata)

Para a gestora, a implantação da CP no cenário brasileiro é como uma missão, uma tarefa que cabia à ela realizar. Com isso, ela se vê como parte do processo de humanização do parto no Brasil e sente que em breve terá cumprido o seu papel neste processo.

“Como eu sou estrangeira, venho de outra realidade, eu fico muito feliz por estar aqui no Brasil e com essa tarefa, porque acho que cada um tem uma missão e eu sinto muita gratidão por estar no Brasil neste processo que é um processo do Brasil, me sinto presenteada em estar aqui e por tudo que tem acontecido aqui em relação à humanização do parto. Sinto que em pouco tempo eu não vou mais precisar ficar aqui porque as coisas estão acontecendo.” (Renata)

Atuar no cenário da CP é relatado como fazer parte de uma causa e poder criar um modelo diferenciado. A possibilidade de construir um trabalho e pensar na organização do serviço é visto como algo positivo, com possibilidades de mudanças.

“A CP está se moldando, está sendo possível pensar em todos os aspectos, pensar o modelo que se quer para a CP, então tem a possibilidade de fazer coisas novas e criar esse modelo. É você construir um trabalho, se você chega em um local que tudo já está pronto fica mais difícil de mudar. Estar aqui é fazer parte de uma causa, de um modelo diferente.” (Larissa)

Daniela relata a importância da percepção das mulheres quanto ao modelo diferenciado. Para ela, seria importante também

que os profissionais da assistência obstétrica tivessem contato com o modelo da CP.

“(...) o que eu quero para as mulheres que passarem aqui pela C.P é que elas sintam e vejam que existem pessoas aqui que estão para fazer a diferença e que elas sintam essa diferença e relatem alguma coisa nesse sentido. Eu gostaria que a gente fosse uma escola para que todos os profissionais da obstetrícia passassem por este espaço e vissem essa qualidade que a gente faz aqui, e vissem um modelo diferente.” (Daniela)

As formas de vínculo e relação com as mulheres são considerados como diferenciais da assistência na CP. A enfermeira compara a forma de contato com as mulheres na CP com a sua experiência anterior no contexto hospitalar.

“Eu vinha do ambiente hospitalar, a gente conhecia a mulher quando ela chegava lá com uma queixa, em trabalho de parto ou gestação. Você a conhecia naquele momento e prestava a melhor assistência possível enquanto estava ali com ela, depois ela tinha alta e raramente você a via de novo. Não tinha aquele vínculo estabelecido como tem aqui na CP, e eu reparei isso desde os primeiros dias que eu estava aqui, percebi que as mulheres vinham passear aqui na CP, não vinham aqui só para o atendimento, elas vinham aqui ficavam sentadas traziam os bebês, as grávidas vinham e ficavam o dia inteiro aqui na CP, na hora das refeições elas sentavam junto na mesa, então isso pra mim foi muito diferente, esse tipo de vínculo.” (Larissa)

O contato e possibilidade de vínculo durante o pré-natal com a profissional que estará presente no parto também é apontado como um diferencial deste modelo da CP e, assim, a assistência pré-natal é vista como parte integrante do processo de nascimento. A possibilidade de conhecer a história de vida das mulheres, além da história obstétrica, foi relatada como um fator importante.

“Eu trabalhava muito focada no parto, mas aqui pude perceber o quanto o pré-natal é importante para a criação desse vínculo e o quanto isso é importante porque você acaba conhecendo não só a história obstétrica das mulheres, mas a vida delas. Eu tinha muita sede de trabalhar com parto, mas eu vi que não é só o parto, tudo isso faz parte desse nascimento, que não é só o ato de parir mesmo.” (Larissa)

“O nosso trabalho aqui é assim, a gente atende a mulher, faz o acompanhamento pré-natal e na hora do parto você está com ela, isso é perfeito.” (Daniela)

A orientação e prática dos grupos de preparação para o parto é vista como fundamental para uma boa experiência. Para Daniela, é através do grupo e da orientação que as mulheres conhecem seu próprio corpo e percebem o que está acontecendo. Os temas tratados também são importantes para o pós-parto.

“Se elas vão preparadas para o parto é muito interessante. Então isso tem que ser realizado no pré-natal, todo esse preparo, saber o momento certo de ir para o local, porque qualquer coisa elas acham que é a hora. Aqui na CP nós temos cursos para gestantes, temos grupos divididos conforme a idade gestacional, com pequenas aulas para abordar o que está acontecendo com o corpo naquele momento e o que elas estão passando. A gente relata situações que às vezes elas falam: ‘É isso mesmo, eu estou assim’. Então elas se reconhecerem e saberem o que é normal e anormal para cada fase. E é isso também depois do parto. O bebê às vezes está com espasmo e ele precisa fazer adaptação nesse mundo. A mãe fala ‘Ele está com mau olhado, quebrante, vou levar para benzer, colocar fitinha vermelha’ e a gente fala: ‘Olha, esse bebê não tem nada, a maioria dos bebês quando está assim está com falta de limite [corporal], ele precisa se adaptar nesse mundo, ele estava envolto, quando nasce ele sai da água’, então a gente faz esse tipo de adaptação, a gente ensina o banho com a fralda, explicamos que a água precisa ser quente, aconchegante, então envolvemos o bebê na fralda para ter a proteção, ela vê a temperatura da água e os movimentos.” (Daniela)

O ambiente da CP é caracterizado como um espaço que atende as necessidades da mulher por oferecer acolhimento e segurança simultaneamente.

“Esse realmente é o espaço que a mulher precisa, um ambiente agradável, acolhedor e que, ao mesmo tempo, tenha segurança.” (Larissa)

A CP é considerada um local próprio de atuação das enfermeiras obstétricas e obstetrizes.

“Na pós-graduação a gente falava muito desse modelo CP, esse seria o modelo ideal para que uma enfermeira obstétrica e obstetrix pudessem atuar.” (Larissa)

A gestora faz uma correlação das diferenças entre a formação em medicina e enfermagem obstétrica/obstetrícia ao considerar a CP como local de atenção de baixo risco e, assim, próprio para a atuação de enfermeiras obstétricas e obstetrizes.

“(...) A parteira que foca sempre o fisiológico e o médico o patológico, porque na formação médica nós somos formados para reverter o patológico. A CP, assistência ao parto de baixo risco, na minha opinião deveria ser sempre conduzida por enfermeiras obstétricas, obstetrizes.” (Renata)

4.3.3 Práticas de cuidado na assistência ao parto

Para a gestora, o cuidado que acontece na CP deve ser composto por práticas que estejam focadas nas necessidades das mulheres, bebês, famílias e comunidade.

“Para mim o que mais expressa o cuidado da CP com palavras é ter práticas que foquem nas necessidades da mulher e do bebê que está nascendo, em segundo lugar da família e comunidade que está em volta. Para mim isso tem que acontecer de uma forma muito radical.” (Renata)

Ela fala sobre a necessidade da empatia nas relações entre mulheres e profissionais, que se dá através do processo de se colocar no lugar da mulher e também do bebê.

“Para mim é fundamental que o prestador de serviços da assistência ao pré-natal, parto e puerpério aos poucos aprenda a ser empático de verdade, a se por no lugar do outro e também se por no lugar do bebê ainda não nascido.” (Renata)

Para as profissionais, é importante que as mulheres tenham liberdade de movimentação durante o trabalho de parto. O uso de artefatos mostra ter papel importante no cenário do parto. Para Daniela, o ideal é que a mulher saiba previamente da existência desses artefatos e possibilidades de movimentação.

“Uma das coisas que a gente tem na CP é isso, a possibilidade de movimentação porque quanto mais tensa você está, mais imóvel fica. A tensão é a pior coisa e se ela fica mais solta, relaxa mais, fica mais à vontade, e com isso facilita o trabalho de parto e para ela é confortável. Hoje a gente tem o chuveiro, o cavalinho, a bola, dá para caminhar, o ideal é que ela vá preparada para esse momento, sabendo que existe tudo isso.” (Daniela)

Além dos artefatos e da liberdade de movimentação, Larissa fala sobre o uso da música, massagem e água. Para ela a água possui papel fundamental no momento do parto por trazer energia e conforto.

“Eu gosto da liberdade da posição, alimentação. Os exercícios são importantes, a massagem, o banho, a utilização da música. A água eu acho uma das coisas fundamentais, ela tem que estar presente de alguma forma, eu acho que ela traz energia e proporciona conforto para a mulher, o banho tanto de banheira, como chuveiro, ou mesmo o som da água, eu acho que ele remete alguma coisa boa para a gente, alguma coisa que acalma, que trás conforto.” (Larissa)

Larissa também fala sobre criar um ambiente ideal para as mulheres, abrindo espaço para as possibilidades de escolha conforme aquilo que é significativo para elas no momento do parto. Para Larissa, criar um ambiente com o uso de diferentes componentes e que torne o espaço bonito tem o sentido de valorizar as mulheres.

“A gente usa algumas coisas para deixar o ambiente bonito pra ela, criar aquele ambiente ideal dela, não o nosso ambiente. Às vezes a gente pensa: ‘Ah, todas vão gostar disso’ e às vezes não gostam, então a gente perguntava antes, por exemplo, se na banheira ela queria pétalas de rosas, espuminha, então às vezes ela nunca viveu isso na vida e nem vai ter oportunidade, então elas se sentem valorizadas, isso é importante, valorizá-las de alguma forma.” (Larissa)

Para as profissionais, prestar assistência durante o parto implica em ter atitudes e práticas que favoreçam e gerem um ambiente de confiança e empatia. Para elas, a forma como o cuidado ocorre influencia na evolução do parto.

“A hora de dar a luz, de trazer um ser humano ao mundo, a gente quer que seja com qualidade de vida (...). Chegar com um olhar, olhar nos olhos, fazer uma pergunta de cada vez, respeitar o momento da contração, ela vai confiar em você e esse parto vai evoluir tranquilamente. Cuidar é falar de assistência e se a paciente não confia em você, se tem uma antipatia, como vai evoluir?” (Daniela)

Para Larissa, a presença “de corpo e alma” do profissional cria um ambiente de confiança, fazendo com que a mulher se sinta capaz de parir. Para ela, isto independe do espaço físico ou modelo de atenção ao parto. A presença do profissional e a forma como esta presença se “faz” é o ponto central para que a assistência seja integral.

“Acho que o apoio é o mais importante, dela ter alguém junto, estar presente e respeitar as vontades dela, o que é melhor para ela naquele momento. Você deve estar ali de corpo e alma, deve estar ali para o que der e vier, junto com essa mulher, acho que isso é mais importante, contribuir para esse ambiente, para que ela se sinta à vontade, para que se sinta capaz de parir.” (Larissa)

O nascimento mostra ser um evento que transcende a esfera biológica e reflete na vida do indivíduo e, por sua vez, na realidade da sociedade. Para as profissionais, a forma como o nascimento é acompanhado é capaz de trazer mudanças no mundo.

“Independente do lugar toda a mulher deveria ter um atendimento digno, ver que tipo de trauma que esse indivíduo passou na hora da gestação e na hora do parto que pode estar afetando a vida dele hoje, se a gente parar para pensar, tem nexos.” (Daniela).

“Eu acredito nessa teoria que quando você faz as coisas com amor, recebe esse bebê com amor, faz com que esse nascimento seja com amor, você consegue melhorar o mundo.” (Larissa)

Para a gestora, é importante pensar e sentir o que é o nascimento, e isso exige coragem. Esse pensar do nascimento para além do biológico pelos profissionais possibilita a criação de um espaço para que as mulheres desenvolvam fantasias e sonhos à respeito do nascimento.

“Para mim isso é uma coisa muito séria, pensar o nascimento e ter coragem mesmo como um prestador de serviço de pensar o que é o nascimento, de sentir o que é o nascimento, não para formular um conceito de nascimento, mas para deixar fluir as fantasias sobre o nascimento, deixar espaço para as mulheres durante a gravidez poderem desenvolver fantasias e sonhos a respeito disso.” (Renata)

As experiências e encontros pessoais com atores que marcaram a formação e as trajetórias profissionais mostram-se como fatores importantes, capazes de refletir na prática e nos modos de ver o nascimento.

A gestora conta que o seu contato com as parteiras refletiu em seu modo de ver o parto como um processo não patológico.

“Tenho que agradecer no fundo a muitas midwives ou hebamme porque na verdade eu me formei como médica obstétrica, mas eu sempre tive um contato muito bom com as parteiras e tudo que eu aprendi sobre o acompanhamento de parto normal e essa questão da não intervenção eu aprendi observando e conversando com parteiras.” (Renata)

Daniela conta sobre a vivência que teve com a parteira da Comunidade e a experiência dos seus próprios partos, também acompanhados pela parteira.

“O que me deu a referência foram os anos que eu trabalhei com a parteira, assistindo toda a prática dela junto com a assistência, então a minha referência para minha prática hoje é na experiência que eu tive quando trabalhei com ela, atendi partos com ela. E a experiência que eu tive no meu próprio parto acompanhado por ela.” (Daniela)

Larissa conta a importância dos profissionais que conviveram com ela durante a sua trajetória, permitindo que conhecesse um modelo diferenciado de atenção ao parto.

“Uma experiência que me sensibilizou bastante foi uma maternidade que tem ao lado de minha cidade natal, mas que tem um trabalho maravilhoso e esse trabalho era conduzido por uma enfermeira obstétrica e um médico, então foram eles que abriram um leque assim muito grande para a gente, de conhecer essa questão da humanização, então eu acho que ali me sensibilizou esse modelo diferente. No hospital municipal de minha

cidade tinha uma médica que era coordenadora do serviço de obstetrícia e ela foi uma pessoa que me impulsionou muito e me ajudou muito.” (Larissa)

A coordenadora relatou uma experiência vivida em um hospital no norte do Brasil que ficou marcada em sua história.

“Eu presenciei uma situação em Roraima que foi uma coisa muito forte para mim, em 2001 eu trabalhei durante três meses lá, foi um intercâmbio entre a sociedade de Munique e a sociedade de Boa Vista e eu cheguei a trabalhar com alunos do quinto ano a questão da saúde da mulher, a questão da obstetrícia e eu acompanhava os alunos de medicina na prática no Centro Obstétrico. Era uma maternidade enorme, eu acho que a única do estado de Roraima que as mulheres vinham de longe para serem assistidas, um centro obstétrico tradicional. Foi chocante para mim, era meu primeiro contato com um hospital público no Brasil, ainda em uma região assim complicada, para mim o dia a dia era muito difícil e fazer um trabalho bom com esses alunos dentro de uma realidade que era muito revoltante para mim. E eu presenciei uma situação, lá tinha muitos indígenas, tinha um limite regional com a reserva indígena e tinham diferentes tipos de oca conforme os diferentes tipos de tribos, que vinham às vezes de helicóptero pela Funai e a gente também atendia lá, e às vezes elas vinham para o parto. E eu presenciei um dia no centro obstétrico da cidade, eu cheguei nos últimos momentos do parto de uma menina indígena de 12 anos. Ela estava amarrada na cama, gritando em desespero, eram os últimos momentos, era um expulsivo já, era muita dor, muita força. Não sei como ela conseguiu se libertar, ela foi para debaixo da maca se segurou com os braços na maca, ela se escondeu lá fez duas forças e o bebê nasceu e isso foi muito forte para mim, ver o confronto de duas realidades culturais diferentes dentro do Brasil e de parto, uma coisa muito arcaica dentro de um ambiente muito hostil para uma mulher, para o trabalho de parto. Apesar de toda a tecnologia e de todo o aparato ela conseguiu fazer o que este instinto muito forte a mandava fazer. Depois eu a acompanhei e ela voltou para essa aldeia, ela não falava nenhuma palavra em português acho que ela era ianomâmi, foi uma experiência que só o Brasil poderia me dar.” (Renata)

4.3.4 Sentidos da humanização

Os sentidos da humanização para as profissionais da CP mostram estar associados à individualização do cuidado e aos desafios presentes no contexto atual da assistência obstétrica.

“A humanização é muito singular, você deve respeitar a individualidade de cada pessoa, ter a sensibilidade de perceber o que é necessário naquele momento e respeitar essa mulher, essa família e esse bebê.” (Larissa)

Para a gestora, apesar de a organização do serviço ter um padrão, a assistência ao parto deve ser sempre singular.

“Para mim, humanizar também significa individualizar. Parto para mim nunca pode ser um procedimento padrão, existe um padrão dentro da organização do serviço de assistência ao parto, mas olhando para o parto, a assistência humanizada significa ser o mais individual possível.” (Renata)

Humanizar também tem o sentido de desafio, como um movimento contra o sistema hegemônico.

“Falar de parto humanizado é uma luta grande contra um sistema inteiro. Vejo a CP como um pontinho no mar, o ideal é que tivessem várias gotas, eu acredito até que já tenha, mas por conta de toda a situação não consegue se expor.” (Daniela)

A gestora fala sobre a necessidade de mobilizar diferentes esferas, ressalta a necessidade de ouvir a voz das mulheres e de disseminar conversas e discussões sobre o assunto em diferentes âmbitos.

“Temos um grande desafio, e acho que não existem receitas, podemos ver o mundo todo, as taxas de cesárea estão aumentando no Japão, a assistência cada vez mais padronizada, é um fenômeno mundial. Acho que deve-se trabalhar todos os âmbitos, desde a gestão política, da saúde pública, a Agência Nacional da Saúde, trabalhar as diretrizes os protocolos, mas eu acho que o que mais ajuda deve vir das próprias usuárias, das mulheres exporem para toda a sociedade: ‘Como eu quero que o meu bebê nasça’. Para todos os âmbitos da sociedade civil, todas as camadas sociais, vamos conversar sobre parto, vamos conversar sobre nascimento, a discussão sobre parto tem que ser levada para todos os âmbitos possíveis, desde um salão de cabeleireiro, porque as mulheres no fundo sabem o que é melhor para elas.” (Renata)

Ela também aponta o papel da formação e atuação dos profissionais, tanto os novos como os de longa data. Para ela, os de longa data precisam buscar a coerência entre a teoria e a prática da humanização.

“Outro lado é o investimento da formação dos profissionais que vão trabalhar na obstetrícia, que vão ser o futuro. E os profissionais de longa data terem coragem de se trabalhar e buscar, a terem uma coerência entre o conceito do que é o parto humanizado e a prática, que é um processo, um processo interior.”
(Renata)

4.3.5 As vozes das mulheres participantes do estudo

Carla, 24 anos, 01 filho, 01 parto normal

Nasceu no Rio de Janeiro, mudou-se para São Paulo com a família aos cinco anos. Faz trabalhos manuais. É moradora do bairro onde está localizada a CP. Durante a entrevista, me mostrou com orgulho os enfeites que havia feito para o quarto de sua filha. Disse gostar de artes como o pai, que trabalhava com pintura. Contou que a gravidez não foi planejada, mas a sua vida e união com a família melhoraram ao saber que estava grávida. Contou com emoção sobre a noite quando entrou em trabalho de parto, quando o companheiro passou a mão em sua barriga e disse: “Pode vir que a gente está te esperando”.

Giovana, 21 anos, 02 filhos (01 falecido), 02 partos normais

Nasceu em São Paulo, estudante. Moradora de bairro próximo à CP. Contou que desde o início do namoro já planejava engravidar. Seu primeiro filho faleceu com cinco meses devido a um câncer. Contou a história do parto e da perda e se emocionou durante a entrevista dizendo: “Eu sou muito disso que aconteceu, 90% do que eu sou hoje é dessa experiência para frente.”. Para ela, o parto foi um momento de muita força, mas depois veio a perda, disse que não conseguia dar uma palavra mais forte para o parto diante da perda.

Três meses depois da perda do filho, ela engravidou novamente e disse que esse seria o único motivo para continuar sua vida. A experiência vivida durante a internação do filho fez com que se interessasse pela enfermagem. Ela me contou que pretende ser enfermeira obstétrica para ajudar muitas mulheres a dar à luz.

Júlia, 35 anos, 06 filhos, 06 partos normais

Nasceu em São Paulo e é moradora da comunidade vizinha à CP. Trabalha como educadora de adolescentes na comunidade onde está localizada a CP. Contou com orgulho sobre seu trabalho como educadora: disse que, primeiramente, foi aluna da escola da comunidade e depois passou por diferentes áreas, cuidando de crianças em diferentes faixas etárias. Suas primeiras filhas nasceram quando Julia era adolescente. Ela contou que não teve apoio da família e viveu situações muito difíceis. Contou que sua última gravidez não foi planejada e que não imaginava ter outra filha. Suas duas primeiras filhas nasceram com a ajuda da parteira da comunidade e outra parteira, que era voluntária estrangeira no local. Seus outros filhos nasceram em instituições hospitalares., Nessa época, a parteira já havia falecido.

Laura, 19 anos, 01 filho, 01 parto normal

Nasceu em São Paulo, trabalha como educadora de crianças e é moradora da comunidade onde está localizada a CP. Contou que o trabalho na comunidade não é fácil, mas é recompensador e se sente grata por saber que os pais das crianças da comunidade confiam nela para cuidar de seus filhos. Disse sempre ter tido o desejo de engravidar ainda jovem porque a relação com a sua mãe era distante e desejava ter uma relação próxima com a sua filha. Contou sobre a participação do seu pai durante a sua gestação e durante o parto.

Beatriz, 26 anos, 01 filho, 01 parto normal

Nasceu em Bauru, no interior de São Paulo. É nutricionista. Moradora da zona norte de São Paulo. Foi uma das primeiras mulheres de fora da região a ser atendida na CP. Beatriz contou sobre a experiência de conviver com mulheres da comunidade durante os grupos. Disse que essa vivência despertou nela o desejo de contribuir com a área social, com a alimentação de mulheres e crianças. Contou que a gravidez despertou nela o interesse em lembrar sobre a sua infância, o que a fez buscar álbuns velhos de fotografias. Na noite quando entrou em trabalho de parto, fez uma oração junto com o marido pedindo que seu filho viesse “na luz”, com saúde, e que tudo corresse bem.

Sara, 39 anos, 04 filhos, 04 partos normais

Nasceu em São Paulo, trabalha na biblioteca da comunidade onde está localizada a CP. Morou durante toda a infância e juventude na comunidade. Atualmente, mora em bairro próximo à comunidade. Durante a entrevista, disse que a comunidade é parte de sua vida: ainda jovem, começou a trabalhar na Associação Comunitária passando por diferentes setores como berçário, padaria, loja de artesanatos. Atualmente, é funcionária na biblioteca. Contou que não esperava engravidar, mas aceitou a gravidez depois de fazer o teste na CP e iniciar o pré-natal. Seus primeiros filhos nasceram no hospital.

4.3.6 Vivências durante o processo de nascimento

As mulheres contaram sobre as suas vivências durante o trabalho de parto, parto e pós-parto na CP, relatando as diferentes práticas mediadas pela relação com a equipe e outros atores presentes no cenário.

Beatriz e Carla relatam a importância da atitude e práticas das profissionais em suas vivências durante o trabalho de parto. Nessas relações entre diferentes atores, as mulheres destacam a confiança e a segurança nos profissionais.

“Como eu saí aqui de casa cedo eu estava em jejum, ela percebeu e me deu um suco de laranja bem adoçado, eu fiz uma cara bem feia porque não gosto de nada adoçado, mas ela falou: ‘Toma porque vai ser importante’ e isso me deu muita energia. A Daniela me deu muita liberdade e ao mesmo tempo eu sentia muita segurança, quando eu olhava para ela eu sentia uma coisa serena e tranquila, mas ao mesmo tempo forte, então ela me passou muita segurança, muita confiança.” (Beatriz)

“Elas falavam todo o tempo: ‘Olha, agora eu vou fazer um toque em você para ver como é que está’, em todo momento elas falavam o que estavam fazendo e isso eu acho importante, você fica presente, você sabe o que está acontecendo, falavam: ‘Vamos beber suco porque sua glicemia pode ficar baixa’, explicavam o porquê. Elas contavam o que estava acontecendo, diziam a posição que a bebê estava.” (Carla)

As mulheres também apontam a massagem e a presença das profissionais como formas de cuidado durante o trabalho de parto.

“Nossa, a massagem maravilhosa que as duas fizeram, eu acho que foi o que mais me aliviou na hora da contração.” (Carla)

“As meninas (equipe) ficaram o tempo todo comigo, dando toda aquela atenção e todo o carinho, eu me senti muito acolhida. Elas não saíam da sala, você se sente bem acolhida e isso te dá mais força para a hora do parto.” (Sara)

A utilização de métodos alternativos para estimular o trabalho de parto, como a acupuntura, também foi relatada pelas mulheres.

“Quando eu cheguei, não estava sentindo nada, a gente fez bolo, ficou brincando, conversando, eu não estava sentindo nada de dor. Aí elas fizeram uma sessão de acupuntura para iniciar mesmo o trabalho de parto e aí começaram as dores, depois da acupuntura. Elas faziam massagem, vinham e conversavam, eu não fiquei sozinha, foi muito bom.” (Laura)

“Eu fiz acupuntura, não tinha muita dilatação, depois que eu fiz acupuntura aí melhorou, as dores vieram mais fortes.” (Sara)

Durante o trabalho de parto, as mulheres e equipe mostram-se em negociação sobre possibilidades de escolha quanto ao uso de artefatos, banho e posições. As mulheres mostraram ter liberdade para fazerem suas escolhas.

“Depois do toque eu levantei logo porque é horrível ficar deitada, levantei, ela perguntou se eu queria o cavalinho, eu quis, mas não fiquei à vontade, aí falei que não que estava bom, então durante o trabalho de parto eu agachava. Eu quis a bola, começou a massagear, depois senti vontade de ir para a água, eu fui para o chuveiro, com a água quente caindo nas costas as contrações começaram a aumentar, mas a gente não ficou ligado em tempo, em relógio.” (Beatriz).

“Eu falava vai lá me deixa quietinha, eu andei para apressar, fiz um pouquinho de tudo, mas eu queria ficar quietinha, queria só ficar deitada. A Daniela tinha preparado a banheira para mim, mas acho que ela percebeu que eu estava mais quieta.” (Julia)

As mulheres contaram as suas experiências durante o parto, mostrando a participação dos acompanhantes e as formas de cuidado da equipe. A liberdade de posição, expressão e práticas diferenciadas, como o canto, foram relatadas pelas mulheres.

“Elas cantaram na hora do meu parto, na hora que ela estava nascendo e isso foi muito legal, cantavam para ela vir, elas falavam pra eu cantar para sentir a bebê, eu colocava a mão na cabecinha dela, no cabelinho, então isso que é legal, você participar do seu parto, eu participei, eu trabalhei também.” (Carla)

“Eu sentei assim no vaso, relaxei, percebi que era a bebê que queria nascer. Eu falei: ‘Vai nascer!’, as meninas já tinham ouvido, veio todo mundo, foi aí quando ela começou nascer, eu fiquei de cócoras no banheiro, fiquei encostada na minha amiga. Veio aquela dor tremenda e aquela vontade fazer força com tudo, mas elas falaram vai devagar, eu fui fazendo força devagar, aí ela foi saindo, foi um alívio e ela nasceu.” (Sara)

“Eu senti ele descer, senti ele descer muito forte, sentia o corpo dele, pedi para meu marido vir, ele veio do meu lado, eu cruzei meu braço em cima dele, segurei forte, fiz

uma força e dei um grito, era o grito da parturição. Era como se eu visse de fora, como se naquela hora eu conseguisse ver eu e ele ali, e ele abraçadinho comigo. Aí eu comecei a cantar, eu fiquei cantando um tempão, o Marcos olhando para a minha cara e chorando, a Larissa com o sorriso mais lindo do mundo, é encantador, o sorriso de parteira sabe? É um sorriso confortante, de satisfação mesmo.” (Giovana, segundo filho)

Giovana conta sobre a sua frustração durante o parto do primeiro filho, por não acontecer da forma como ela planejava. Os exercícios, artefatos, movimentos e posições como forma de acelerar, ajudar o parto mostram limites quando aquilo que é desejado não se realiza. Apesar de ver o que aconteceu durante a sua vivência como um processo natural, sentimentos de culpa e frustração se mostram presentes na experiência do parto.

“No trabalho de parto eu tive vontade de fazer tudo, eu subia, descia, ia para o chuveiro, teve hora que eu encasquetei que eu tinha que abrir as pernas porque se eu abrir as pernas vai mais rápido. Então eu perdi todas as forças, na hora do bebê sair, no final eu não queria mais. Eu estava frustrada, achei que ia ser mais rápido, eu estava chateada, indignada. Nessa ‘Vai, faz força, faz força’, foi mais de uma hora porque eu não fazia a força inteira, eu só fazia força na garganta. Eu tentei todas as posições porque eu não queria ganhar na cama, eu queria ficar agachada, ficar no banquinho. Eu deitei na cama e queria dormir, entre uma contração e outra eu queria dormir, eu só chorava, e muito chateada. Eu falava ‘Agora vou entregar na mão de Deus porque eu não consigo’. Eu estava tão chateada que eu nem me lembro de ter sentido dor na hora que ele nasceu, eu fiquei pensando ‘Olha o que eu fui fazer?’, achava que eu já estava prejudicando ele porque eu não estava conseguindo um monte de coisa, você sempre procura um culpado e nesse caso a culpa é sempre minha. Hoje eu sei que foi tudo aquilo, foi parte de um processo natural. Não foi 100% do jeito que eu planejava.” (Giovana, primeiro filho)

A presença do acompanhante dando apoio e participando do momento do nascimento mostrou ter papel importante para as mulheres.

“Acho que o fato do Erik estar comigo me deu muita força e a posição que eu me adaptei melhor foi no banquinho, a Daniela forrou e sentou no chão, o Erik

sentou em uma cadeira atrás de mim e eu me apoiei nele.” (Beatriz)

“Minha irmã veio para cá, toda a minha família, ficou todo mundo junto comigo, foi muito gostoso. Eu comecei a sentir vontade de ir ao banheiro, ela ficou comigo no banheiro, eu falei ‘Não Daniela, acho que não é, acho que alguma coisa quer sair’, ela falou ‘É a bebê que quer sair!’. Eu voltei para cama fiquei e deitada mais uns 10 minutinhos, eu falei ‘É agora!’. Meu pai ficou encantado porque os três filhos dele nasceram de cesárea, ele ia lá, deixava a minha mãe no hospital depois voltava e ia buscar os dois e ele acompanhou toda a minha gravidez até o parto, tudo.” (Laura)

“Elas chamavam meu marido para colocar a mão na cabecinha dela na hora que estava nascendo, ele participou também.” (Carla)

As mulheres também relataram as práticas e o apoio durante o período pós-parto. Possibilidades de escolha e liberdade para expressar aquilo que desejam também se mostram relevantes para as mulheres nesse período.

“Uma coisa que eu achei maravilhosa foi que a Daniela só pegou ele para pesar e medir quando eu pedi, então ele mamou primeiro, já estava mais calmo, tanto é que ele nem chorou. Eu não quis dar banho nele, eu dei banho só em casa depois de três dias, eu senti que ele precisava ficar nessa proteção que ele nasceu, a gente só limpava, trocava a fralda.” (Beatriz)

“O Marcos estava segurando o bebê, aí elas falaram, ‘Você quer pegar o bebê?’ Eu falei ‘Não, não quero pegar ninguém, já peguei o bebê lá dentro, deixa ele (Marcos) segurando depois eu pego, estou cansada.’ (Giovana, segundo filho)

Sara fala do apoio que recebeu para descansar e da possibilidade de ficar mais um dia na CP por não ter quem a ajudasse em sua casa.

“Elas cuidaram de mim e já colocaram a bebê no meu peito e ela já nasceu com fome, ficou mamando no meu peito, super saudável, grande, bem grandona. Depois do parto eu senti muito cansaço, me senti exausta e não tinha comido muito, mas depois me deu uma fome elas tinham feito uma canja super gostosa de galinha, elas ficaram o tempo todo comigo, eu fui dormir, ela chorava um pouquinho então elas a pegavam para eu poder descansar. Eu fiquei aqui mais um dia, porque em casa eu não tenho quem me ajude, eu já chego fazendo as

coisas, então eu fiquei aqui para poder descansar.”
(Sara)

Falaram também sobre a necessidade de descanso e de apoio para a amamentação, evidenciando a importância da continuidade do cuidado.

“Aí elas vieram na minha casa me visitar, vieram me ajudar a amamentar, o que pra mim foi a parte mais difícil, às vezes você acha que o parto é difícil. Para mim, amamentar foi bem pior porque às vezes o bebê não pega direito e você fica mais nervosa sem saber o que está acontecendo. Você está desesperada, não sabe o que faz, machucou muito porque não tenho auréola grande nem bico. Elas me ajudaram, pediram para eu tomar banho de sol, depois elas continuaram a me acompanhar, tive três pontinhos e elas cuidaram dos pontos também.” (Carla)

Bianca também relata sobre a dificuldade com a amamentação e a importância do apoio de sua mãe. Conta também as dificuldades e sensação de impotência que enfrentou ao ficar sozinha.

“A parte mais dolorida para mim foi a amamentação, ninguém tinha me falado que era assim. No dia seguinte do parto tudo volta ao normal e você está super delicada, quer um aconchego, o corpo está sensível, fui muito acolhida pela minha mãe. Chorei muito quando ela voltou para cidade dela. Vinha uma sensação: ‘Será que eu vou dar conta?’. Acho que o baque maior é psicológico porque você não tem mais tempo de nada, de fazer cocô, ler um livro. Eu lembro que quando a minha mãe foi embora eu ficava entre comer e dormir, aí eu escolhia dormir, um desespero, eu preciso descansar.” (Beatriz)

4.3.7 Discursos sobre o contexto

As mulheres relatam como conheceram a CP, falam dos sentidos que atribuem ao local e do processo de escolha para vivenciar o nascimento no contexto da CP.

“Eu já conhecia a CP, desde o projeto, porque eu trabalho na Associação Comunitária e a gente fez uns trabalhos para lá quando já estava quase pronta, a gente fez pinturas, era época de Natal, aquarela em giz, foi muito bonito. Desde que eu fiquei sabendo que estava grávida e comecei fazer o pré-natal lá eu já tinha decidido ter o bebê lá.” (Julia)

Carla aponta a diferença em fazer o pré-natal no posto de saúde e na CP e relata que, durante a participação nos cursos de preparação para o parto, decidiu ter um parto mais natural.

“Eu fazia o pré-natal no posto A e lá era horrível, eu tinha que esperar muito para ser atendida. A tia do meu marido fez o pré-natal no ambulatório da Associação Comunitária, eu conheci a CP através dela. Eu subi o escadão e vi: ‘Que lugar lindo!’. Eu fui em todos os cursos de gestantes de preparação do parto, ficava sentada na bola durante as reuniões, isso é bom, é bom você saber que pode ter um parto tranquilo. Depois do quarto ou quinto curso eu decidi, dá para ter um parto assim mais natural.” (Carla)

Giovana conta que conheceu a CP através de uma vizinha, mas que não sabia o que era de fato. O local é visto como diferenciado e especial, como relata em seu discurso. Além disso, ela se questionava sobre se seria especial o suficiente para ser aceita pela coordenadora.

“Com 35 semanas eu conheci a CP porque uma vizinha minha disse que uma amiga dela tinha tido uma bebê em uma CP, aí eu fiquei pensando: ‘O que será que é uma CP?’. Eu fui procurar, entrei na internet para procurar. Eu fiz uma entrevista com a Renata, ela perguntou o que eu queria, o que eu pensava sobre o parto normal, se eu sabia que não tinha anestesia, se eu sabia que não tinha cesariana. Eu falei que não sabia tudo, mas mesmo assim eu aceitei e toda hora eu ficava falando, ‘Você vai me aceitar? Eu quero fazer aqui.’ e toda a hora ela falava ‘Calma, a gente está conversando.’. Ela queria me conhecer, mas eu fiquei com isso na cabeça, ‘Será que eu sou especial o suficiente para ir pra lá?’ e ela falou: ‘Eu não vou definir, mas a gente tem umas condições, você tem que terminar seu pré-natal aqui, a gente precisa ver os seus exames, se estão em ordem.’. No mesmo dia eu levei tudo e ela analisou.” (Giovanna)

Laura conta sobre uma experiência que vivenciou no sétimo mês e que a fez ficar desesperada com a possibilidade de ter que ir para o hospital.

“Com sete meses eu comecei a perceber que a minha calcinha estava molhando, fiquei desesperada porque a minha irmã perdeu um bebê por falta de líquido. Quando eu cheguei ao hospital a médica me chamou, olhou para a minha cara e disse: ‘Olha, você vai para a casa e coloca um absorvente, se molhar todo o seu absorvente você volta.’. Eu saí de lá desesperada, chorando, eu falei pro meu pai ‘Eu não quero, não quero ganhar bebê aqui. E agora, o que eu vou fazer?’.” (Laura)

Laura tinha conseguido uma médica para realizar uma cesárea por conta desta experiência. Conta como foi quando conheceu a CP e sobre a possibilidade de ir todos os dias, o que contribuiu para deixá-la mais calma.

“Eu fiquei com muito medo, muito medo, desesperada de ter que ir para esse hospital. A outra opção que tinha era muito longe daqui. Eu vi que a única solução que eu tinha era marcar uma cesárea, então eu programei tudo, conheci uma médica para fazer uma cesárea. Meu primo trabalha em um depósito de material de construção onde a Associação Comunitária faz pedido, ele me falou ‘Eu tenho certeza que tem uma CP aqui.’, e eu falei: ‘Mas como eu nunca vi?’. Eu tinha conseguido uma médica para fazer uma cesárea, dois dias antes de eu acertar com ela, eu decidi conhecer a CP com o meu pai. Elas me apresentaram a CP, eu fiquei encantada porque é um sonho. Eu comecei a ficar ansiosa, chorava muito, então ia todo o dia para CP. Comecei a aprender a fazer tricô, crochê, bordei todas as coisinhas da bebê. Fiz todos os cursinhos que estavam atrasados, comecei a fazer o pré-natal e fiz o planejamento do meu parto. Fiquei muito feliz: ‘Ah, eu vou ganhar lá!’.” (Laura)

No relato de Beatriz, a CP aparece como uma alternativa para o parto domiciliar. Para ela, o contato prévio com a equipe que estará presente no parto se mostra como um fator central para a escolha do local.

“Desde que eu engravidei, eu queria um parto em casa porque foi uma coisa que eu sempre pensei, sempre acreditei, mas fui conversar com o Erik e ele foi totalmente contra, falou que não queria, não sentia segurança, eu falei ‘Então está bom, eu vou procurar

algum lugar que faça o parto do jeito que eu quero.’ e ele insistindo em hospital e eu buscando uma alternativa. Eu fui pesquisar na internet, encontrei esta CP e uma em outra região. Essa eu não fui pessoalmente, eu vi no site o relato de uma mãe, mas no final uma coisa que eu não gostei foi que lá você tem parto com quem está de plantão e isso era uma coisa que me preocupava, já pensou eu chego lá e tenho que ter meu parto com alguém que eu não tenho afinidade? Então eu fui conhecer a CP primeiro, eu estava com umas 20 semanas, participei de um grupo de gestantes e quando eu entrei lá eu falei: ‘É aqui!’. Na hora, eu senti o lugar, eu senti a energia.” (Beatriz)

Repertórios do parto como um evento de risco aparecem nos medos das mulheres e nas barreiras que enfrentam com familiares ao decidir vivenciar o parto na CP.

“Eles diziam que eu ia ter parto igual índio, mas eu já fui auxiliar, já trabalhei no negócio, via as coisas como aconteciam então foi uma coisa a mais para eu falar assim, ‘Eu quero o natural, que vai fazer bem para minha filha, que não vai precisar cortar que nem minha irmã que levou 12 pontos’, eu via coisas no hospital que me deixavam indignada. Tanto é que minha mãe ficou revoltada, falou: ‘Como você vai fazer o pré-natal só com enfermeira?’.” (Carla)

“Meu marido e minha mãe não achavam seguro, mas eu falava ‘É seguro, eu é que vou fazer.’. Eu não fiquei insegura, eu achei que ia ter na CP desde o começo.” (Giovana)

“Para ele o que preocupava era segurança, para ele segurança era ter ambulância, ter médico e para mim o que preocupava era só eu estar conectada, estar tranquila porque eu acredito que o que vai ser, vai ser em qualquer lugar.” (Beatriz)

“Meu marido ficou meio assim, mas não é perigoso CP, ficou com medo, receoso, mas eu decidi, não estava com medo, ele aceitou. Eu estava segura, ele que ficou preocupado. Eu estava tranquila.” (Sara)

Carla relata que tinha medo que alguma intercorrência acontecesse com a sua filha e ressalta como pontos importantes o treinamento da equipe, equipamentos e estrutura.

“A única coisa que eu tinha medo era com a minha filha, se acontecesse alguma intercorrência na hora dela nascer, era a única coisa que eu falava: ‘Isso eu tenho

medo de ter na CP porque não tinha um pediatra, mas eu sei que elas são treinadas para socorros e que têm incubadora, tudo, então a Casa tem uma estrutura legal, se não tivesse eu podia até falar 'Eu não quero ter aqui.' (Carla)

Para Sara, decidir ter o parto fora do contexto hospitalar foi um processo de amadurecimento e coragem que se deu através do aprendizado dentro da comunidade.

"Nessa gravidez eu já decidi, eu vou ter na CP. Eu conhecia a CP, todo mundo e isso foi me dando segurança, acho que foi a idade também, eu fui amadurecendo, porque naquela época eu era muito nova, eu não tinha coragem de ter fora do hospital. Eu conhecia a parteira e gostava muito dela, era por segurança. Quando você está aqui na comunidade, na Associação Comunitária, você aprende muita coisa, se não fosse a Associação Comunitária eu acho que eu não teria tido essa coragem de ter, eu fui ganhando confiança." (Sara)

As mulheres atribuem diferentes sentidos à CP e evidenciam a relação com a equipe, valorizando a pessoalidade combinada com o componente técnico.

"A CP foi como a minha mãe, aquela mãe que faz a canja quando nasce. Elas conhecem a minha história, me conhecem, é como uma família, nós só não temos o mesmo sangue. Além de você ser tratada bem, com carinho, são suas amigas, têm a parte técnica, são pessoas extremamente preparadas para fazer o que estão fazendo, estudaram, possuem muita experiência e te passam uma segurança que não tem igual." (Laura)

"Eu me senti muito acolhida, não foi uma coisa assim de médico: faz o exame, ah mamãe tem que comer isso, aquilo, escreve, escreve e escreve e acabou. Quando eu chegava na CP para o pré-natal era tratada como pessoa, era assim: 'A Carla chegou!'" (Carla)

"Eu acho que agora sei o valor que tem um trabalho feito com amor, mudou a minha vida, o amor das meninas da CP me fez valorizar muito o que é vida, o que é ser humano." (Laura)

As mulheres atribuíram ao local o status de local de vida, marcando diferenciação entre o parto e a doença.

“Fazer o pré-natal aqui foi totalmente diferente. Primeira coisa, no posto de saúde não tem médico obstetra, é clínico geral, não que não seja capaz, mas às vezes você tem uma dúvida que ele não conhece, eu perguntei para o meu médico o que era CP e ele não sabia, mas é diferente porque na CP a atenção é só para isso, não está saindo uma pessoa doente e entrando uma grávida, isso eu acho importante, foi importante para mim, e saber que existia um lugar que o parto não é deixar a pessoa no lugar e voltar depois, que quem quiser pode e deve participar porque faz bem para gente.” (Giovanna).

“Acho que as CPs são individuais, você olha e não vê alguém doente ou um paciente todo ensanguentado, a CP é um lugar de vida, acho que tinha sempre que ser separado dos grandes hospitais, tem que ter todo o aparato que tem que ter, mas é diferente.” (Júlia)

Sara fala do receio das pessoas sobre a CP e conta sobre a sua experiência no hospital. Aponta a CP como um lugar diferenciado na região, enfatizando que as mulheres deveriam passar por lá.

“Tem pessoas que ainda tem receio de CP, mas eu acho que toda a mulher deveria passar por aqui, essa é a única CP da região, só tem hospital. Meu primeiro filho eu tive no hospital e foi muito diferente. No hospital o seu marido te deixa lá, você precisa deixar suas roupas, anel, relógio, brincos. Você não pode levar nada com você, fica no soro, sozinha, como se não houvesse ninguém. Na hora das contrações me deram um pano para morder para não gritar. Se você diz que está com dor, eles dizem: 'É mãe, é assim' e vão embora. Seria muito bom que o máximo de mulheres tivessem seus bebês aqui, lógico que tem que respeitar aquelas que querem ter no hospital, mas aquelas que querem ter aqui devem ter.” (Sara)

4.3.8 Os sentidos do parto

As mulheres falaram sobre os medos em relação ao parto e sobre como pensavam o parto durante a gestação. O medo do hospital e da cesariana mostram-se envolvidos com experiências anteriores e com discursos e experiências de pessoas da rede social das mulheres.

Julia relata a experiência pregressa que teve durante o nascimento de seus filhos, o que a deixou com medo de ir para o hospital.

“Eu tinha entrado bem no hospital, mas fiquei mal porque eles tinham me deixado mal. Então foi uma gravidez e parto bem traumáticos, foi no hospital aqui da região. Lá eles não davam notícias do meu marido, então eu achei que ninguém tinha me procurado. Eu fiquei toda inchada, machucada, fiquei com um hematoma enorme por conta de uma enfermeira que puxou um esparadrapo com tudo, e eu tenho a marca, ela puxou com tanta força que saiu a pele, eu não conseguia ir ao banheiro, pedia para ir e eles falavam ‘Espera, espera.’, só depois de três dias que eu pude tomar banho. Esta história eu até já contei para a coordenadora da CP porque me faz muito mal lembrar, me dava muito medo ter que ir para o hospital para ganhar a minha filha.” (Julia)

Laura também conta sobre o medo que tinha de ir para o hospital.

“Eu morro de medo de hospital, eu tinha meio que um trauma, a gente fica escutando várias coisas.” (Laura)

Beatriz e Giovana relatam o medo da cesariana. Para Beatriz, este medo vem de uma questão familiar, porque sua mãe e avó tiveram partos normais. Ela também conta sobre como expressou a sua curiosidade sobre o parto em sua esfera familiar.

“O único medo que eu tive na gravidez era ter que passar por uma cesárea, acho que isso veio até da minha mãe, porque ela teve três partos normais e minha avó teve quatro partos normais. No final eu fui ter curiosidade em saber como era o parto, fui perguntar para a minha mãe e para minha avó.” (Beatriz)

“Sempre tive pavor de cesariana, de agulha, sempre tive medo. O primeiro medo que eu tinha era da anestesia ser dada de forma que pudesse me prejudicar, porque a gente escuta histórias e essas coisas ficam na cabeça, de pessoas que tomaram e não puderam andar pelo resto da vida. Isso seria um trauma, além de pessoal como mãe, eu sei que hoje as coisas mudaram, isso é muito raro, mas ninguém tira isso da minha cabeça. O segundo era porque é uma cirurgia e muito invasiva, corta sete camadas depois tem que costurar uma por uma, eu tinha medo disso também.” (Giovanna)

Giovanna também conta sobre a necessidade que teve de se exercitar durante a gestação. Aqui, o medo está associado ao fato de não conseguir alcançar o parto que desejava.

“Eu fiz todos os cursos e ia para a Casa todos os dias para fazer exercício porque eu tinha medo de não conseguir na hora do parto, então eu quis fazer tudo que eu pudesse fazer para trabalhar meu momento do parto. Então eu fazia exercício na bola, fazia um deitada, agachamento.” (Giovana)

O parto como experiência vivida no corpo mostrou gerar diferentes sensações e sentimentos e carregar diferentes sentidos quanto aos repertórios e formas de lidar com a dor.

Julia associa a dor que sentiu ao medo do nascimento da filha. Para ela, o fato de não acreditar que estava grávida refletiu na intensidade da dor.

“Cada parto, cada gravidez, cada criança que vem, é diferente, é novo! Mas eu senti muita dor, parece que foi a maior de todas, dos outros eu não tive tanta dor, acho porque talvez eu não tivesse tanto medo. Eu fiquei com muito medo, medo dela nascer, não sei se era porque eu não conseguia acreditar que estava grávida ainda.” (Julia)

Beatriz conta sobre as sensações que teve durante as contrações e o medo que sentiu de ter uma laceração devido ao histórico da avó.

“Eu lembro que o que mais me marcou foi que no momento de contração, vinha como uma onda que vinha muito forte, ela falava ‘Está coroando.’, e a dor era tão intensa que eu falava ‘Puxa ele.’ e na hora que acabava a contração eu não lembro, era como seu despertasse de um sono eu vinha acordava e vinha. Eu tive um medo na hora porque eu sentia que ia rasgar e eu tinha medo de emendar a vagina com o ânus porque a minha avó teve isso então eu já tinha esse histórico da minha avó.” (Beatriz)

Para Giovanna, a dor do parto tem o sentido de um preço a ser pago, como um sacrifício recompensado pelo nascimento do filho.

“Como eu sempre quis ser mãe eu acho que nada é de graça, tudo tem seu preço, a dor que eu ia pagar pela felicidade de ter um filho, o preço que meu corpo ia pagar, mas que ia ter uma recompensa e não um castigo, então eu sempre achei que era uma coisa forte, que ia me mudar. A gente está acostumada a ligar o parto à dor, hoje você pergunta para as mulheres, para qualquer mulher que teve parto normal, em hospital principalmente, você ouve: ‘Doeu, doeu, doeu, foi horrível, eu queria me matar, queria me jogar pela janela.’, mas eu não consigo falar que meu parto foi só dor, foi muito maior que dor.” (Giovanna)

Em seu relato, o significado do parto como um evento que marca mudança repercute na trajetória de vida, como um novo começo.

“Para mim meu parto se resume em superação e um resgate como mulher, um resgate da minha história, um recomeço.” (Giovanna)

Para Carla, passar pelo processo do parto também significou mudança. O parto aqui ganha o sentido de milagre realizado pela própria mulher.

“Eu senti a minha filha, eu fiz o meu milagre e isso me mudou.” (Carla)

Para Beatriz, o parto marca a passagem do velho para o novo, carrega o sentido do nascimento do próprio ser.

“Meu parto foi o meu nascimento, acho que agora eu estou descobrindo um pouco de mim, o nascimento do meu ser, mas para o meu nascimento, o nascimento do meu ser, teve que acontecer um morrer, então acho que também é a morte para nascer, acho que nasce a mãe.” (Beatriz)

Beatriz aponta o cuidado recebido no parto como capaz de refletir na trajetória de vida do indivíduo.

“Desde o parto, isso vai formar esse ser para o resto da vida, porque a gente sabe que um parto, dependendo como foi feito e com traumas, se não for um parto saudável e respeitoso, isso influencia o ser pela a vida inteira porque nós temos memórias.” (Beatriz)

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”

(Leonardo Boff)

Considerar o parto como um evento biossocial significa levar em conta toda complexidade que o envolve. Os resultados trouxeram a compreensão de que cada contexto de nascimento é capaz de mostrar diferentes realidades, à medida que é construído de forma dinâmica por uma rede que interage e correlaciona diferentes atores, artefatos, perspectivas sobre o parto e práticas de cuidado que se traduzem em experiências.

Jordan (1983,1993) propõe que, para a compreensão do processo do nascimento, devesse levar em conta recursos biossociais que transmitem informações sobre a forma como os indivíduos lidam com este evento:

- **A definição do evento:** a maneira como os participantes de uma sociedade conceituam o parto se constitui como um indicador e possui fundamental importância, pois mostra aquilo que é considerado correto dentro do “Quem”; “Onde” e “Como” do nascimento, isto é, quais são os atores envolvidos, onde o parto ocorre e quais as práticas que envolvem o processo do nascimento.
- **Participantes e sistemas de suporte:** o processo do parto geralmente inclui a participação de outros. Os participantes do parto são parte integral do processo de nascimento, o que o torna um evento significativamente e essencialmente moldado pela interação social. Todo o curso do trabalho de parto e do parto é constituído interacionalmente, tornando este evento inseparável das pessoas que dele participam.

• **A ecologia do parto:** a ecologia do parto diz respeito ao local onde o parto ocorre. As sociedades prescrevem locais apropriados para que o parto aconteça. Em geral, podemos notar dois tipos de ambientes: um local relativamente marcado e especializado; ou não marcado e especializado, como parte normal da esfera das mulheres. Nos dois casos, a escolha do local tem consequências substanciais em relação aos recursos disponíveis e ao tipo de interação social que lá é produzida. • **Uso de medicação:** em uma análise biossocial, verifica-se o efeito do medicamento no processo do parto e sua interferência no processo natural. O medicamento é usado de acordo com o conceito local do parto e revela quem tem o poder de decisão quanto ao seu uso.

• **A tecnologia do parto:** os artefatos do parto, os utilitários e objetos que compõem o ritual, os equipamentos e instrumentos necessários nas formas de controlar o trabalho de parto e parto constituem uma significativa parte do sistema de nascimento de uma sociedade. Na coleção de objetos físicos não são somente considerada as ferramentas obstétricas, mas todos os itens reconhecidos pelos participantes como apropriados no “fazer” do parto como, por exemplo, ferramentas especializadas e não especializadas que possuem múltiplos propósitos. O uso dos artefatos disponíveis torna possível a realização de práticas específicas no contexto. A tecnologia do parto nos fala sobre o local de definição do evento e sobre o grau de especialização dos que o realizam. O uso de certos instrumentos só está disponível para pessoas treinadas e qualificadas. O ponto importante aqui é que os artefatos associados com o parto devem ser examinados não só em seus efeitos no uso imediato, mas também quanto aos impactos que eles possuem sobre a natureza da relação dos participantes, através das reivindicações que eles apresentam.

• **O lugar do poder de decisão:** o poder de decisão no processo do parto se relaciona ao território do parto e aos participantes deste evento. O poder de decisão está particularmente e intimamente

ligado, amarrado à questão: quem “possui” o parto? Esta característica está ligada a como as decisões são tomadas entre os participantes, à existência ou não de colaboração e negociação entre eles quanto à decisão. Neste quadro, é levado em conta se o poder de decisão é compartilhado ou não entre os profissionais e as mulheres.

• **Preparação para o parto:** de muitas formas, o parto é o clímax do processo que começou com a concepção, ou até mesmo antes dela. As formas como as mulheres se preparam para o parto e nascimento são socialmente compartilhadas. Em uma abordagem biossocial, dois tipos de considerações transversais são importantes. A primeira diz respeito ao processo de socialização da forma como as mulheres são introduzidas à cultura do sistema de parto e aos modos formais e informais de informações. A segunda dimensão se refere ao conteúdo dessas instruções, ao real conhecimento esperado de uma mulher e à preparação física a que se espera que ela se submeta na preparação para o parto. O que diz respeito ao conhecimento informal está relacionado ao parto nas situações do dia a dia, como: histórias de outras mulheres, televisão, relato de familiares e pessoas próximas. Os conhecimentos formais são compartilhados nas rotinas do pré-natal, na forma como a assistência é direcionada e nos cursos de preparo para o parto, onde as mulheres são instruídas sobre a fisiologia do mesmo.

O trabalho de Jordan (1993) ressalta que a ecologia do parto diz respeito a uma forma de vê-lo em uma sociedade, que prescreve os locais “apropriados para o cuidado”. No presente estudo, podemos perceber que em uma mesma região de São Paulo foram encontrados três locais/contextos diferentes de assistência, que por sua vez também estão localizados em um momento histórico, marcado por questões socioculturais brasileiras específicas e coexistem mutuamente. Podemos também correlacionar essas diferenças com o momento de transição da assistência ao parto,

tanto local como mundial, uma vez que há décadas existe um questionamento a respeito da forma medicalizada e hospitalocêntrica de atenção ao parto como regra para todas as mulheres. Neste trabalho, consideramos como ecologia do parto um conceito que se aplica a cada um dos contextos estudados, com os sentidos e práticas de cuidado próprios de cada contexto.

Apresentamos aqui uma síntese de cada contexto com suas especificidades, que podem ser relacionadas aos recursos biossociais. Destaque especial foi dado ao recurso: *participantes e sistemas de suporte*, em que Jordan conceitua o parto como um evento interacional, de maneira que os modos como as relações acontecem nos contextos refletem diretamente na forma como este evento é vivido e nos sentidos que o parto tem para os atores sociais participantes do processo. Essas relações que tecem os contextos de parto se correlacionam com uma rede que envolve: composições físicas, materiais e organizacionais; a realidade local em que estão inseridas; o momento histórico; as políticas; a especialidade dos atores que estão na assistência com suas teorias, práticas e modos de atuar. Desta forma mostram os valores socioculturais e os sentidos que envolvem o nascimento.

No **CO**, a forma como o ambiente físico está organizado é considerada como uma barreira para propostas de humanização da assistência obstétrica. O local nasceu e foi construído tendo como base concepções biomédicas, que se mostram nas materialidades, padrões de práticas e formas de organização dos serviços. A forma burocrática de organização é apontada como a razão para que mudanças não aconteçam de forma rápida. Pode-se perceber que a responsabilidade pelas mudanças é atribuída àqueles que ocupam os cargos de coordenação na instituição e isso, por sua vez, mostra a falta de coparticipação e espaço para o envolvimento de diferentes atores quanto às decisões. A forma de trabalho no serviço público e a necessidade de atenção e cuidado ao profissional da saúde são apontadas como desafios para a mudança da assistência, à medida

que reflete em uma atenção mecanizada e fragmentada, não permitindo continuidade do cuidado e resultando na falta de congruência no modo como a assistência ocorre. Pode-se perceber através dos relatos a falta de interação e comunicação entre as equipes médica e de enfermagem e o seu reflexo na assistência às mulheres. A falta de espaço e impossibilidade de atuação da enfermeira obstétrica diretamente na assistência ao parto se mostra como um desafio. Desta forma, o poder de decisão, bem como as condutas e práticas neste contexto, estão centralizadas na equipe médica. As mudanças ambientais se mostram também alicerçadas às exigências das políticas atuais e à necessidade de adequação física para que a assistência humanizada ocorra. As formas de avaliação do acompanhamento do trabalho de parto e o seguimento de protocolos mostram o padrão da assistência focado na detecção de intercorrências. A relação entre as mulheres e profissionais mostra pouco espaço para trocas, para as possibilidades de escolhas e formas de expressão, o que reflete na falta de autonomia das mulheres e nas relações assimétricas entre profissionais e mulheres. Por outro lado, também aparecem nos relatos outras formas de interação através da conversa e da presença, o que fez com que as mulheres se sentissem calmas e confiantes. Essas contradições e ambiguidades se mostram nas dicotomias presentes nos relatos dos profissionais e nas vivências das mulheres. Colocar em prática os sentidos da humanização e não ter a concepção de parto como um evento mecânico se revela como um grande desafio no cotidiano da assistência obstétrica neste contexto, levando em conta a forma como o serviço está organizado, a demanda da população, os modos de trabalho no serviço público e as tensões entre os atores oriundas das relações que acontecem nas práticas de cuidado.

O **CPH** nasce junto com a proposta do único hospital da região, vinda de uma demanda social dos moradores. O ambiente é considerado para os profissionais, em suas composições materiais,

como aquele que permite o parto humanizado com aporte tecnológico e equipe médica para situações de emergência e risco. A atuação da enfermeira obstétrica mostra a descentralização da figura do médico, ficando demarcado que o parto considerado como de baixo risco é de competência das enfermeiras. Entretanto, revela traços de centralidade, à medida que a equipe médica mostra ser responsável pela possibilidade de a enfermeira obstétrica atuar, tendo seu trabalho visto como facilitador da atuação da equipe médica. Tensões se revelam nesta questão, como aponta o gestor em seu discurso sobre os desafios enfrentados com médicos que pediram demissão por não aceitarem compartilhar a assistência com a equipe de enfermagem obstétrica e não reconhecerem a sua atuação e papel na assistência ao parto. Os profissionais, ao compartilharem os desafios do cotidiano da assistência, descrevem a fragmentação do cuidado e a falta de vínculo e comunicação entre a Unidade Básica de Saúde e a instituição. Como relata o gestor, as mulheres confiam mais no profissional que viram várias vezes durante o pré-natal na UBS do que na equipe que ela encontrará apenas no momento do parto. As condutas se mostram diferentes, gerando problemas na relação. A imagem do hospital na região não é boa, o que é reconhecido pelos próprios profissionais. Para eles, este fato está diretamente ligado à mídia e à disseminação de informações de casos considerados exceções, mas noticiados como se fizessem parte do cotidiano do local, gerando concepções na população de não haver um bom atendimento no local. Esses fatos aparecem nos relatos das mulheres ao contarem sobre o medo de ir para o local, ligado às informações que ouviram de pessoas de sua rede social e na mídia. Problemas na comunicação com as mulheres mostram as tensões e conflitos presentes no contexto da assistência e a hierarquia entre os saberes dos profissionais e das mulheres. Diferentes propostas e possibilidades de práticas são oferecidas através do uso dos artefatos. A forma como a assistência está organizada segue padrões através de protocolos. Contradições e

ambiguidades se mostram presentes nas falas dos profissionais e aparecem nos conflitos quanto à ideologia do local e nas experiências que as mulheres relatam.

A história da **CP** mostra estar completamente envolvida com a história da parteira da comunidade, que teve grande influência no local. A forma de organização do serviço na CP se mostra não burocrática, com maior maleabilidade e flexibilidade para mudanças. Isto também está ligado ao fato de ser um serviço autônomo. Neste contexto, a baixa demanda e o número reduzido de pessoas na equipe demonstram permitir uma relação próxima e pessoal com as mulheres. A organização do serviço permite contato próximo das mulheres com a equipe antes do parto e a continuidade do cuidado, tanto em relação ao pré-natal como no pós-parto. A CP já nasce em sua constituição e como o local próprio de atuação das enfermeiras obstétricas e obstetrizes. Tensões e conflitos se mostram presentes na inserção da CP no Sistema de Saúde. Este conflito fez com que o local organizasse um novo modelo de atenção de forma autossustentável. Os modos e práticas de cuidado mostram-se individualizados e com possibilidades de práticas alternativas. Existe grande valorização quanto à preparação para o parto, que se mostra como um princípio do contexto. Vivenciar o parto na CP mostra partir de uma escolha das mulheres.

Levando em conta que os locais são construídos dinamicamente pelas relações que ocorrem entre os atores, entendemos que a forma de organização dos serviços e suas estruturas consideram aspectos históricos e próprios dos indivíduos que constituem os contextos. Conforme Bourdieu (2008, p.50), o espaço social e a distribuição do poder se manifestam de forma mutável:

Essa estrutura não é imutável e a topologia que descreve um estado de posições sociais permite fundar uma análise dinâmica da conservação e da transformação da estrutura da distribuição das propriedades ativas e, assim, do espaço social. É isso que acredito pensar quando descrevo o espaço social

global, como um campo de forças, cuja necessidade se impõe aos agentes que nele se encontram envolvidos, e como um campo de lutas, no interior do qual os agentes se enfrentam, com os meios e fins diferenciados conforme a sua posição na estrutura do campo de forças, contribuindo assim para a conservação ou transformação de sua estrutura.

As ações dos agentes pertencem a um sistema mais completo das relações que, considerando a gênese social, se refletem nas condutas e modos de ser, ao mesmo tempo em que levam em consideração as histórias e determinações individuais, localizando as estruturas no tempo e no espaço. Assim, os atores são parte ativa na construção da realidade social (Thiry-Cherques, 2006).

Segundo Maia (2008), uma organização tem o objetivo de fornecer à sociedade bens e serviços e se configura como uma arena onde concorrem poderes, interesses e valores. Nas organizações, a tomada de decisão se regula entre interesses, experiências, regras e valores de natureza simbólica.

Neste estudo, foram relatados nas experiências de mulheres e profissionais os processos e organização de serviços que ocorre, algumas vezes, de maneira padronizada, com característica de seguimento de rotinas e protocolos, e outras vezes individualizada, com foco na relação. Essas oposições não podem ser descritas de forma fixa/estática em cada contexto, pois dependem de uma série de fatores - em especial, da subjetividade dos atores sociais na cena do parto - mas podemos considerar que fazem parte de racionalidades e formas de pensar a atenção a mulher durante o processo de parto. O que vemos são dois paradigmas de atenção que transitam e constituem tensões no espaço e nas possibilidades da assistência obstétrica. Destacamos aqui os paradigmas humanístico e tecnocrático conceituados por Davis-Floyd (1992, 2001), levando em conta que traços destes paradigmas estão presentes na nossa realidade e dão subsídios para a nossa discussão.

O **paradigma tecnocrático** tem como princípio a separação entre mente e corpo. O corpo é visto como máquina e o diagnóstico e tratamentos ocorrem de fora para dentro, o que reflete no uso exacerbado de tecnologias e intervenções. A hierarquia, a forma de organização das instituições e o poder médico é padronizado através das práticas e rotinas, refletindo na institucionalização do parto, à medida que normas e regras devem ser seguidas rigidamente. Dentro deste paradigma, a centralidade das decisões e escolhas está nas mãos da equipe médica. As relações são intermediadas por artefatos tecnológicos. Na visão deste paradigma, o corpo da mulher é visto como uma máquina, o parto como um processo mecânico e o bebê como produto deste processo.

O **paradigma humanístico** tem como princípio central a relação. Reconhece a influência da mente no corpo e defende formas de cuidado direcionadas para os dois âmbitos. Neste paradigma, entende-se que as emoções das mulheres podem afetar o progresso do parto e que problemas durante o trabalho de parto podem ser resolvidos através de suporte emocional ao invés de intervenções tecnológicas. Assim, o corpo não é visto como máquina, mas como um organismo que possui sentidos e responde emocionalmente. O princípio de conexão e integração deste paradigma se estende para todos aqueles que participam do parto. A relação entre mulher e profissional é central no processo de parturição. Os processos de diagnóstico e intervenções acontecem de fora para dentro e de dentro para fora. A comunicação entre profissional e mulher, o ato de falar e ouvir, são cruciais na realização de diagnósticos combinados com achados objetivos. Nesta abordagem, existe um balanço entre as necessidades individuais e as instituições. Os espaços flexíveis passam a compor os ambientes hospitalares. Também existe flexibilidade para as mulheres dentro do contexto hospitalar no que diz respeito à escolha dos profissionais e de condutas. O modelo humanístico abre espaço para múltiplas opções, a informação e o poder de decisão

são compartilhados entre mulheres e profissionais, a empatia se mostra como um componente central nas relações que são parte intrínseca na prevenção, diagnóstico e tratamento. As intervenções aparecem como um balanço das evidências científicas e dos desejos das mulheres. Profissionais humanistas trabalham para criar locais em que os valores da parceria, relacionamento, compaixão e cuidado estejam presentes. Existe abertura para diferentes modalidades de cuidado.

No paradigma tecnocrático, o foco do cuidado se mostra na realização de procedimento e no uso de artefatos tecnológicos. Segundo Merhy (2000), esses tipos de equipamentos ou ferramentas são considerados tecnologias duras²¹. Dessa forma, os outros aspectos envolvidos no cuidado e que fazem parte do processo de parto e as necessidades emocionais, afetivas e relacionais acabam em segundo plano. A biomedicina reflete nas relações à medida que se inspira no tecnicismo combinado à alta demanda de atendimentos, resultando em uma composição de trabalho fabril, o que, por sua vez, leva à perda da noção da totalidade de pessoa em ambos os lados. Os profissionais também são tratados como parte dessa organização, como presas de seus próprios discursos que também lhes retira a humanidade. Assim, o profissional também perde o seu lugar de sujeito (Rios e Schraiber, 2012). Modos de organização com valores focados na produtividade mostram-se presentes de forma mais evidente no CPH e no CO. Entretanto, podemos ver que a ação dos atores no contexto é capaz de trazer mudanças para esta estrutura. É o que observamos na fala de uma das enfermeiras do CO, quando conta sobre a necessidade de olhar para cada história e de, eventualmente, quebrar regras institucionais para que as demandas das mulheres sejam atendidas e um cuidado mais individualizado e menos padronizado seja dado.

²¹ O autor usa a noção de valises para demonstrar o que permeia o encontro entre médico e paciente. A valise de tecnologia dura se relaciona aos materiais e ferramentas tecnológicas e estão vinculadas à mão do profissional.

Isto pode ser visto também nos relatos das mulheres, quando apontam a diferença de atenção que receberam dos atores.

Para que o paradigma humanístico esteja presente na assistência, Rios e Schraiber (2012) apontam a necessidade da presença da intersubjetividade na esfera do cuidado, que se torna reduzido quando a relação se acomoda apenas nos procedimentos e uso de tecnologia. Para as autoras, os elementos que compõe a humanização do atendimento são: a escuta, a comunicação, a construção de vínculos, a compreensão do outro e a elaboração de planos terapêuticos na perspectiva do cuidado. As autoras observaram que muitas vezes esses recursos não são levados em conta nas práticas de saúde. Esses recursos podem ser ligados à noção de tecnologias leves na relação entre profissional da saúde e paciente, como propõe Merhy (2000). As tecnologias leves estão presentes no espaço relacional, no encontro de profissionais de saúde e usuários dos serviços, gerando espaço para a criação de processos produtivos em saúde que só podem ser criados na ação entre sujeitos que se encontram. Existe falta de espaço para o uso de tecnologias leves quando as tecnologias duras são priorizadas. A importância de componentes do paradigma humanístico pode ser vista nos relatos das mulheres deste estudo, que demonstram construir uma relação de confiança com os profissionais quando esses elementos estão presentes. Os profissionais também falam sobre o uso de tecnologias leves para assistir as mulheres. A conversa é uma das práticas utilizadas pelos profissionais, mas que mostra ter diferentes sentidos. Aparece como um recurso importante para reconhecer as demandas das mulheres, como forma de facilitar a adesão às condutas e para prevenir o profissional de reclamações posteriores. Rios e Schraiber (2012) observaram que a conversa pode ser utilizada como recurso técnico para diagnóstico e tratamento e como política de boas maneiras e defesa, de forma a facilitar o fato de lidar com problemas nas relações entre médico profissional e família.

Os relatos mostram a multiplicidade que envolve o conceito de humanização. Tal conceito foi relacionado à prática e ao uso de evidências científicas, à realização do parto normal, à possibilidade de usar artefatos, à presença do acompanhante. Também esteve ligada à forma como a relação acontece entre mulheres e profissionais. Segundo Rattner (2009), o conceito de humanização do parto aparece como resposta à maneira mecanizada da organização de trabalho na assistência obstétrica e como resposta à violência institucional. Entretanto, a autora identificou a necessidade de reconhecer o sentido que é conferido ao termo, levando em conta que o mesmo se apresenta de forma polissêmica. O encontro de diferentes sentidos da humanização nesse trabalho mostra a necessidade de uma reflexão profunda sobre o termo naquilo que diz respeito aos seus princípios.

Com relação à **Ecologia do Parto**, o ambiente físico dos contextos como parte da organização dos serviços apresenta diferentes configurações e mostra peculiaridades. No CO o ambiente físico é um desafio tanto para as mulheres como para os profissionais e mostra girar em torno do conflito do não cumprimento da lei do acompanhante. O CPH e a CP mostram que foram arquitetados com base nas propostas de humanização, já nascendo com a garantia da presença do acompanhante e da privacidade. A questão do acompanhante também é levada em conta dentro deste conceito: defende que não basta garantir a entrada do acompanhante, sendo necessária a disponibilização de um espaço físico capaz de acolhê-los. Neste estudo, observamos também que é necessário refletir sobre o sentido da presença do acompanhante nos locais: se, por um lado, o seu papel seria para dar apoio para às mulheres que desejam ter o acompanhante, por outro, aparece quase como uma “exigência” no local, à medida que são orientados e solicitados a cumprir um papel que muitas vezes não é contemplado pela equipe, que é o de não deixar a mulher se sentir sozinha.

O conceito de ambiência na saúde segundo a PNH (2010) é o tratamento dado ao espaço físico, considerado também o espaço social onde ocorrem relações interpessoais. Assim, a proposta é que os locais de saúde devem ser construídos não apenas com base em suas composições técnicas, mas também considerando o tempo e o espaço, de forma a respeitar os valores culturais dos grupos sociais. Esse conceito possui três eixos: o espaço que visa a confortabilidade e diz respeito aos elementos materiais dos ambientes com os quais as pessoas interagem, garantindo o conforto para os usuários dos serviços e profissionais; o espaço que possibilita a produção de subjetividades e diz respeito ao encontro entre os sujeitos por meio das ações e processos de trabalho, o que implica na necessidade de conhecer os valores culturais da comunidade nos espaços de saúde; o espaço como ferramenta facilitadora no processo de trabalho, visando a otimização de recursos combinada ao atendimento humanizado e resolutivo. Pode-se ver assim, a necessidade de reflexão para além das composições estruturais e ambientais dos locais de nascimento.

Os participantes e sistemas de suporte são aspectos fundamentais para compreender o contexto do parto. Assim, a formação dos atores que atuam diretamente na assistência ao parto também se mostra associada à organização dos serviços e reflete nas formas como a assistência ocorre. Rios e Schraiber (2012) problematizam a formação médica, sua configuração e seus reflexos na relação entre médicos e pacientes. As autoras observaram que existe uma estreita interdependência entre a cultura médica e a cultura do tempo atual.

A colonização do espaço público pelo eu e a cultura narcísica dos tempos atuais encontram expressão em caracteres que participam da construção da identidade médica: o sentimento de especial singularidade e superioridade, o individualismo, a competitividade e o isolamento. Na esfera relacional, essa configuração subjetiva pode se manifestar na forma de difícil aceitação da alteridade como sujeito, movimento em consonância

ao que se observa na sociedade a propósito da violência. (Rios e Scharaiber, 2012, p.241)

As políticas públicas de humanização do parto e nascimento têm proposto a descentralização da assistência obstétrica da equipe médica, abrindo espaço para a atuação de enfermeiras obstétricas e obstetrizas na assistência ao parto considerado de baixo risco. Os Centros de Parto e Casas de Parto, como vimos desde a década de 1990, vêm sendo contemplados nas políticas como locais privilegiados para a atuação da equipe de enfermagem obstétrica e obstetrizas.

Segundo Dias e Domingues (2005), a implantação da atuação das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto de baixo risco faz parte das diretrizes de políticas públicas de saúde no Brasil para a humanização do parto e está associada a mudanças nas práticas e rotinas institucionais. A entrada da enfermagem obstétrica nesse local ocupado de forma homogênea pelos médicos obstetras tem provocado embates e conflitos, dificultando a implantação da política de humanização, o que torna esse campo sujeito a negociações. Se por um lado a enfermeira pode “amenizar a carga” da equipe médica, por outro, ganha poder e espaço no campo de atuação.

Para os mesmos autores, a substituição do médico pela enfermeira obstétrica sem a inserção de uma nova proposta de cuidado não resulta necessariamente na humanização da assistência.

A proposta de humanização da assistência ao parto sofre influência direta do modelo organizacional, dos desenhos da missão institucional, do envolvimento e aderência dos gerentes à proposta, da capacitação e sensibilidade dos profissionais, mas a sua efetiva implantação estará sempre atrelada à insubstituível relação entre a mulher e o profissional de saúde, uma relação entre dois seres humanos e, portanto, sujeita aos inevitáveis aspectos de suas subjetividades. (Dias e Domingues, p.704)

Segundo Maya (2008), as categorias profissionais passam por processos de legitimação social de forma complexa, levando à

elaboração de um *ethos* próprio, que significa “características e tradições que permitem ao indivíduo se reconhecer e ser reconhecido como pertencente àquela comunidade profissional (p. 63)”. Constroem modos específicos de atuação, com vocabulário, práticas e objeto de atuação profissional próprios, o que garante o reconhecimento diante dos seus pares e da comunidade.

Merighi (2002), em estudo realizado com as enfermeiras obstétricas formadas pela Universidade de São Paulo, identificou que, durante a trajetória profissional, enfermeiras obstétricas acabam desistindo da área por encontrarem dificuldades em exercerem a profissão com autonomia, o que refletiu em desmotivação e insatisfação com a profissão. Para Riesco e Tsunechiro (2002), as dificuldades para que as enfermeiras obstétricas se mantenham na área envolvem o acúmulo de funções devido à identidade profissional híbrida, fazendo com que as mesmas sejam deslocadas para outras áreas, o que reflete em sobrecarga de trabalho, frustração, desmotivação, conformismo e submissão. Podemos ver esses desafios quanto à atuação da enfermeira obstétrica no contexto do CO.

O parto como um evento *interacional* considera que, no centro dessa rede imbricada entre formas de organização dos serviços e atores da assistência obstétrica, estão as mulheres. Tensões e conflitos se mostram presentes na relação entre mulheres e profissionais de forma mais evidente no CO e CPH. O que pode ser visto é que, quando a relação se mostra de forma significativa nos três contextos, isso reflete diretamente na experiência do parto de forma positiva. Segundo Dias e Domingues (2005), a relação das mulheres com os profissionais de saúde é um dos principais fatores que influenciam a memória em relação à vivência do parto.

Segundo Hellman (2003), médicos e pacientes possuem perspectivas diferentes em relação às questões que envolvem os fenômenos relacionados à saúde e à doença. O problema, muitas vezes reside no encontro clínico, na forma como a comunicação

ocorre. Segundo o autor, para entender as interações médico-paciente é necessário levar em conta o “tipo” de médico presente no cenário da prática. Assim, não existe uma uniformidade de modelo de medicina ocidental ou científica, o que implica em diferentes perspectivas dentro de uma mesma sociedade. Além dos saberes adquiridos na formação, os profissionais trazem para o campo da prática os seus saberes e valores construídos durante as suas trajetórias de vida. Para o mesmo autor, o contexto no qual o encontro entre médico e paciente ocorre inclui influências sociais amplas que agem sobre os dois lados, além de crenças religiosas, divisões de classes, gênero e etnia, fatores também relatados neste estudo. Esses fatores mostram quem tem o poder de decisão durante o encontro entre médico e paciente.

De acordo com Luc Boltanski (2004), fatores socioculturais e ambientais se mostram envolvidos diretamente na relação entre médico e paciente. O autor considera as diferenças nas relações desses dois atores com base na classe social e conclui que as relações entre médicos e pacientes se tornam mais próximas quando a distância social entre eles diminui. A relação distante com as classes sociais populares ocorre devido às diferenças de recursos discursivos que as separam das classes cultas, geralmente a classe dos médicos, o que culmina em uma relação assimétrica. Essas questões podem ser vistas nos sentidos do parto para as mulheres, na forma como percebem e dão sentido ao cuidado recebido e como relatam a forma de relações com os profissionais. Profissionais deste estudo relataram a dificuldade de comunicação com as mulheres por conta de sua classe social.

A questão de gênero, particularmente, é um dos fatores que interferem na relação e tem grande relevância na assistência ao parto por conta do aspecto cultural de nossa sociedade, da construção epistemológica da medicina e das políticas públicas de atenção ao parto no Brasil que, ao longo da história, vem marcada por uma visão reducionista da mulher apenas como reprodutora.

A clínica médica obstétrica, ou seja, a Maternidade tem uma história marcada por várias relações de poder, entre estas, particularmente, as relações de gênero. Essas não apenas compõem o contexto social em que se inscreve a clínica médica, mas também se fazem presentes dentro dela, envolvendo os profissionais que atuam na assistência ao parto e ao nascimento. (Tornquist, 2004, pag. 70)

Rohden (2006), ao demonstrar a construção histórica da medicina, em especial da Ginecologia e Obstetrícia, ressalta a influência e a importância de considerar em que medida os aspectos sexo, gênero e sexualidade interferem fundamentalmente no conhecimento e na prática dos profissionais de saúde. O aspecto da sexualidade inerente à reprodução ganha força nos discursos dos profissionais da assistência ao parto, que atribuem sentidos para a dor do parto como punição da mulher. Neste estudo foram encontrados relatos que demonstram essas interferências nos discursos dos profissionais, como: “Fecha as pernas minha filha, foi desse jeito que você engravidou, de viver com as pernas abertas.” (Ada, CO); “Na hora que você estava fazendo você gostou, agora você também tem que gostar!” (Sandra, CO, comentando sobre o que foi falado para sua companheira de quarto).

Assim, pensar a relação entre o profissional e a mulher durante a assistência ao parto implica considerar as relevantes interferências da construção social de gênero, que podem ser entendidas como determinantes e determinadas por este contexto. Ainda que esta não seja a categoria de análise deste estudo, fica evidente que as questões de gênero interferem de forma relevante nas relações e no contexto do parto, seja pela forma como o conhecimento biomédico é postulado, seja pelos discursos dos profissionais que reafirmam estigmas de gênero (Rohden, 2006), como a submissão, violação e culpabilização da mulher no momento do parto.

Gualda (1993), através do seu estudo sobre a vivência do parto com mulheres de uma comunidade, observou que durante o

nascimento, os profissionais tomam decisões com base em seus conhecimentos adquiridos ao longo de suas experiências, conforme seus critérios e valores culturais socialmente transmitidos. Estes revelam muitas vezes conflito com os saberes das mulheres, com o que é compartilhado na rede social de apoio e com a própria experiência vivida. Através dos dados, é possível perceber que existem tensões entre os saberes das mulheres e os saberes dos profissionais. Neste estudo, os relatos mostram a necessidade de uma adesão das mulheres por meio do convencimento e da orientação. São esperadas a adesão e colaboração das mulheres quanto às práticas que são realizadas e formas de assistência. O teor da orientação mostrou-se muitas vezes como uma norma, onde o saber profissional norteia a assistência e não abre espaço para que as mulheres compartilhem seus saberes próprios sobre como o parto acontece em seus corpos nem leva em consideração suas experiências e subjetividades. Isso mostra que quem possui o lugar e poder de decisão na cena do parto são os profissionais.

Quando consideramos o parto como um processo interacional, pensar na questão da fragmentação/continuidade do cuidado se torna latente. Os profissionais do contexto do CPH falam sobre a fragmentação do cuidado como uma questão que dificulta a relação com as mulheres no momento do parto. Conflitos se fazem presentes no fato de as mulheres terem contato durante toda a gestação com o médico ou enfermeira do pré-natal, tendo mais possibilidade de vínculo e confiança. Outra questão levantada é o fato de os profissionais da atenção pré-natal não possuírem especialização em obstetrícia. Essas questões mostram a necessidade de melhorar e aproximar as relações entre a rede básica e hospitalar na assistência ao parto.

O PHPN trouxe melhorias para a assistência pré-natal no Brasil, aumentando a cobertura quanto ao acesso através do sistema de referência e contra referência, refletindo na diminuição da “peregrinação” que as mulheres enfrentavam para o parto em busca

de vagas nos hospitais. Uma das iniciativas do Programa Mãe Paulistana garante uma visita durante a gestação à maternidade de referência, para que as mulheres conheçam o local. Entretanto, trata-se somente de uma visita e não é suficiente para diminuir a distância entre a assistência pré-natal e a assistência ao parto.

No contexto da CP, a escolha das mulheres e o exercício da autonomia durante o processo se mostram presentes. Na CP, o pré-natal mostra ser parte inerente do processo de nascimento, o que possibilita que as mulheres conheçam e se relacionem com a equipe antes do parto. O cuidado nessa perspectiva se mostrou muito relevante tanto para as mulheres como para a equipe. As mulheres relatam a importância de ter contato com o profissional da assistência antes do parto e, assim, ter uma relação e interação mais próxima. O mesmo ocorre no pós-parto, período em que as mulheres relatam a necessidade de apoio e de continuidade do cuidado. Segundo Bick *et al.* (2008), a invisibilidade do período pós-natal tem sido um fator comum tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Existe a falta de reconhecimento da necessidade da continuidade do cuidado. Para as autoras, a falta de um cuidado pós-parto apropriado é uma questão de direitos humanos.

Com relação à **preparação para o parto**, as falas das mulheres mostram como esta ocorre e os repertórios sociais que estão presentes em suas experiências. Conforme o recurso biossocial conceituado por Jordan (1993), esse preparo pode ser formal ou informal. O preparo informal é compartilhado na esfera da rede social de apoio das mulheres, através de relato de familiares e mídia. O preparo formal se dá através de curso de preparação para o parto, como visto na CP. Nesse sentido, ações educativas têm como foco conceder às mulheres conhecimentos sobre o processo fisiológico do parto e também abordam questões psicológicas e emocionais. Mas, por outro lado, essas ações mostram exercer pressões, posto que quando as mulheres não alcançam o parto

sonhado, isso reflete em culpa e frustração. Esta questão foi problematizada por Tornquist (2002) em uma crítica ao “Belo Parto” como a forma ideal de parir. Segundo a autora, o paradoxo se faz presente na necessidade de recuperar habilidades ancestrais perdidas em relação às formas de parir. Para Tornquist (2002, p. 490):

Cabe ponderar acerca dos limites e dos desdobramentos do discurso da humanização do parto, na medida em que reproduz categorias como as de instinto materno e de natureza, ainda que ressignificadas em novo contexto.

A definição do evento parto ocorre de forma diferente em cada contexto. Na CP, através dos discursos dos profissionais, o parto se revela como um evento que envolve diferentes dimensões do que é o ser humano. A biografia das mulheres, suas experiências de vida são vistas como parte do processo de nascimento que integra diferentes esferas da vida. Os sentidos que as mulheres dão para a experiência vivida durante o processo de nascimento mostram estar integrados a essa perspectiva. O parto mostra ser visto como um evento do curso da vida, voltado para a saúde. O sentido dado para a CP é como um local de vida, o que se relaciona ao processo de escolha de vivenciar o parto no local. Entretanto, discursos sobre os riscos aparecem nessa questão. O parto visto como um evento de risco se mostra em tensão quanto ao processo de escolha de vivenciar o parto no local. As mulheres contam sobre as dificuldades que tiveram com os familiares por conta da decisão de escolher a CP. Para algumas mulheres, decidir-se pela CP como local de parto se deu como um processo. Uma das mulheres conta que decidir ter o parto fora do hospital foi um processo que envolveu coragem.

No CPH, o parto mostra ser para os profissionais um evento normal, mas que fica à margem da necessidade de intervenção e não intervenção. Dois tipos de definição de evento parecem concorrer no cenário: do nascimento neste local, uma em que o

nascimento é tipo como um evento da vida das mulheres, onde são levadas em conta as suas questões emocionais e é dada grande ênfase aos métodos não farmacológicos; outra em que as questões emocionais das mulheres são desconsideradas, sendo dada maior ênfase para a intervenção. Os métodos não farmacológicos são utilizados e incentivados constantemente no trabalho de parto. Entretanto, os relatos das mulheres apontam para a utilização de intervenções e um relacionamento distante entre mulheres e profissionais. Assim, existem tensões entre a ideologia do local e aquilo que acontece na prática. É interessante pensar que, para as mulheres, a razão de não querer ir para o local está ligada à morte, a fatos que aconteceram ali. Ao mesmo tempo, o nascimento é visto como morte e sofrimento, o que é evidenciado pelas dores.

No CO, o parto tem uma maior abordagem de risco, sendo definido como um evento que necessita de vigilância. Esta abordagem parece também concorrer com perspectivas diferentes. Os próprios gestores falam sobre a busca de não ter uma assistência mecanizada. Para as mulheres, o parto é um evento de dor e sofrimento que se transforma em alegria e alívio.

Os sentidos que o parto tem para as mulheres e suas vivências em relação à dor e ao cuidado recebido mostram a importância de se conhecer todos os fatores que estão envolvidos no parto por completo, não só como um evento biológico, mas envolvendo aspectos socioculturais. Levam também em conta as dimensões histórica, cultural e afetiva que envolvem o processo de nascimento, além da esfera biológica (Paim, 1998).

Além disso, a rede social da qual as mulheres fazem parte, com seus discursos, valores e crenças, permeiam as experiências de parto e a relação com dor. O parto apresenta diferentes sentidos: o parto que é dor e o parto que é vida. Isso aparece de formas diferentes nos relatos e mostram estar associados aos repertórios, discursos e experiências prévias vivenciadas pelas mulheres. Existe também o reconhecimento de que cada mulher é única e, assim,

cada dor é vivida de forma individual. Segundo Crook (1985 apud Saito, 1999, p. 7), a dor é uma experiência de ordem pessoal e subjetiva. Ela só pode ser descrita pela pessoa que a vivencia, pois “a dor é experienciada pela pessoa e não simplesmente pelo seu corpo”. Nessa rede, multifatores, histórias do repertório familiar, da mídia e dos sentidos, se mostram envolvidos diretamente na experiência. Sensações corporais e manifestações da dor ganham sentido na experiência de parto.

A tecnologia do parto e as práticas mostram refletir tanto em vivências de forma física como na esfera psicossocial. Os sentidos da experiência do parto se revelam no modo em que ocorrem as práticas associadas às relações. Um dos exemplos para pensar essa questão indissociável entre prática e relação é a possibilidade de escolha e a utilização das práticas típicas das propostas de humanização²² do parto. Através da incorporação dessas práticas, por meio de evidências científicas, e sua associação com o parto humanizado, esses artefatos passam a fazer parte do cenário com comprovados benefícios, como a diminuição da dor relatada pelas mulheres e/ou diminuição do tempo de trabalho de parto (Davim *et al.*, 2009). Porém, quando não ocorrem os encontros terapêuticos (Ayres, 2004), essas práticas passam a ser implementadas no cuidado com a mulher em trabalho de parto como parte de protocolos institucionais.

As materialidades se mostram evidentes nas relações e são vinculadas ao acontecimento do parto: o balanço pélvico, bola suíça, o chuveiro aparecem como instrumentos que possibilitam o parto humanizado, como também amniótomo, sonar, aparelho de cardiotocografia. O encontro entre mulheres e profissionais se mostra deslocado quando a centralidade é colocada nos artefatos.

Nos contextos estudados, ora os artefatos aparecem como possibilidade de escolha das mulheres, ora aparecem como norma,

²² Entende-se por práticas típicas da humanização os recursos que compõem as formas não farmacológicas de alívio da dor, como a bola, o cavalinho, o banho de chuveiro, de banheira e a deambulação.

com tempo de duração previamente definido e caráter “obrigatório”, para que o parto humanizado ocorra. Dessa forma, podemos compreender que o uso dessas práticas e artefatos funciona como um ritual para o parto humanizado, conforme teoria apresentada por Davis-Floyd em seu livro *Birth as American Rite of Passage* (1992, 2001). Além disso, muitas dessas práticas se mostraram focalizadas somente nos resultados que poderiam promover no corpo biológico, o que reduz a mulher novamente à sua biologia e ao corpo passível de controle e manipulação.

A autora (Davis-Floyd, 1992, 2003) também considera como um ritual o ato de a mulher se desfaz de todos os seus pertences quando entra no serviço de saúde para dar à luz, o que tem como consequência a despersonalização da mulher. Para Russo (2006), quando o indivíduo adentra uma instituição de saúde, muitas vezes é despido do que o singulariza enquanto pessoa, culminando no seu corpo sendo visto como um objeto, destituído de pessoa. A lógica dualista da medicina ocidental reflete nos modos do fazer médico que implicam na manipulação, tratamento e exame do corpo. Quando separado da pessoa, as terapêuticas sobre o corpo são baseadas em termos bioquímicos e materiais, de modo que não levam em conta a dimensão moral das práticas de cuidado.

No século XVIII o poder sobre a vida passou a envolver dois polos de desenvolvimento acoplados em um conjunto por intermédio das relações. Um desses polos aparece centrado no corpo como uma máquina, de forma a disciplinar, otimizar suas capacidades, a extorquir suas forças, fazendo-o dócil através de sistemas de controle assegurados pelo procedimento de poder, dando origem a uma anátomo-política do corpo humano. O segundo polo foca no corpo como espécie, imbuído com mecanismos de vida e servindo como base nos processos fisiológicos, como nascimento e morte. Assim, foi introduzida uma série de intervenções e controle regulatório. A organização de poder foi implantada sobre as disciplinas do corpo e regulação da população. Ao longo da era

clássica se deu a criação da tecnologia anatômica e biológica, individualizando e especificando, dirigindo-se para as performances do corpo com atenção para o processo da vida. O Estado, através de instituições de poder, garante a manutenção da produção de relações anátomo-bio-políticas. No século XVIII, técnicas de poder foram criadas em todos os níveis do corpo social, utilizadas em diversas instituições, como a escola, a família, a medicina. Tais técnicas sustentavam-se na esfera de processo econômico, agindo como fatores de segregação social e hierarquização, exercendo sua influência sobre forças, garantindo relação de dominação e efeitos de homogenia (Foucault, 1998).

Relações de poder ocorrem dentro das instituições e demarcam controle sobre os corpos. O corpo - como parte constituinte da vida dos indivíduos e dos ambientes, não simplesmente o corpo fisiológico que passa por regulações do cotidiano - não pode ser isolado ou fragmentado, pelo que faz parte de um todo simbólico. O que vemos na biomedicina são padrões desenvolvidos por meio de controle sobre o corpo, prescrevendo rituais de dominação. A autonomia não é considerada e, sem a consideração da autonomia, sem a possibilidade de participação e consciência nas escolhas que envolvem a vida dos indivíduos como um todo, instauram-se os quadros de violência. Segundo Aguiar *et al.* (2013), as situações mais difíceis de serem percebidas pelos sujeitos envolvidos, como quadro de violência, se encontram no campo das relações entre profissionais e pacientes, por mais que, de forma clara, mostrem a anulação da autonomia e discriminação por diferença de classe raça ou gênero. Conforme as autoras, formas de violência no campo das relações entre profissionais e pacientes se manifestam em falas grosseiras, discriminatórias e na desatenção quanto às necessidades físicas. Também podem aparecer por meio de agressões físicas ou sexuais. Nos relatos das mulheres deste estudo podem ser vistas cenas de desrespeito nas relações assimétricas entre mulheres e profissionais e, assim,

violação dos direitos das mulheres. A forma como essas relações acontecem reflete diretamente na experiência vivida.

Ainda temos o **uso da medicação e o poder de decisão** permeando as relações, implicados na complexidade que envolve o contexto de parto. Segundo Seilbert *et al.* (2005), a assistência ao parto no Brasil mostra abuso de intervenções incorporadas como rotina na assistência, sem levar em conta a autonomia das mulheres. Observa-se através dos relatos que, muitas vezes, intervenções ocorreram sem diálogo e comunicação com as mulheres. Algumas intervenções relatadas pelas mulheres neste estudo foram o uso da ocitocina e a realização da episiotomia e da manobra de Kristeller, mostrando-se como parte do ritual pautado no corpo biológico e como formas de acelerar o parto.

Segundo a OMS (1996), a ocitocina deve ser administrada com precaução e mediante o consentimento das mulheres. Segundo Brigagão e Gonçalves (2010), o uso da ocitocina está relacionado à rotatividade dos leitos obstétricos e à produtividade dos serviços de saúde. Brüggemann *et al.* (2005), através de uma revisão de literatura, mostraram que o suporte recebido no parto está associado à redução do uso de ocitocina.

No estudo de Zorzam (2013), realizado com mulheres que vivenciaram o parto no sistema público e privado, o uso da episiotomia e ocitocina se mostraram como as piores intervenções sofridas, além de serem realizadas sem o consentimento prévio das mulheres. Previatti e Souza (2007), através de estudo qualitativo, também constataram que a maioria das participantes não recebeu informação sobre a realização do procedimento. Uma pesquisa realizada pela PNDS (2006) mostrou que no Brasil a realização do procedimento acontece praticamente de modo rotineiro nas instituições hospitalares:

A alta frequência da realização da episiotomia (71,6%), em particular nas regiões Sudeste (80,3%), Centro-Oeste (78,8%) e Sul (78,5%) revela o uso rotineiro desta prática e consequentemente, a predominância de um

modelo mais intervencionista também na condução do parto normal no Brasil. (p.162)

Quanto à manobra de Kristeller, não existem evidências da utilização desta prática (OMS, 1996) que pode causar danos às mulheres, além de ser realizada em situações que mostram estresse dos profissionais (D'Orsi *et al.*, 2005). As mulheres deste estudo relataram os incômodos e dores causados por esse procedimento, chegando ao ponto de o considerarem uma agressão física. Além dessas intervenções, a redução do colo e o puxo dirigido (manobra de Valsava) também aparecem nos relatos das mulheres, consideradas práticas prejudiciais e ineficazes que não deveriam ser utilizadas (OMS, 1996). Em um dos relatos, uma das mulheres conta que “achava que o parto normal era mais tranquilo, mas o meu foi como uma cesárea.” (Vanda, CO), referindo-se às intervenções que aconteceram durante o processo do nascimento.

Tanto os discursos das mulheres como dos profissionais mostram pontos de conflitos nas interações que ocorrem durante a assistência ao parto, envolvendo as práticas de cuidado e o modo como ocorrem. A falta de esclarecimento quanto às práticas e aos procedimentos realizados no corpo das mulheres demonstra as deficiências na comunicação entre os profissionais e as mulheres. A relação aparece muitas vezes padronizada, assim como o seguimento de protocolos de hora em hora aparece como o único momento de contato entre as mulheres e profissionais, com conversa presente ou ausente, atravessada pelas práticas de acompanhamento da evolução do trabalho de parto e verificação da vitalidade fetal, que muitas vezes parecem acontecer destituídas de interação. Esses fatos se mostram de forma mais clara nas práticas dos contextos hospitalares.

Podemos concluir que, em cada contexto, diferentes realidades do parto se manifestam e, assim, diferentes sentidos são dados ao nascimento e às práticas que o envolvem. Tensões e conflitos refletem em diferentes modos de pensar e agir dentro dos

cenários da assistência obstétrica e revelam os sentidos do parto e motivos que levam à realização das práticas de cuidado. Dessa forma, os contextos de nascimento mostram estar envolvidos por uma rede de interação entre diferentes fatores que por sua vez refletem no processo de nascimento, conforme mostra o esquema abaixo:

Figura 1 - Esquema Contexto de Nascimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A experiência da abertura como experiência fundante do ser inacabado que terminou por se saber inacabado. Seria impossível saber-se inacabado e não se abrir ao mundo e aos outros à procura de explicação, de respostas a múltiplas perguntas. O fechamento ao mundo e aos outros se torna transgressão ao impulso natural da incompletude.

(Paulo Freire)

Este estudo possibilitou compreender que o contexto do parto é complexo, à medida que teorias, práticas, políticas públicas, relações de gênero e sentidos constroem diferentes partos em uma realidade múltipla, com dimensões práticas e, ao mesmo tempo, políticas. Os contextos planejados para o parto na sociedade brasileira, como o CO, o CPH e a CP, são constituídos por diferentes práticas de cuidado em uma dinâmica rede de relações entre todos os envolvidos: mulheres, profissionais, gestores, famílias; materialidades, como chuveiro, banheiras, bolas, medicamentos, sonar (artefatos que compõe os contextos de nascimento). Os modos de organização dos serviços envolvem diferentes protocolos, normas e hierarquias, que por sua vez revelam diferentes modos de lidar com o nascimento. Ficou evidente também que há uma diversidade de saberes e modelos que são apropriados e rearranjados no cotidiano de cada um desses serviços, de modo a possibilitar, explicar e justificar as ações. Diferentes saberes informam sobre os corpos, a organização do sistema de saúde e os modelos de parto que existem e coexistem em nossa sociedade.

Desse modo, este estudo propõe uma forma ampliada de ver o contexto do parto e as práticas de cuidado na assistência obstétrica, levando em conta toda a complexidade que envolve o nascimento. Para isso, é necessário considerar os modos de organização dos serviços e as práticas de cuidado, ouvir as vozes dos profissionais e das mulheres e compreender que a assistência

envolve uma continua e dinâmica relação entre mulheres, profissionais, formação e artefatos tecnológicos e humanizadores. Esse conjunto de fatores constitui **os partos em sua múltipla forma de existir.**

Os diversos encontros que ocorrem entre os participantes da cena do parto, permeados pelas práticas obstétricas, denotam as possibilidades ou impossibilidades de escolhas e negociações, a presença ou ausência de trocas intersubjetivas. Da sensação da primeira dor ou sinal percebido como trabalho de parto até a saída do local onde a mulher “deu à luz”, encontros e desencontros refletem em experiências, sensações, sentimentos e percepções, que deixam marcas pelo corpo das mulheres e em suas memórias. Trazer as mulheres para o centro da cena do parto é ouvi-las, reconhecer os seus saberes e perspectivas para que o cuidado ocorra de forma colaborativa e por meio de trocas significativas. Os relatos das mulheres permitiram compreender que a rede de relações que se estabelece com os profissionais de saúde, e assim, com os contextos, estão diretamente associadas ao ritmo, às dores, às alegrias vivenciadas ao longo do processo de parto. Suas experiências mostram os diferentes sentidos do parto dentro de cada um desses contextos.

As vozes dos profissionais mostram os desafios encontrados no cotidiano da assistência, da luta para mudar o ambiente físico, da luta por estar mais presente na assistência, da luta para manter as portas abertas e conseguir conquistar a população local. Dificuldades, contradições, ambiguidades, cansaço e coragem se mostram em jogo nas realidades dos contextos. Entre teorias e conceitos de humanização, colocar em prática e problematizar os múltiplos sentidos da humanização no cotidiano da assistência obstétrica tem se mostrado como um grande desafio.

Na cena do parto estão, em constante contato mulheres que possuem histórias de vida, que são mães, que são filhas, que trabalham, que sonham em estudar, que cuidam da família, da casa,

que cozinham, que vão à igreja, que choram de dor e de alegria, que trazem para o parto as suas vidas, e profissionais que também possuem as suas histórias, que lutaram para estudar, que lutam para trabalhar, que possuem família, que choram e se alegram. Encontro entre alteridades.

Assim, devemos promover contextos de parto que abram possibilidades de encontros significativos, nos quais as mulheres possam compartilhar os seus medos e os sentidos que envolvem o parto que estão além da esfera biológica, com respeito e reconhecimento de seus valores e culturas. Contextos onde os direitos das mulheres sejam garantidos. Para isso, são necessárias reconfigurações que vão além do ambiente físico e das técnicas, que considerem a sensibilização dos profissionais e mudanças sociais e do sistema de atenção obstétrica, que possam alterar essa complexa engrenagem do contexto do parto para contemplar mudanças que vão ao encontro dos princípios da humanização e que levem em conta a necessidade de problematizar a *humanização* nas esferas teórica, política e prática.

No âmbito da prática dos profissionais da saúde, torna-se importante que, em sua formação e na educação permanente²³, haja possibilidade de refletir sobre a multiplicidade de fatores que estão relacionados ao processo de nascimento, considerando a importância da relação, tanto entre os diferentes profissionais quanto entre os profissionais e as mulheres. É importante que os profissionais problematizem a atenção ao parto para além do senso comum, visando a uma prática mais reflexiva que leve em conta os **direitos humanos e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.**

²³ Conceito proposto por Ricardo Ceccim (2005): "A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente". Artigo disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=pt

Desse modo, torna-se essencial no cotidiano dos contextos da assistência obstétrica, para os gestores e equipe multiprofissional, romper com a lógica paternalista e com as dicotomias entre teoria e prática da humanização, possibilitando e disseminando formas de cuidado para além da assistência pautada na biomedicina, e na forma fragmentada das práticas de cuidado.

Cada contexto se manifesta como um caleidoscópio de práticas de saúde, que se movimentam e rearranjam dinamicamente formando diferentes cenas. Trazer as mulheres para o centro da cena do nascimento é reconhecer os sentidos que constituem esse evento, de forma a considerar as dimensões biopsicossociais do parto. Torna-se essencial no cenário atual da assistência obstétrica reconhecer e agir em prol para que o nascimento como evento vital seja empoderador para as mulheres.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Aguiar JM. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Aguiar JMD, D'Oliveira AFPL, Schraiber, LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(11):2287-96.

Arney WR, Neill J. The location of pain in childbirth: natural childbirth and the transformation of obstetrics. *Sociology of Health & Illness*. 1982;4(1):1-24.

Arney WR. *Power and the Profession of Obstetrics*. Chicago: The University of Chicago Press; 1982.

Ayres JRCM. Care and reconstruction in healthcare practices. *Interface Comunic, Saúde, Educ*. 2004;8(14):73-92.

Batzan AA. *Etnografia: metodologia cualitativa em la investigación sociocultural*. Barcelona: Marcambo; 1995.

Bick D, Bastos MH, Diniz SG. Revelando o potencial do cuidado eficaz para a saúde maternal e infantil por toda a vida: a necessidade de abordar o serviço 'invisível' no período pós-natal. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):416-21.

Bittencourt MNT. Implantação do programa casa de parto do estado da Bahia. *Rev Bras Enferm*. 1984;37(2):135-8.

Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. 4.^a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.

Bourdieu P. *Razões e práticas sobre a teoria da ação*. 9.^a ed. São Paulo: Papirus; 2008.

Brasil. Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União [Internet]*. Brasília; 2005 [citado 2013 abr. 26]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm

Brasil. Ministério da Saúde. *Ambiência. Cartilha. PNH/HumanizaSUS*. 2.^a ed. Brasília; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília; 1984.

Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Informa da Atenção Básica. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal [Internet]. Ano V. Brasília; 2004 [citado 2013 abr]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/informes/psfinfo22.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Manual Prático Para Implementação da Rede Cegonha [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2013 jan.]. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 985/GM, de 05 de Agosto de 1999. Estabelece critérios para criar o Centro de Parto Normal - CPN no âmbito do SUS; Brasília; 1999 [citado 2013 jan.]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.067/GM, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2005 [citado 2013 fev.]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 163, de 22 de setembro de 1998. Dispõe sobre as atribuições do enfermeiro obstetra e da obstetritz. Diário Oficial da União, Brasília, set. 1998. Seção 1:24.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 904, de 29 de maio de 2013. Dispõe sobre diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento [Internet]. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 2013 [citado 2013 ago]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0904_29_05_2013.html

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS Política Nacional de Humanização. Documento para Discussão. Versão preliminar. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília; 2003.

Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à mulher Princípio e Diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2011. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1.^a ed., 2.^a reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Portaria GM/MS n. 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 18 ago. 2000b.

Brenes AC. História da Parturição no Brasil, Século XIX. Cad Saúde Pública. 1991;7(2):135-49.

Brigagão JIM, Gonçalves R. O uso das tecnologias em obstetrícia: uma leitura crítica. Fazendo Gênero: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos [Internet]. Florianópolis; 2010 [citado 2013 abr]. Disponível em: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278302832_A_RQUIVO_fg9_texto_completo\[Brigagao;Goncalves\].pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278302832_A_RQUIVO_fg9_texto_completo[Brigagao;Goncalves].pdf)

Brigagão JIM. A mulher como sujeito: direitos sexuais, reprodutivos e políticas na área de saúde Gênero e as Políticas de Saúde. In: Abreu MP, organizadora. Redistribuição, reconhecimento e representação: diálogos sobre igualdade de gênero. Brasília: IPEA; 2011. p. 57-66.

Brüggemann OM, et al. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. Cad Saúde Pública. 2005;21(5):1316-27.

Caldeyro-Barcia R, et al. Physiological and psychological bases for the modern and humanized management of normal labor. In: Lecture presented at the Symposium on "Recent Progress in Perinatal Medicine". Tokio: Ministry of Health and Welfare of Japan; 1979.

Campos EA. Aspectos socioculturais e as práticas de cuidados em enfermagem. In: Nakamura E, Martin D, Santos JFQ, organizadores. Antropologia para enfermagem. São Paulo: Manole; 2008. p. 59-81.

Campos EA. Olhando de perto: o método etnográfico na pesquisa em saúde. In: Melo LP, Gualda DMR, Campos EA, organizadores.

Enfermagem, antropologia e saúde. São Paulo: Manole; 2013; p. 90-104.

Campos GWS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde Soc.* 2006;15(2):23-33.

Capra A. O Ponto de Mutação. 26.^a reimp. São Paulo: Cultrix; 2006. O modelo biomédico; p.116-55.

Anais da 5^a Conferência Nacional de Saúde; 1975; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde.

Anais da 8^a Conferência Nacional de Saúde; 1986; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde.

Cordeiro RLM. Além das secas e das chuvas: os usos da nomeação mulher trabalhadora rural no sertão central de Pernambuco. [Tese de doutorado]. Psicologia Social/Pontifícia Universidade Católica, São Paulo; 2004.

Correa S. PAISM: Uma história sem fim. *Rev Bras Estud Popul.* 1993;10(1/2):3-12.

Cosminsky S. La atención del parto y la antropología médica. In: Velmirovic B. La medicina moderna y la antropología médica na la plobación fronteriza mexiacano-estodunidense. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1978. p. 132-44.

Costa GMC, Gualda DMR. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. *Hist Cienc Saude-Manguinhos.* 2010;17(4):925-937.

D'Orsi E, Chor D, Giffin K, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(4):645-54.

DaMatta R. Relativizando uma introdução à antropologia social. 4.^a ed. Rio de Janeiro: Rocco; 1993.

Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(2):438-45.

Davis-Floyd R, Sargent CF. Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives. United States: University of California Press; 1997.

Davis-Floyd R. Birth as an American Rite of Passage. California: University of California Press; 1992.

Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001;75:S5-S23.

Deslandes S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciê & Saúde Coletiva*. 2004;9(1):7-14.

Deslandes SF. Humanização dos cuidados em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciê & Saúde Coletiva*. 2005;10(3):699-705.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciê & Saúde Coletiva*. 2005;10(3): 627-37.

Diniz, CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.

Enkin M, et al. Guia para Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto. 3.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Faúndes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. *Cad Saúde Pública*. 1991;7(2):150-173,

Fonseca C. Quando cada caso não é um caso. *Rev Bras Educação*. 1999;10:58-78.

Foucault M. *Microfísica do Poder*. 7.^a reimp. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1998. O nascimento do hospital; p. 79-98.

Foucault M. *The Will to Knowledge: The History of Sexuality*. 7.^a reimp. London: Penguin Books; 1998. Right of Death and Power over Life; p. 133-60.

Frias A. Preparação psicológica para o nascimento: diálogos conjuntos, conhecimentos que se cruzam. In: Pimentel A, Franco V, organizadores. *Diálogos dentro da psicologia contributos da investigação Luso-brasileira em psicologia social, clínica e educacional*. Portugal: Edições Aloendro; 2011.

Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. *Saúde Reprodutiva e abortamento* [Internet]. São Paulo; 2010 [Jun 2012]. Disponível em: www.campanhapontofinal.com.br/download/new_03.pdf

Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar; 1989.

Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores: Pesquisa social: Teoria método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 79-107.

Gonçalves EL. Equipamento hospitalar no Brasil: presença, regionalização e tendências. Rev Saúde Pública. 1977;11(1):143-150.

Gonçalves R, Aguiar CDA, Merighi MAB, Jesus MCP. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(1):62-70.

Gualda DMR. As dimensões e os significados de saúde nas perspectivas médica e popular. In: Nakamura E, Martin D, Santos JFQ, organizadores. Antropologia para enfermagem. São Paulo: Manole, 2008. p.36-55.

Gualda DMR. Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto. Curitiba: Maio; 2002.

Gualda DMR. Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1993.

Helman CG. Cultura, saúde e doença. 4.^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. Interações médico-paciente; p.110-45.

Helman CG. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus conventional institutional settings for birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3; 2009. Oxford: Update Software.

Hoga LAK. Casas de Parto: simbologia e princípios assistenciais. Rev Bras Enferm. 2004;57(5):537-540.

Howard J, Strauss A. Humanizing health care. New York: John Wiley & Sons; 1975.

Howard J. Humanization and dehumanization of health care: A conceptual view. In: Howard J, Strauss A, organizadores. Humanizing health care. New York: John Wiley & Sons; 1975. p.57-102.

Illich I. Medical nemesis. New York: Random House; 1976. Part II: Social Iatrogenesis. The medicalization of life.

Jordan B. Birth in four cultures. USA: prospect heights. 4th ed. Illinois: Waveland; 1993. The Crosscultural Comparison of Birthing Systems Toward a Biosocial Analysis; p. 45-90.

Jordan B. Birth in four cultures. USA: prospect heights. 4th ed. Illinois: Waveland; 1993. The Achievement of Authoritative Knowledge in an American Hospital Birth; p.151-168.

Kitzinger S. Mães: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Presença; 1987.

Kloosterman GJ. The Dutch system of home birth. In: Kitzinger S, Davis JA, organizadores. The place of birth. Oxford University press; 1978. p. 85-117.

Laraia RB. Cultura: um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2008.

Le Breton. Antropologia do Corpo e da Modernidade. Petrópolis: Vozes, 2011. As fontes de uma moderna representação do corpo: O corpo anatomizado; p. 43-96.

Leininger MM. Culture care diversity: a theory of nursing. New York, National League for Nursing Press, 1991. The theory of care diversity and universality; p. 5-72.

Litoff JB. American Midwife. New York: Debate. Greenwood Press; 1986.

Lomas P. An interpretation of modern obstetric practice. In: Kitzinger S, Davis JA, organizadores. The place of birth. Oxford University press; 1978. p.174-84.

Lubic RW. Alternative Maternity Care. In: Romalis S, organizador. Childbirth: alternatives to medical control. Texas: University of Texas Press 1981. p. 218-49.

Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”–anos 80. *Physis*, 1991;1(1):77-96.

Lyman SM, Vidich AJ. Métodos qualitativos sua história na sociologia e antropologia. In: Denzin NK, Lincoln Y, organizadores. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2.^a ed. Porto Alegre: Artemed; 2006. p.50-90.

Machado SXN, Praça SN. Centro de Parto Normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(2):274-9.

Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede pública e privada de Belo

Horizonte. [dissertação]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2008.

Marinho A, Moreno AB, Cavalini LT. Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS). Rio de Janeiro: IPEA, 2001. Texto para discussão n. 848.

Martin E. A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamod; 2006. Metáforas médicas do corpo da mulher: parto; p.105-23.

Martins APV. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. Rev Estud Fem. 2005;13(3):645- 65.

Mattos CLG. A abordagem etnográfica na investigação científica. Espaço Informativo Técnico do Inês. 2001;sem(16):53-58.

McClain C. Ethno-Obstetrics in Ajijic. Anthropological Quarterly. 1975;48(1):38-56.

Mcgregor DK. From midwives to medicine: The birth of American gynecology. Cidade: Rutgers University Press; 1998.

Mead M, Newton N. Cultural patterning of perinatal behavior. In: Grimm, ER et al, organizadores. Childbearing: its social and psychological aspects. Baltimore: Williams Wilkins; 1967. p.144-244.

Meda A. Etnografia da Prática Escolar. Campinas: Papirus; 1995.

Merhy EE, Queiroz MS. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. Cad Saúde Pública. 1993;9(2):177-184.

Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. Interface - Comunic. Saúde, Educ. 2000;4(6):109-16.

Merighi MAB, Gualda DMR. O cuidado à saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetizes para assistência ao parto. Rev Lat Am Enferm. 2009;17(7):265-70.

Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. Pesquisa qualitativa em Enfermagem; p. 1-3.

Merighi MAB. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque da fenomenologia social. Rev Lat Am Enferm. 2002;10(5):644-653.

- Michaelson KL. *Childbirth in America: Anthropological perspectives*. Massachusetts: Bergin e Garvey Publishers; 1988.
- Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad de Saúde Pública*. 1993;9(3):239-62.
- Minayo MCS. *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. 25.^a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.
- Mora Nawrath HI. El método etnográfico: origen y fundamentos de una aproximación multitécnica *Forum Qual Soc Res* 2010 [cited 2013 Dez]; 11(2). Available from: <http://repositoriodigital.uct.cl:8080/xmlui/handle/123456789/618>
- Mott ML. As parteiras e a assistência ao parto em São Paulo nas primeiras décadas do século XX. *Rev Instituto Histórico Geográfico Brasileiro*. 2002;163(415):67-84.
- Mott ML. Assistência ao parto: Do domicílio ao hospital (1830-1960). *Projeto História*. 2002;25:197-219.
- Mott MLB. A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico? *Rev Estud Fem*. 1999;25.
- Nagahama EEI; Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciê & Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):651-657.
- Narchi NZ, Silva LCFP, Gualda DMR. Midwifery training in Brazil: context, challenges and perspectives. *Saúde Soc*. 2012;21(2):510-19.
- Narchi NZ; Cruz EF; Gonçalves R. The role of midwives and nurse-midwives in promoting safe motherhood in Brazil. *Ciê & Saúde Coletiva*. 2013;18(4):1059-68.
- Nonato T. *Casas de parto autônomas no contexto brasileiro: conflitualidades e sentidos em torno da humanização de partos e nascimentos [tese]*. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
- Nunes MCM. *Entre o idealizado e o possível: Limites da assistência ao parto no centro de parto normal de uma maternidade pública. [dissertação]*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2011.
- Oliveira FA. Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication. *Interface. Comunic Saúde Educ*. 2002;6 (10):63-74.
- Organização Mundial de Saúde. *Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS; 1996.

Paim HHS. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 31-47.

Pereira ALF, Moura MPV. Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos de assistência ao parto. Rev Enferm UERJ. 2008;16:119-24.

Previatti FJ, Souza VK. Episiotomia: em Foco a visão de Mulheres. Rev Bras Enferm. 2007;60(2):197-201.

Rattner D. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. Interface - Comunic Saude Educ. 2009;3(1):595-602.

Riesco MLG, Oliveira SMJ V, Bonadio IC, Schneck CA, Silva FMB, Diniz CSG. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. Rev Esc Enferm USP. 2009.43 (Esp. 2): 1297-302.

Riesco MLG; Tsunechiro MA. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? Rev Estud Fem. 2002;10(2):449-59.

Rios IC, Schraiber LB. Humanização e humanidades em medicina. São Paulo: Ed. UNESP; 2012. A formação de médicos na cultura contemporânea-Desafios; p.237-66.

Rios IC, Schraiber LB. Humanização e humanidades em medicina. São Paulo: UNESP; 2012.

Rohden F. Sexualidade e gênero na medicina. In: Souza NA, Pitanguy J, organizadores. Saúde, corpo e sociedade. Rio de Janeiro: UFRJ; 2006. p.157-80.

Romalis S. Childbirth: alternatives to medical control. Texas: University of Texas Press; 1981.

Rongy AJ. Childbirth: Yesterday and Today. New York: Emerson Books; 1937.

Rothman BK. Awake and aware, or false consciousness: The cooption of childbirth reform in America. In: Romalis S, organizadora. Childbirth: alternatives to medical control. Texas: University of Texas Press; 1981. p.150-80.

Russo J. Do corpo-objeto ao corpo-pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico. In: Souza NA, Pitanguy J, organizadores. Saúde, corpo e sociedade. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2006. p.183-94.

Saito E. Da obtenção de informação ao esquecimento: a vivência da dor do parto em um hospital-escola [tese]. Escola de Enfermagem da USP, São Paulo; 1999.

Sandall J. Place of Birth. Editorial. Midwifery. 2012;28:547.

Scavone L. Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais. São Paulo: Ed. UNESP; 2004.

Seibert SL, Barbosa JLS, Santos JM, Vargens OMC. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. Rev Enferm UERJ. 2005;13(2):245-51.

Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004;26(7):517-525.

Serruya SJ. A experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Siqueira AAF, Tanaka ACA, Santana RM, Almeida PAM. Mortalidade materna no Brasil, 1980. Rev Saúde Pública. 1984;18:448-65.

Spink MJ. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010.

Spink MJ. As origens históricas da obstetrícia moderna. Petrópolis: Vozes; 2003. Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos; p. 169-93.

Spink PK. O pesquisador conversador no cotidiano. Psicologia & Sociedade 20, especial (2008).

Tanaka AC. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec; 1995.

Thiry-Cherques HR. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. RAP: Rio de Janeiro. 2006;40(1):27-55.

Tornquist CS. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Rev Estud Fem. 2002;10:483-92.

Tornquist CS. Parto e Poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.

Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Cad Saúde Pública. 1994;10(4):497-504.

Vargens OMC, Progianti JM, Lima ML, Medina ET, Lessa H. Desmedicalização da assistência ao parto e ao nascimento: um desafio para a enfermagem obstétrica brasileira. *Enferm Atual*. 2003;3(17):12-8.

Victora CG. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*. 2011;377(9780):1863-76.

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

Wagner, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. 2001 [cited ???]; 75(1):S25–S37. Available from:http://www.pbh.gov.br/smsa/bhpelopartonormal/estudos_cientificos/arquivos/fish_cant_see_water_the_need_to_humanize_birth.pdf.

Walsh DJ. Subverting the assembly-line: Childbirth in a free-standing birth centre. *Social science & medicine* 62.6 (2006): 1330-40.

Zorzam BAO. Informações e escolha no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da Saúde Suplementar [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2013.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Profissionais

Título da Pesquisa: Práticas obstétricas em diferentes contextos: experiências de mulheres e profissionais

Pesquisadora: Natália Rejane Salim- Doutoranda do programa Interunidades da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda

Você está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade conhecer o significado do parto e do cuidado na assistência obstétrica tanto para mulheres como para profissionais. As informações serão coletadas por meio de entrevista. A sua entrevista será realizada em local de sua escolha. Será gravada em aparelho de áudio e/ou em vídeo e serão feitas perguntas, para saber sobre a sua experiência. Você poderá falar abertamente o que desejar compartilhar.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados. Não usaremos o seu nome verdadeiro, usaremos um nome fictício. Os dados serão divulgados apenas nos meios científicos.

Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Entretanto, este estudo pode trazer informações importantes à respeito da assistência obstétrica.

Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda desistir de participar em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. O contato poderá ser feito através do telefone da pesquisadora e, se necessário através do e-mail do Comitê de Ética em Pesquisa.

Este documento é elaborado em duas vias, sendo que uma ficará ao seu poder e outra com a pesquisadora.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Autorizo a gravação da minha entrevista em vídeo:

Sim ()

Não ()

Telefone e endereço para contato ou esclarecimento com as pesquisadoras:

Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda

Orientadora

3061-7601 - *drgualda@usp.br*

Natalia Rejane Salim

Aluna pesquisadora

9 6859-1623 - *jenat@usp.br*

E-mail do Comitê de Ética em Pesquisa:

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP)

3061-7548 - *edipesq@usp.br*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Mulheres

Título da Pesquisa: Práticas obstétricas em diferentes contextos: experiências de mulheres e profissionais

Pesquisadora: Natália Rejane Salim- Doutoranda do programa Interunidades da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda

A senhora está sendo convidada a participar desta pesquisa que tem como finalidade conhecer como foi a sua experiência de parto. As informações serão coletadas por meio de entrevista. A sua entrevista será realizada em local de sua escolha. Será gravada em aparelho de áudio, ou gravada em vídeo se a senhora permitir. Serão feitas perguntas, para saber como foi o parto para você e o local onde você deu a luz. A senhora poderá falar abertamente o que desejar compartilhar. Caso a senhora se sinta exposta a algum risco poderá relatar e, se for necessário, será feito encaminhamento para um serviço de referência.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados. Não usaremos o seu nome verdadeiro, usaremos um nome fictício. Os dados serão divulgados apenas nos meios científicos. A senhora não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Entretanto, este estudo pode trazer informações importantes sobre como tem sido a experiência do parto, o que poderá ajudar no cuidado de outras mulheres.

A senhora tem liberdade de se recusar a participar e ainda desistir de participar em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa poderá se feito através do telefone da pesquisadora e, se necessário através do e-mail do Comitê de Ética em Pesquisa.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Autorizo a gravação da minha entrevista em vídeo:

Sim ()

Não ()

**Telefone e endereço para contato ou esclarecimento com as
pesquisadoras:**

Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda

Orientadora

3061-7601 - *drgualda@usp.br*

Natalia Rejane Salim

Aluna pesquisadora

9 6859-1623 - *jenat@usp.br*

E-mail do Comitê de Ética em Pesquisa:

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP)

3061-7548 - *edipesq@usp.br*

APÊNDICE 2

Carta de solicitação de autorização para a instituição

Por meio desta carta venho solicitar autorização para utilizar esta instituição, como campo de estudo e de captação de mulheres que vivenciaram o parto neste local e de profissionais da assistência obstétrica que desejem fazer parte da pesquisa intitulada: *Práticas obstétricas em diferentes contextos: experiências de mulheres e profissionais*, que tem como objetivo compreender as práticas obstétricas e os significados do parto em diferentes contextos assistenciais.

Trata-se de um projeto de pesquisa de Doutorado que foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e faz parte do **Programa Interunidades de Doutorado, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda.**

Uma cópia do projeto será disponibilizada para a análise desse serviço.

Meu endereço para quaisquer esclarecimentos é:

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda

Pesquisadora: Natália Rejane Salim

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP) R. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, CEP 05422-970 São Paulo-SP. Tel.: (11) **3061-7548**

APÊNDICE 3

Roteiros das Entrevistas

Roteiro para profissionais:

- 1- Como ocorreu seu processo de escolha pela obstetrícia?
- 2- Como é o local que você atua? Como é a assistência prestada?
- 1- Me fale sobre os prontos prioritários de sua atenção às mulheres durante o trabalho de parto e o parto.
- 2- Me fale o que você considera de importância na atenção as mulheres durante o trabalho de parto e parto?
- 3- Me fale sobre seu suporte para assistir a mulher em trabalho de parto e parto
- 4- Me fale sobre as suas referências de sua prática empregadas na assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto.
- 5- Como você se vê inserido na assistência atual?
- 6- O que você considera como humanização da assistência?

Roteiro para as mulheres:

- 1- Me conte sobre a sua experiência durante o trabalho de parto e parto. O trabalho de parto e o parto ocorreram como você planejava?
- 2- Me fale sobre o local que você deu a luz?
- 3- Me conte sobre o acompanhamento que você recebeu do profissional que esteve com você durante o trabalho de parto e parto?

APÊNDICE 4

Informações sobre os contextos estudados em relação à número e tipo de parto no período de 2011 e 2012.

Tipos de parto por local de ocorrência 2011 e 2012						
	2011			2012		
Local ocorrência	Vaginal	Cesáreo	Total	Vaginal	Cesáreo	Total
CO	1480	908	2388	1446	836	2282
CPH	2847	1353	4200	2704	1199	3903
CP	18	0	18	53	0	53

Tabela elaborada por meio do sistema Tabnet, disponibilizado pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 19 de janeiro de 2011.

Ilm.^a Sr.^a
Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda

Ref.: Processo nº 991/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“Práticas obstétricas em diferentes contextos: experiências de mulheres e de profissionais”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo