UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LIDIANE MELLO DE CASTRO

**POR UM PARTO RESPEITOSO: UMA ETNOGRAFIA EM GRUPOS
DO MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO**

São Paulo
2017

LIDIANE MELLO DE CASTRO

**POR UM PARTO RESPEITOSO: UMA ETNOGRAFIA EM GRUPOS
DO MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO**

Versão corrigida da tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades EEUSP-EERP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Cuidados em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**São Paulo
2017**

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Castro, Lidiane Mello de

Por um parto respeitoso: uma etnografia em grupos do movimento de humanização do parto e nascimento. / Lidiane Mello de Castro – São Paulo, 2017. 153 p.

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

Orientador: Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos

1. Parto humanizado 2. Antropologia Médica 3.
Saúde da Mulher

Nome: Lidiane Mello de Castro

Título: Por um parto respeitoso: uma etnografia em grupos do movimento de humanização do parto e nascimento.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades EEUSP-EERP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

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

Ao meu filho Pedro Gabriel por ser a minha maior motivação nessa trajetória e por todos os momentos de espera e paciência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu esposo Gabriel pelo apoio e incentivo dado nessa trajetória.

À minha mãe e à minha avó por demonstrarem toda a força que uma mulher pode ter.

À minha sogra, ao meu sogro e à minha cunhada por cuidarem tão bem do meu filho na minha ausência.

Ao curso de Obstetrícia, uma experiência transformadora na qual se formam pessoas que podem fazer diferença.

À Escola de Enfermagem por seu acolhimento e pela admiração da profissão de enfermagem.

Ao meu orientador Edemilson Antunes de Campos por suas contribuições valiosas no projeto e por ser meu parceiro nessa trajetória acadêmica.

Às professoras Dras. Dulce Maria Rosa Gualda e Neide Souza Praça por suas contribuições no exame de qualificação.

Ao Grupo de Pesquisa Sociedade, cultura e o processo saúde-doença pela parceria nesses anos.

Às minhas amigas e amigos Juliana Cruz, Laís Guimarães, Cristina Kanda, Marinete Fernandes, Livia Caires, Maximilian Sandri, Felipe Suster e Efézio Gimenez por me apoiarem nesse processo.

Ao CNPq pelo suporte financeiro.

Agradeço imensamente aos grupos que me permitiram participar de sua intimidade e compartilhar suas experiências.

CASTRO L. M. Por um parto respeitoso: uma etnografia em grupos do movimento de humanização do parto e nascimento [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

A assistência ao parto e ao nascimento no Brasil passou por amplas reformulações nas últimas décadas baseadas na necessidade de melhorar a qualidade e a satisfação das mulheres, crianças e suas famílias. Em busca das redefinições das práticas, estabeleceu-se, no país, o movimento de humanização do parto e nascimento (MHPN). Neste estudo, buscou-se compreender os significados e as práticas construídos a partir do conceito de parto presentes no campo da humanização do parto e do nascimento. Trata-se de uma pesquisa que utilizou a metodologia qualitativa com abordagem etnográfica, realizada em dois grupos participantes do MHPN que tinham como objetivo comum a melhoria da humanização do parto e do nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. O trabalho de campo ocorreu entre os anos de 2014 e o segundo semestre de 2016. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e de observação participante nas atividades dos grupos e em eventos do MHPN, em que foram efetuadas 10 interlocuções com os militantes do movimento. Os dados foram analisados mediante a técnica de análise de conteúdo, organizados em três eixos principais: a militância e os contextos de cuidado, parto e nascimento em suas trajetórias e significados e práticas ao redor do parto e do nascimento. Permitiu-se compreender que esses militantes almejam um parto que chamamos de parto respeitoso, baseados em um cuidado individualizado, em evidências científicas e na garantia de direitos.

PALAVRAS-CHAVE: Parto humanizado. Antropologia Médica. Saúde da Mulher, Movimento Social, Ativismo Biossocial.

CASTRO L. M. For a respectful labor: an ethnography in groups from the humanization of labor and birth movement [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Labor and birth care in Brazil have undergone broad reformulations in the last decades based on the need to improve the quality and satisfaction of women, children and their families. In searching for the redefinition of the practices it was established in the country the humanization of labor and birth movement (MHPN). In this study, we sought to understand the meanings and the practices, built from the concept of labor, existent in the field of humanization of labor and birth. It is a research that used the qualitative methodology with ethnographic approach, made in two MHPN participant groups, that had as a common objective the improvement of humanization of labor and birth in the scope of the Unified Health System. Field work took place between the year of 2014 and the second semester of 2016. Data collection was made by means of semi-structured interviews and participant observation in the activities of MHPN groups and events, in which 10 interlocutions with the movement militants were carried out. Data were analyzed using the technique of content analysis, organized in three main branches: militance and care contexts, labor and birth in their trajectories and meanings, and practices surrounding labor and birth. It was possible to understand that such militants desire what we call a respectful labor, based on individualized care, scientific evidence and guarantee of rights.

KEYWORDS: Humanizing Birth. Anthropology, Medical. Women's Health. Social Movement. Biosocial Activism.

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.1 – Marcha pela humanização do parto, São Paulo – SP	107
Figura 4.2 – Pirâmide da hierarquia dos tipos de parto	123

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.1 – Participantes do estudo – Grupo 1	57
Tabela 3.2 – Participantes do Estudo – Grupo 2	58
Tabela 3.3 – Tipos de Parto, no ano de 2015, na cidade do Grupo 2 (interior de São Paulo)	59
Tabela 3.4 – Tipos de Parto, no ano de 2015, na cidade de São Paulo	61

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 3.1 – Tipos de parto na cidade do Grupo 2 no ano de 2015	60
Gráfico 3.2 – Tipos de parto na cidade de São Paulo no ano de 2015	61
Gráfico 3.3 – Número de partos domiciliares entre os anos de 2004 e 2015 na cidade do interior do Grupo 2	62
Gráfico 3.4 – Partos domiciliares na cidade de São Paulo entre os anos de 2004 e 2015	63

LISTA DE SIGLAS

ACS	agentes comunitários em saúde
ANDO	Associação Nacional de Doulas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CP	casa de parto
CPN	Centros de Parto Normal
ICM	Confederação Internacional das Obstetrizes
MHPN	movimento de humanização do parto e nascimento
MPF-SP	Ministério Público Federal de São Paulo
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 O ENQUADRAMENTO DA OBSTETRÍCIA NO BRASIL	16
1.2 MODELOS DE NASCIMENTO: PARADIGMA TÉCNOCRÁTICO E HUMANIZADO	17
1.3 MOVIMENTOS PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO	20
1.4 FUNDAMENTOS DO CENÁRIO DA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO	23
1.5 POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO	27
1.6 PARTO E AS EXPERIÊNCIAS ANTROPOLÓGICAS	33
2 OBJETIVOS	38
2.1 OBJETIVO GERAL	38
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
3 METODOLOGIA	40
3.1 COLETA DE DADOS E PARTICIPANTES DO ESTUDO	41
3.2 ANÁLISE DE DADOS	43
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	44
3.4 ETNOGRAFIA EM SAÚDE	44
3.5 O TRABALHO DE CAMPO	48
3.6 CONHECENDO OS GRUPOS	51
3.6.1 Grupo 1	51
3.6.2 Grupo 2	54
3.7 QUEM SÃO ESSES PARTICIPANTES DO ESTUDO	56
3.8 O CONTEXTO DOS GRUPOS E A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	59
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
4.1 A MILITÂNCIA E OS CONTEXTOS DE CUIDADO	66
4.1.1 Como se tornou militante	66
4.1.2 A importância dos grupos para a humanização	70
4.1.3 Formação profissional	75
4.1.4 Relação entre os profissionais de saúde e a gestante	79
4.1.5 A militância como retribuição à dívida	84
4.2 PARTO E NASCIMENTO EM SUAS TRAJETÓRIAS	87
4.2.1 Desafios para o parto normal	87
4.2.2 Cesariana, a cirurgia naturalizada	89

4.2.3 As práticas em Obstetrícia	91
4.2.4 A experiência de cuidado das militantes	97
4.2.5 Classe social e acessibilidade ao parto humanizado	101
4.2.6 Pedaco do parto humanizado	105
4.2.7 A Doula como uma figura transformadora.....	107
4.2.7.1 Estratégia de humanização da assistência	109
4.2.7.2 A Doula como um ator político	111
4.3 SIGNIFICADOS E PRÁTICAS AO REDOR DO PARTO E NASCIMENTO	113
4.3.1 Conceito de parto	113
4.3.2 Parto	117
4.3.3 Não parto.....	119
4.3.4 Parto normal e o medo.....	125
4.3.5 Parto humanizado: um conceito em transição	127
4.3.6 Parto e nascimento	133
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
REFERÊNCIAS.....	139
APÊNDICES	147
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	147
APÊNDICE B – Roteiro de entrevistas.....	149
APENDICE C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa EEUSP	150

1 INTRODUÇÃO

“Pena que não foi um parto natural”

Esta pesquisa está intimamente ligada à minha trajetória profissional de obstetriz e à minha vivência como mãe. Em 2007, eu tive uma grande oportunidade transformadora: entrar no curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (USP). Desde aquele ano, novos caminhos e possibilidades se abriram para mim, criando contato com dezenas de professoras e professores que se dedicam à formação de um profissional qualificado para atenção à saúde da mulher, com a visão de compreendê-la e, principalmente, assisti-la em um momento tão especial: a hora do parto.

Juntamente com a graduação, vivenciei o movimento de humanização do parto e nascimento (MHPN), algo muito próximo ao curso de Obstetrícia, pois partilha de muitas pautas e interesses na mudança do modelo da assistência obstétrica no Brasil. Esse movimento, em muitas vezes, foi um aliado em nossas lutas para a manutenção do curso. Lembro-me dessas militantes mostrando seus seios junto com as alunas para a inserção das obstetrites na assistência e para a continuidade do curso.

Contagiada pelo mundo da maternidade, planejei a minha gravidez. Logo após o término da graduação, tive o meu filho em uma casa de parto (CP), onde vivenciei toda a experiência de dar à luz com o mínimo de intervenções; porém, faltando apenas três minutos para o nascimento do meu filho, utilizei um *spray* de ocitocina nasal, e esse jato de *spray* causou-me uma reflexão que me trouxe a estudar quais eram os tipos de parto que existiam. Afinal que parto foi esse que eu vivi? Eu tive um parto natural, um parto normal ou um parto humanizado?

Com esse questionamento sobre quais são os tipos de parto, remeto-me ao MHPN e a seus militantes, mulheres que dedicam grande parte da sua vida para a mudança de paradigma da assistência ao parto para que outras mulheres e seus filhos tenham uma vivência de parto mais prazeroso. Reflito então que parto é esse que essas militantes almejam? O que seria um parto humanizado?

1.1 O ENQUADRAMENTO DA OBSTETRÍCIA NO BRASIL

Nos últimos cinquenta anos, o Brasil transformou-se de uma sociedade predominantemente rural para urbana, em que mais de 80% da população vive nas áreas urbanas. Ocorreram também mudanças nas taxas de fecundidade, sendo reduzidas de mais de seis filhos por mulher para menos de dois, e a expectativa de vida aumentou cerca de cinco anos por década (LANCET, 2011).

No Brasil, nascem cerca de 3 milhões de crianças, o que envolve 6 milhões de pessoas, a mãe e o bebê, ocorrendo em 98% das vezes em ambiente hospitalar (BRASIL, 2017). Nas últimas décadas, vivenciamos uma mudança na forma de nascimento: as operações cesarianas superaram o número de partos normais, atingindo a taxa de 56,7% de todos os partos, distribuindo a porcentagem de 85% dos partos na rede privada e 40% na rede pública (BRASIL, 2015). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15% dos partos, entretanto as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes em países desenvolvidos, bem como naqueles em desenvolvimento (OMS, 2015).

Por outro lado, segundo os dados da pesquisa Nascer no Brasil¹, ocorreram inúmeras intervenções nos partos por via vaginal, como o uso da ocitocina e da amniotomia em 40%, a manobra de Kristeller² em 37%, episiotomia em 56% e a posição de litotomia em 92% deles (LEAL; GAMA, 2014).

Atualmente, as intervenções obstétricas como essas citadas estão sendo amplamente questionadas, orientadas tanto pelas questões de práticas baseadas em evidências quanto pelas mulheres que se posicionam contrariamente às intervenções deliberadas sem respeito à fisiologia e às vontades delas.

O modelo obstétrico que vivemos pode ser definido, de acordo com a antropóloga Davis-Floyd, como paradigma tecnocrático, no qual se enxerga o corpo da mulher como uma metáfora mecânica, ocorrendo a separação do corpo e da mente, a separação da mãe e do filho. Nele o corpo da mulher é considerado uma

¹ Pesquisa coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, que contemplou 266 maternidades, entrevistando 23.940 mulheres pelo Brasil, visando estudar o parto e o nascimento no país (LEAL; GAMA, 2014).

² Manobra em obstetrícia na qual o profissional empurra a barriga com as mãos ou o cotovelo para auxiliar na descida do bebê, contudo apresenta grande risco para a saúde do bebê e da mãe, sendo uma intervenção claramente prejudicial de acordo com a OMS.

máquina defeituosa, portanto se justifica o grande número de intervenções realizadas no processo do parto e do nascimento.

Contrariamente a essa medicalização desmedida do nascimento, surgiu um movimento de mulheres, homens e profissionais de saúde que buscam vivenciar a experiência do parto de forma mais natural, questionando esse paradigma tecnocrático, formando o MHPN.

A diretriz principal desse movimento é a humanização do parto almejando uma redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição e de direitos humanos (DINIZ, 2005).

Baseado na importância de compreender o que as militantes desse movimento almejam em relação ao parto, neste trabalho, buscou-se compreender os conceitos de parto dessas militantes participantes de grupos do MHPN.

1.2 MODELOS DE NASCIMENTO: PARADIGMA TÉCNOCRÁTICO E HUMANIZADO

[...] Nascer no Brasil não tem sido uma experiência natural nem para pobres nem para ricos. O parto vaginal, mais frequente nos estabelecimentos públicos, quase sempre ocorre com muita dor e excesso de intervenções. Nos estabelecimentos privados, a cesariana, uma cirurgia muitas vezes desnecessária e quase sempre pré-agendada, vem se constituindo em uma opção para minimizar esse sofrimento (LEAL; GAMA, 2014, p. 5).

Este trecho destacado da pesquisa Nascer no Brasil representa um panorama geral da obstetrícia brasileira, na qual impera o modelo biomédico, em que as mulheres são consideradas incapazes de gestar e parir, devendo ser submetidas a uma série de intervenções médicas para o sucesso de sua gestação.

Vivemos em uma sociedade tecnocrática baseada na hierarquia e organizada ao redor de uma ideologia de progresso tecnológico. Esse paradigma vivenciado pelo modelo biomédico, com seus conhecimentos especializados, seus procedimentos técnicos e suas normas de comportamento, resulta no que se chama de paradigma do modelo tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 1992).

Segundo Davis-Floyd (1992), o modelo tecnocrático enxerga o corpo em um plano cartesiano como uma máquina, em que o médico é considerado como um

técnico ou mecânico. O corpo em si é defeituoso e necessita ser reparado, devendo ser restaurado no hospital assim como o carro é consertado na oficina.

O modelo cartesiano realiza a dissociação entre corpo e alma, afastando o corpo da religião e aproximando-o da ciência (HELMAN, 2009, p. 155; DAVIS-FLOYD, 1992, p. 49).

Definido por Martin (2006), o nascimento é visto na perspectiva do modelo biomédico como se fosse um trabalho realizado pelo útero, em que, conseqüentemente, o corpo da mulher é controlado igual às máquinas de uma fábrica.

A manifestação do modelo tecnocrático ocorre distintamente no Sistema Único de Saúde (SUS) e na assistência suplementar. No SUS, é frequente a desarticulação entre a atenção pré-natal e do parto, a peregrinação em busca de vagas nas maternidades e o uso rotineiro de ocitocina e episiotomia; já no setor suplementar, temos o problema do excesso de cesariana. Em ambos os setores, não se garante o direito à informação nem se respeita a autonomia das mulheres, ferindo os seus direitos sexuais e reprodutivos, além de negar o direito previsto em lei ao acompanhante, tornando o parto solitário, inseguro e doloroso (AQUINO, 2014).

Esse paradigma também causa vários problemas para o sistema de saúde em geral, pois gera a insatisfação de pacientes e profissionais de saúde, devido ao mercantilismo e à competição entre os próprios profissionais da área, aos custos crescentes de tratamentos e exames, à formação inadequada de recursos humanos, à precariedade dos programas de saúde etc. (CAMARGO et al., 2006).

Pensando na questão da saúde da mulher, Davis-Floyd reflete sobre o prejuízo contra as mulheres inerente a esse paradigma, pois o corpo, nessa perspectiva, é definido a partir de um protótipo de funcionamento do corpo-máquina masculino, no qual a fisiologia feminina é considerada disfuncional, pois difere da masculina, medicalizando os processos fisiológicos das mulheres (DAVIS-FLOYD, 1992).

O corpo feminino na medicina deve ser visto em sua dimensão social, ou seja, uma articulação entre a fisiologia e a condição social de gênero. Entretanto a medicalização concentra-se apenas em implicações específicas da reprodução humana, relacionada apenas com a sua condição orgânica (VIEIRA, 1999).

A medicalização do parto e do nascimento iniciou-se nos últimos cem anos, institucionalizando o parto, substituindo a casa pelo hospital e a parteira pelo médico, transformando de um modelo feminino de atenção em um modelo masculino, na grande maioria das vezes, desatento à real necessidade das mulheres nesse momento tão importante. A incorporação de tecnologias a esse modelo serviu para a consolidação do parto e do nascimento em um ato médico, e não mais em um momento da mulher, do recém-nascido e da família (DIAS, 2006).

Com a medicalização do parto e do nascimento, observaram-se algumas melhorias na assistência; porém, com o estudo das evidências científicas, pode-se perceber que muitas das práticas obstétricas eram danosas ou não surtiam efeito, gerando em muitas mulheres o sentimento de insatisfação em relação à assistência prestada.

A medicalização tem sido criticada por muitas mulheres devido à tendência de tornar um evento biológico em um evento médico, transformando a gestante em uma figura passiva e dependente (HELMAN, 2009).

Ante esse modelo tecnocrático intervencionista, surge um movimento a favor do modelo humanizado em saúde, lutando por uma redefinição das relações humanas na assistência ao parto e ao nascimento (TORQUINTS, 2004; DINIZ, 2005).

O modelo humanizado tem como princípio a conexão, necessitando que se trate o paciente de uma maneira conectada e relacional, com um tratamento de amabilidade e respeito. A melhor analogia para o paradigma de humanização está no termo biopsicossocial, que consiste em enxergar o paciente de forma multidimensional, entendendo-o como um ser humano muito mais complexo do que o reducionismo do modelo biomédico permite. Esse paradigma insiste na profunda humanidade dos indivíduos, enfatizando a importância da relação paciente-médico no processo de cura (DAVIS-FLOYD, 2004).

De acordo com Wagner (2001), no modelo da medicalização do nascimento, o médico está no controle; porém, para a humanização do nascimento acontecer, o elemento-chave é a mulher no controle do parto e do nascimento e no que acontece com ela.

Segundo o Ministério da Saúde, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento define a humanização em dois aspectos fundamentais: como dever de as unidades de saúde receberem com dignidade a mulher, seus familiares e o

recém-nascido, com uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, e a organização da instituição, para criar um ambiente acolhedor, rompendo com o tradicional isolamento imposto à mulher; o outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002).

O modelo humanizado reconhece a influência da mente sobre o corpo, estando em constante comunicação. Esse modelo reconhece o corpo não como uma máquina, e sim como um organismo, que responde à interação com outras pessoas e com o ambiente (DAVIS-FLOYD, 2004).

O conceito de humanização tem sido ampliado para incluir também as características do espaço físico onde o trabalho de parto e o parto acontecerão. Tal fato altera a ideia do parto como uma situação de “doença”, transformando a concepção do espaço físico do pré-parto e da sala de parto como locais em que não se perceba estar em um ambiente “hospitalar”, sendo mais acolhedores e que ofereça mais liberdade de movimentação para a parturiente (DIAS, 2006).

A defesa e promoção do modelo de humanização conta com um movimento social muito forte no Brasil, que busca uma redefinição do modelo biomédico para o modelo humanizado. A seguir, irei discursar sobre o processo histórico desse movimento no Brasil e no Mundo.

1.3 MOVIMENTOS PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

O MHPN é composto por vários grupos distribuídos por todo o Brasil, alguns deles com sede física, outros em ambientes virtuais que reúnem pessoas com algum interesse ou característica em comum, por exemplo, “Mães da Zona Leste”³, para discutir temas do cotidiano ligados à humanização do parto e do nascimento. Contudo, os grupos físicos estão interligados pela internet por meio das redes sociais e de grupos virtuais.

Esses grupos e seus militantes são movidos pela insatisfação com o modelo de assistência obstétrica e lutam por mudanças nesse quadro. A militância se difere entre um grupo e outro: alguns têm uma atuação mais assistencial voltada para

³ Grupo virtual de mães da zona leste da cidade de São Paulo com o objetivo de trocar informações sobre maternidade, parto e nascimento humanizado.

grupos de gestantes, mães e amamentação; outros estão mais ligados ao estabelecimento de políticas públicas ou à garantia de direitos para as mulheres.

Conforme Castells (2013), autor que estudou vários movimentos sociais no mundo, eles não nascem apenas da pobreza ou do desespero político, também surgem por uma mobilização emocional desencadeada pela indignação e pela esperança de uma possível mudança.

Esse sentimento de indignação com as atuais condições da obstetrícia no Brasil se deu devido a: altas taxas de cesarianas; inúmeras práticas obstétricas comprovadamente danosas conforme as evidências científicas, com a grande mortalidade materna brasileira; violência obstétrica; desrespeito aos direitos das mulheres; falta de leitos preparados para a realização do parto normal, entre outros problemas.

Normalmente esses grupos começaram com alguns indivíduos, geralmente mulheres insatisfeitas ou até mesmo com raiva do sistema obstétrico por ter falhado na promoção da assistência humanizada e por coibir a prática de modelos alternativos (GOER, 2004).

O MHPN no Brasil teve seus primeiros grupos na década de 1980, apesar de já haver profissionais que discutiam a temática na década de 1970. O movimento vinha com grande força desde então, contudo, com o advento da internet, ele teve uma grande ascensão, espalhando-se por todo o Brasil e conquistando vários e várias ativistas.

Graças à internet, destacaram-se os grupos: ONG Amigas do Parto, Bem Nascer, Artemis, as listas de discussão Parto Natural, Maternidade Ativa, Parto Humanizado, Parto Nosso, Parto Ativo-BH, Materna, Gesta Paraná, a rede Parto do Princípio, os Ishtar, dentre outros (CASTRO, 2014).

Segundo Castells (2013), a internet proporciona exemplos de revoltas exitosas em outras partes do mundo, inspirando por meio de imagens e mensagens em rede, estabelecendo assim o processo de ação comunicativa que induz à ação e à mudança coletivas nos movimentos sociais.

[...] o entusiasmo, que reforça a mobilização societária intencional. Indivíduos entusiasmados, conectados em rede, tendo superado o medo, transformam-se num ator coletivo consciente. Assim a mudança social resulta da ação comunicativa que envolve a conexão entre redes de redes neurais dos cérebros humanos estimuladas por sinais de um ambiente comunicacional formado por redes de comunicação dão forma ao processo

de mobilização e, assim, de mudança social, ao mesmo tempo como processo e como resultado (CASTELLS, 2013, p. 158).

Essa ferramenta de ação comunicativa nas redes sociais por esses movimentos já mobilizou manifestações que se espalharam pelo país inteiro, uma delas foi a “Marcha do parto em casa”, na qual milhares de homens e mulheres foram às ruas, no ano de 2012, em defesa de um médico obstetra que sofreu repressões do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) por defender o parto em casa. Ocorreram outras manifestações como a “Marcha Pelo Parto Humanizado” em São Paulo e também as das mães pelo direito da amamentação, os chamados “Mamaços”.

Segundo Aquino (2014), essas manifestações populares levaram a saúde para um debate político, tanto na perspectiva do SUS como na saúde complementar.

O MHPN, por ser uma grande rede de grupos, não permite definir uma liderança específica. Pode, sim, identificar alguns líderes, os quais dedicam grande parte de sua vida à militância, mas mesmo assim é um movimento de múltiplos atores.

O autor Castells (2013) classifica os movimentos sociais na era da internet como uma rede de redes e descreve a sua estrutura como não tendo um centro identificável, mas ainda assim são garantidas as funções de coordenação, e também de deliberação, pelo inter-relacionamento de múltiplos núcleos. Desse modo, não precisam de uma liderança formal, de um centro de comando ou de controle, nem de uma organização vertical, para passar informações ou instruções. Essa estrutura descentralizada, como consequência, maximiza as chances de participação no movimento, já que ele é constituído de redes abertas, sem fronteiras definidas, sempre se reconfigurado segundo o nível de envolvimento da população em geral.

Nos eventos promovidos pelo movimento, geralmente os principais líderes se reúnem e formam pequenos grupos. Embora eles formem esses grupos, os espaços das relações para outros militantes estão abertos mesmo com essa clara distinção. Essa estrutura de líderes e militantes permite que o movimento seja autogovernado pelos participantes.

Um movimento autogovernado consiste em uma estrutura na qual alguns militantes são mais ativos ou influentes que outros, apenas por se comprometerem integralmente com o movimento, mas ainda assim só são aceitos em seu papel de

líderes enquanto não tomam individualmente decisões importantes. (CASTELLS, 2013, p. 163).

Sendo o MHPN composto de uma formação heterogênea, marcado por não ter um espaço estabelecido nem líderes definidos, permite que existam múltiplos conceitos e práticas em relação ao parto. O conceito de parto se articula de maneira conflituosa e em rede, como um conjunto de saberes e práticas que emergem: de estudos científicos na área da saúde; de saberes, crenças e tradições que instituem ou assumem uma dada natureza feminina; de interesses políticos de organismos internacionais e governamentais e de movimentos sociais (DUTRA; MEYER, 2007).

A definição de um conceito pelo grupo torna visível em seus membros as noções sobre o que constitui uma justificativa adequada para as práticas que exerçam. O conceito de parto de um grupo direciona poderosamente as maneiras pelas quais a fisiologia do parto é socialmente interpretada, determina os aspectos do nascimento, como o local de parto, o profissional de assistência, processo de tomada de decisão (JORDAN, 1983).

Os processos culturais dentro do MHPN se aplicam na questão da cultura do parto humanizado, em que essa cultura se propaga por intermédio das principais ferramentas que são a discussão e transmissão de questões para concretizar o movimento, sendo o grupo um dos responsáveis para divulgar e receber novos adeptos, transmitindo seus conceitos e valores por meio da rede.

1.4 FUNDAMENTOS DO CENÁRIO DA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO

Novos modelos de pensar o parto ocorreram a partir da insatisfação com a assistência e de observações dos modelos de nascimento em outras culturas, surgindo, na década de 1950, as primeiras teorias que trouxeram novas perspectivas de nascimento, servindo de base para o MHPN.

Entre os primeiros médicos, estava Dick-Read, obstetra inglês, com seu trabalho intitulado Parto sem medo, de início na década de 1930, ficando conhecido apenas na década de 1950. Seu trabalho parte do pressuposto que os fenômenos da dor, risco e medo são criados por influências culturais sobre as mulheres.

Segundo o autor, “A superstição, civilização e cultura trouxeram às mentes das mulheres, influências que introduziram justificáveis ansiedades e temores no que concerne ao parto” (DICK-READ, 1944, p. 33).

Outro médico que seguiu essa vertente de mudança foi Fernand Lamaze, médico francês que publicou seu trabalho na década de 1950, o Parto Sem Dor. O autor se baseou no método psicoprofilático, desenvolvido por Pavlov na antiga União Soviética. Esse método consistia na preparação da mulher para o parto sem dor, reorganizando sua atividade cortical em vista do parto, suprimindo-se os reflexos condicionados⁴ dolorosos por meio da criação de reflexos condicionados úteis.

Segundo Tornquist (2004), esse método se inseriu no campo político, pois o Partido Comunista da França, simpático ao método, transformou-o em um projeto de lei com objetivo de garantir que todas as parturientes tivessem acesso ao método. Como resposta, os partidos da oposição resgataram o modelo de Dick-Read como uma alternativa.

Ambos os modelos, todavia, preocuparam-se em recuperar o protagonismo das mulheres no processo do parto, perdido pela influência do modelo biomédico, ressaltando que elas detinham condições inatas, desde que educadas para isso, para atravessar o momento do parto de forma não traumática (TORNQUIST, 2004).

Após esse movimento do Parto Sem Dor, no qual historicamente se agrupam as teses de Lamaze e Dick-Read, surgiu, no final da década de 1970 e começo de 1980, o movimento intitulado Pós-Parto Sem Dor, composto pelas teses de Leboyer, Odent, Janet Balaskas e Kitzinger. A principal diferença desse movimento é que a mulher não deveria ser treinada como nos outros modelos, e sim ter a liberdade de agir pelos seus instintos.

Na década de 1970, Leboyer iluminou um novo paradigma no qual se incluía a preocupação com os sentimentos dos recém-nascidos, em busca de um nascimento sem violência; destacando outro aspecto do nascimento que ainda não tinha sido discutido, o que trouxe uma nova perspectiva enfatizando a mulher e o recém-nascido (LEBOYER, 1996).

Uma das principais influências para o movimento da humanização do nascimento no Brasil é Michel Odent, um médico Francês que se destacou na década de 1980 e que atua até hoje na militância da humanização do nascimento.

⁴ Reflexos Condicionados são comportamentos aprendidos ao longo da vida.

Em sua tese, Odent busca o instinto redescoberto, desmedicalizando a gestação e o parto, indo da lógica e da razão para o emocional e instintivo. Em sua visão, uma das condições mais importantes para o bom andamento da fisiologia do parto seria a privacidade (SALEM, 2007; DINIZ, 2001).

Nessa mesma linha instintiva do parto, segue o Movimento do Parto Ativo liderado por Janet Balaskas. Este se destacou quando um grupo de mulheres de Londres, conscientes das vantagens do parto ativo, começaram a buscar posições verticalizadas para dar à luz, gerando aprovações e reprovações dos profissionais de saúde.

Em consequência a essa novidade, em 1982, o parto ativo foi proibido, revoltando as mulheres. A partir daí elas se reuniram com Balaskas e organizaram o “Comício pelos Direitos de Parir”, inicialmente uma manifestação que pretendia ocupar apenas o saguão do hospital com mulheres de cócoras, mas que em três semanas reuniu uma multidão de 6 mil pessoas no hospital Hampstead Health para protestar, entre essas pessoas estavam também Michel Odent e Sheila Kitzinger (BALASKAS, 2008).

Dessa multidão, destaca-se Sheila Kitzinger, uma antropóloga inglesa feminista que se dedicou a assuntos de sexualidade, gestação, nascimento e maternidade; trabalhando diretamente com casais grávidos na preparação para o parto, com o chamado método psicosssexual.

Esses teóricos contribuíram para o modelo de assistência humanizada, principalmente como fundamento para o MHPN. Embora as teorias sejam diferentes, elas se combinam porque se declaram favoráveis à desmedicalização do parto contestando as práticas médicas correntes (SALEM, 2007).

Cada uma dessas abordagens, que são, de certa forma, complementares entre si, denota sua respectiva crítica a alguma face do modelo — à falta de gentileza e de respeito; à assistência que obriga as mulheres à passividade e à imobilidade, que isola a mulher e impede o envolvimento paterno; que é centrado na conveniência de profissionais e instituições, e não das mulheres (DINIZ, 2001).

Esses autores internacionais foram fundamentais para a construção da assistência ao parto humanizado no Brasil, servindo de referencial teórico para o MHPN.

No Brasil, os primeiros teóricos de parto humanizado surgiram na década de 1970. Segundo Diniz (2005), eles se inspiraram, além de nos teóricos internacionais

citados acima, nas práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará, Moisés Paciornick⁵ no Paraná, Hugo Sabatino em Campinas, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a Yoga, com o Instituto Aurora no Rio. Na década de 1980, surgiram os primeiros grupos que prestavam assistência humanizada ao parto e nascimento, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco (DINIZ, 2005).

Em 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), uma grande rede que já organizou vários congressos e eventos importantes para a humanização do parto e do nascimento no Brasil.

O movimento no país cresceu muito desde a criação do REHUNA, e vários grupos foram criados por todo o Brasil para contemplar essa temática e militar no MHPN. Sendo a internet a sua principal ferramenta, visto que atinge diversas pessoas, o movimento conquistou várias adeptas e adeptos a cada dia. Na internet, são divulgados eventos (audiências públicas, manifestações, exibição de documentários), notícias, relatos de parto e artigos científicos.

Atualmente esse movimento se articula em novas esferas, atingindo a política, com deputados estaduais e federais, vereadores e o próprio Ministério da Saúde; a esfera legislativa, com apoio do ministério público, defensoria pública e advogadas que atuam na esfera da humanização com base nos direitos das mulheres e da criança; a esfera social que mobiliza milhares de mulheres e homens agregando novos militantes na luta.

Entre os grupos desse movimento, o parto humanizado é uma unanimidade, que por definição de Salem (2007): além de postulado como um evento não médico, o parto humanizado fala de quem pode — e deve — assistir ao acontecimento e de quem deve estar excluído.

Assim, o MHPN encontra-se em grande expansão na luta por redefinições da assistência ao parto e ao nascimento. Na sequência, irei discutir alguns avanços conquistados nas políticas de humanização.

⁵ A autora Janet Balaskas, em uma palestra no Brasil, citou um vídeo produzido por Moisés Paciornick, no qual as mulheres pariam de cócoras. Esse vídeo teve grande importância, pois foi exibido na década de 1980 em Londres, impulsionando seu trabalho sobre a teoria do Parto Ativo.

1.5 POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

No Brasil, a saúde da mulher esteve incorporada às políticas nacionais de saúde desde as primeiras décadas do século XX, contudo as preocupações com a saúde feminina tinham um foco nas demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis colocavam a mulher em uma perspectiva biológica na reprodução e no seu papel social de mãe e doméstica. Esses programas foram criticados por sua perspectiva reducionista, pois elas ficavam sem assistência na maior parte de sua vida (BRASIL, 2004).

Na década de 1980, na assistência à saúde da mulher, ocorreram várias tentativas de mudanças no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil. Esses temas tornaram-se pauta dos movimentos sociais de saúde e de mulheres que reivindicam o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, ressaltando o direito de escolha do tipo de parto e da autonomia da mulher (NARCHI; SILVA; GUALDA, 2012).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), rompendo principalmente com o conceito da saúde da mulher vista apenas nos aspectos da reprodução. O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em causas ginecológicas, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, além do planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis. (BRASIL, 2004).

Em 1996, a OMS lançou um manual no qual fazia críticas ao excesso de intervenções e trazia recomendações sobre tecnologias para atenção obstétrica. No final de 1997, em ampla parceria entre governo e sociedade civil, o Conselho Federal de Medicina promoveu a campanha “Natural é parto normal”, um planejamento estratégico, com propostas de intervenções amplas para estimular o crescimento de partos normais (RATTNER, 2009). Em maio de 1998, o Ministério da Saúde regulamentou o parto realizado por enfermeiras obstetras no sistema de informações do SUS, além de aumentar em 160% o valor da remuneração do parto vaginal; instituindo também o pagamento de analgesia de parto vaginal (RATTNER, 2009; CARNEIRO, 2015).

Em 2000, criou-se o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de assegurar a melhoria do acesso da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido; sendo a humanização da assistência obstétrica e neonatal, para o PHPN, uma condição primária para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (BRASIL, 2000).

Esse programa surgiu em um contexto no qual havia uma dificuldade no acesso ao pré-natal de qualidade, falta de referência para o parto, envolvendo a peregrinação e a falta de vínculo com o local de nascimento. Embora esses problemas persistam até hoje, acredito que com o PHPN aconteceram algumas melhorias.

A humanização definida pelo programa compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isso requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2000).

A proposta do PHPN vai ao encontro das diretrizes do MHPN, sendo o ano de lançamento do programa concomitante com a Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, realizada pela REHUNA.

Os planos e estratégias advindos desse programa incluíram a concretização do SisPreNatal e elaboraram um plano em três etapas. Na primeira, aumentou a remuneração ao parto normal, instituiu um limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital e incluiu a remuneração aos procedimentos referentes à analgesia de parto e ao parto realizado por enfermeira obstétrica. Na segunda, foi instituído o apoio à implantação de referência para a gestação de alto risco. A terceira etapa tratava especificamente da atenção ao pré-natal e ao parto, enfocando a qualidade da assistência, o acesso, também considerado como um indicador da qualidade da atenção, e a humanização da atenção (SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004).

No PHPN, ocorreu uma forte valorização do pré-natal, como busca para melhores indicadores para a saúde da mulher e da criança, lançando manuais evidenciando os protocolos (exames, rotinas, práticas não farmacológicas de alívio de dor), referenciando amplamente o manual da OMS de 1996 como referencial teórico, o qual é amplamente utilizado pelo MHPN.

Paralelamente, foram criados os Centros de Parto Normal (CPN) no SUS, possibilitando a remuneração a enfermeiras obstetras e obstetrizes no atendimento ao parto de risco habitual. Houve o financiamento dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica; e criou-se o convênio com o Hospital Sofia Feldman para a instituição do Programa de Doulas Voluntárias Comunitárias (RATNER, 2009).

Esses cursos foram financiados pelo Ministério da Saúde com enfoque no pré-natal e no parto, tornando-se um marco nacional na formação de enfermeiras, especializando cerca de 1.090 delas. A insatisfação das usuárias com os serviços médico prestados fortaleceu a inserção de enfermeiras obstetras e obstetrizes (RIESCO, TSUNECHIRO, 2002).

Em conjunto com as ações de criação dos CPN, entram em cena as enfermeiras obstetras e as obstetrizes. Se no século XX o parto tornou-se um evento médico, no início do século XXI foram as enfermeiras obstetras e as obstetrizes que se destacaram (MAIA, 2010).

No entanto, outra estratégia considerada essencial para a melhoria da assistência se relaciona com o aumento quantitativo e com o incremento na qualificação dos profissionais que dão assistência à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Assim surgiu a ideia de retomar a formação direta de obstetrizes de acordo com as diretrizes definidas pela Confederação Internacional das Obstetrizes (ICM) e pela OMS (NARCHI; SILVA; GUALDA, 2012). As obstetrizes se inserem na categoria de profissionais qualificadas para promover a melhoria dos cuidados à saúde da mulher, promovendo mudanças no modelo de atenção, transformando a atenção de tecnocrática para humanizada (GUALDA; NARCHI; CAMPOS, 2013).

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada em 2003 com o objetivo de colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar (BRASIL, 2013). Fruto das Conferências Nacionais de Saúde (GUIZARDI et al., 2004), ela foi uma concretização da demanda da XI Conferência Nacional de Saúde no ano 2000, em

que trazia a temática como o “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” (SOUZA; MENDES, 2009).

A PNH teve como propósito diversas ações, como: contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização; fortalecer iniciativas de humanização existentes; desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção; aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão; implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas (BRASIL, 2013). Visando à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população (SANTOS-FILHO, 2011).

De acordo com Souza e Mendes (2009), o estabelecimento da PNH pelo Ministério da Saúde procurou confrontar tendências tecnocráticas e iatrogênicas arraigadas em políticas e serviços de saúde; tendo uma grande dificuldade de assimilação e operacionalização, pois requerem apropriação dos processos de trabalho, por gestores, profissionais e usuários, com base em uma ética na produção dos saberes, das práticas e das relações no campo da saúde, por meio do aumento do grau de comunicação, de colaboração e de compartilhamento entre esses atores, nas diferentes ações e instâncias gestoras do SUS.

Ainda na PNH, o vínculo entre profissionais, usuários e gestores é muito priorizado e referenciado como questão básica da humanização, como descreve em seu manual: “somente no encontro entre estes sujeitos concretos que práticas que chamamos de humanizadoras podem acontecer” (BRASIL, 2011, p. 5).

Em 2005, é aprovada a Lei federal 11.108, em que é garantida a presença de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Atualmente a luta do movimento se concentra no direito à presença da doula garantida por lei, assim a mulher teria direito à escolha de um acompanhante, e à doula.

No ano de 2007, a rede Parto do Princípio⁶ moveu uma ação no Ministério Público Federal de São Paulo (MPF-SP) contra o abuso das cesarianas no setor suplementar, sendo um dos exemplos da potencialidade do MHPN. Em consequência, o MPF-SP elegeu uma série de medidas a serem adotadas pela Agência Nacional de Saúde (CASTRO, 2014).

A fim de implementar uma rede de cuidados à assistência obstétrica, em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, uma estratégia para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2015).

As ações da Rede consistem em ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, da implementação de boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto, da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e do acesso às ações de planejamento reprodutivo.

Na Rede Cegonha, surgem algumas novidades: a primeira delas que fica muito evidente é a atenção à criança até os 24 meses e intensa valorização da importância dos CPN, com isso as enfermeiras obstetras e obstetrizes ganham destaque no cenário da obstetrícia brasileira.

Apesar de a Rede Cegonha ter esse caráter “positivo” para a saúde da mulher, segundo Carneiro (2013), grupos de feministas questionam a estratégia, considerando que a Rede reitera a noção de que a saúde da mulher estaria orientada para a maternidade, para a chamada “mulher-mala”, outra questão é que a figura da mulher, que dá à luz, desaparece, assim como os seus direitos sexuais e reprodutivos; dando lugar à cegonha.

Ainda no seu trabalho, Carneiro (2013) problematiza quem defende a política e seu nome dizendo que: não se trata de uma imposição moral ou biológica da maternidade, mas de uma política de saúde como prioridade de governo, sobretudo porque a gestação acontece de maneira alheia ao Estado, cabendo a ele, entretanto, oferecer acesso à saúde e uma assistência de qualidade. Quanto à

⁶ A rede Parto do Princípio é uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela promoção da autonomia das mulheres, tendo como principal eixo de atuação a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, em especial no que se refere à maternidade consciente (Parto do Princípio, 2015).

denominação, esclarece-se que o termo cegonha está atrelado à ideia de transporte, e não de gestar e de parir, cabendo, portanto, à mulher parir, mas, à sociedade, viabilizar o seu transporte e suporte.

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros (BRASIL, 2014, p. 3).

Esse reconhecimento do movimento demonstra sua força e sua luta, envolvendo quase vinte anos para o seu reconhecimento em uma política de saúde do SUS. Assim como as outras políticas criadas no início dos anos 2000, existe uma grande luta para a sua consolidação no Brasil, entretanto a Rede Cegonha atualiza e reforça a humanização no SUS.

Em 2015, o Ministério da Saúde lança uma nova Diretriz para o parto cesáreo, com o objetivo de diminuir a quantidade de cesarianas no Brasil, principalmente no setor suplementar. Essa resolução dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais e também na obrigatoriedade do registro no partograma⁷ ou um relatório médico detalhado justificando a cesariana. Essa diretriz tem como objetivo orientar, tanto no âmbito privado quanto no público, as mulheres, os profissionais de saúde e os gestores sobre as importantes questões relacionadas com a via de parto, suas condutas, indicações baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2015).

Com o objetivo de “qualificar o modo de nascer”⁸ no Brasil, o Ministério da Saúde, em conjunto com as sociedades e associações de profissionais (médicos e da enfermagem) e das mulheres, no ano de 2017, lança a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC), um manual de assistência ao parto normal baseado em evidências científicas mais atuais.

Mesmo com todas essas conquistas, a luta por melhorias continua, pois ainda nos deparamos constantemente com o desrespeito aos direitos sexuais e

⁷ Partograma é uma anotação gráfica que registra a evolução do trabalho de parto, permitindo identificar possíveis distócias.

⁸ Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf

reprodutivos, motivos que fortalecem cada vez mais o MHPN em busca de mudanças.

1.6 PARTO E AS EXPERIÊNCIAS ANTROPOLÓGICAS

O parto e a gestação são eventos que remetem à fisiologia do corpo da mulher, geralmente ligados à imagem da natureza. Dar à luz uma criança, porém, é um evento totalmente modificado de acordo com a cultura da mulher. Segundo Jordan (1993), o processo de parturição está em um paradigma biossocial, uma junção entre a fisiologia, algo universal, com a sociedade, algo particular de determinada cultura.

Conforme cada sociedade, existe uma configuração sistemática entre as práticas de nascimento que são dependentes e consistentes de acordo o conceito de parto, ou seja, em uma determinada cultura um processo pode ser algo estressante, e em outra cultura esse mesmo processo pode ser algo normal (JORDAN, 1993).

Em geral, descobrimos que qualquer que seja o conceito local do nascimento, essa formulação dirige poderosamente as maneiras pelas quais a fisiologia do parto é interpretada socialmente na colaboração, realização consensual de nascimento. Ao mesmo tempo que a conceitualização local determina, serve como justificativa e, de forma complementar, manifesta-se localmente em características invariantes de nascimento, como território de nascimento, pessoal apropriado, alocação de poder de decisão e assim por diante (JORDAN, 1993, p. 49, tradução nossa)

Conforme Helman (2009), existem as chamadas culturas de parto, que são determinadas pelas crenças sobre o funcionamento do corpo e sobre a natureza da concepção. A gestação e o parto também são ritos de passagem, ritos de transição social entre os papéis de “mulher” e de “mãe” (HELMAN, 2009; DAVIS-FLOYD, 1992).

Considerando o processo de nascimento como um rito de passagem, ele forma quatros novos membros sociais: o bebê; a mulher, que recebe o novo papel de mãe; o homem, com o papel de pai, e a família composta por eles (Davis-Floyd, 1992).

O parto também é um ato social, pois ele afeta a relação entre marido e mulher e também a relação dentro do grupo ao qual a mulher pertence; criando uma nova identidade de mãe, consagrando um novo papel social (KITZINGER, 1985).

Esse rito de passagem, embora ocorra nas sociedades, não é vivenciado da mesma maneira. O parto em determinados locais pode ser um evento médico, ocorrendo dentro do hospital, como em outros pode ser um evento familiar, dentro do domicílio acompanhado por mulheres mais experientes.

No trabalho realizado por Margareth Mead (1979), que estudou a tribo Arapesh, é trazida uma concepção totalmente diferente da nossa cultura. Ela apresenta um conceito de gestação no qual a criança é moldada pelo pai e pela mãe após a concepção, sendo a fonte de seu desenvolvimento o sangue da mãe e o sêmen do pai. O trabalho de desenvolvimento da criança se completa no momento em que ocorre o inchaço das mamas; desse momento em diante, ficam proibidas as relações sexuais – para a criança descansar –, que se tornam permitidas quando a criança começa a andar.

A autora Brigitte Jordan estudou o parto e o nascimento em quatro culturas: nos Estados Unidos (procedimento médico), em Yucatan (um evento familiar), na Holanda (um processo natural), na Suécia (uma conquista pessoal). Nessa análise, a autora permite identificar quais os modelos que regem a assistência, as representações e os significados que orientam as práticas de nascimento.

Embora existam outras maneiras de vivenciar um parto, o modelo biomédico, muitas vezes, é visto como a única forma de conhecimento, marginalizando outras formas de saberes, classificados como míticos e primitivos, baseados no etnocentrismo (CONASA, 2008). As práticas relacionadas com o saber popular local, portanto, foram progressivamente sendo destituídas de legitimidade, e as figuras prestadoras de cuidado, como as parteiras, foram praticamente extintas (JORDAN, 1993).

O parto em todas as culturas é um evento muito importante na vida social e reprodutiva das mulheres, sendo que cada cultura desenvolve um método de cuidado, para lidar com os riscos envolvidos nesse processo. Para um cuidado adequado, o princípio de interculturalidade promove o diálogo cultural entre diferentes grupos (CONASA, 2008).

O comportamento humano modifica processos naturais, acontecendo em diferentes tipos de sociedades; se forem acompanhados por obstetras, como xamãs,

maiores são as chances de que o comportamento da mãe seja afetado por fatores sociais (KITZINGER, 1985).

Dentro do modelo biomédico, os inúmeros procedimentos obstétricos, muitas vezes desnecessários e dolorosos, são muitas vezes uma resposta ao medo que o paradigma tecnocrático tem em relação ao parto, tornando as intervenções como a ocitocina e a episiotomia uma tentativa de tornar o parto algo mais previsível e controlável (DAVIS-FLOYD, 1992).

Considerando o parto como um rito de passagem cultural, nele são impressas as relações entre o mundo natural e mundo cultural, sendo perpetuados na hora do nascimento os valores e as crenças (DAVIS-FLOYD, 1992). Modificando esse ritual, ele encaixar-se-ia na célebre frase de Michel Odent: “Para o mundo mudar é preciso mudar a forma de nascer”.

Em nossa sociedade tecnocrática, o objetivo máximo das mulheres é ter um bebê mais saudável possível. Cada nascimento nessa perspectiva é inerentemente inseguro, acarretando que a tecnologia torna o parto mais seguro, levando a um parto extremamente controlado pela medicina (DAVIS-FLOYD, 1992).

Muitas das intervenções propostas dentro desse modelo são utilizadas sem evidência científica para a sua realização. As intervenções fazem parte do ritual tecnocrático, por exemplo, o uso de cadeira de rodas, tricotomia — a raspagem dos pelos pubianos —, o jejum, a episiotomia, contudo o processo do nascimento aconteceria sem a maioria dessas intervenções (DAVIS-FLOYD, 1992).

Para a autora Carneiro (2015), uma antropóloga que estudou mulheres participantes de grupos de parto humanizado, as mulheres que buscam esse tipo de parto desejam muito mais o parto, e não mais um parto, elas preferem uma atenção individualizada, mesmo que tenham que passar por alguma intervenção como uma episiotomia ou até mesmo uma cesariana.

O parto é um evento no qual se cruzam a fisiologia e a cultura que modifica a forma que vivenciamos esse processo. Atualmente esse paradigma tecnocrático em que estamos inseridos tem sido motivo de discussão sobre a forma que nascemos.

Por meio do conhecimento de outras culturas, poderemos perceber que existem diferentes modos de nascer. Dick-Read, médico obstetra acostumado ao parto hospitalar, ao observar uma mulher inserida em outra cultura parir em casa, indagou-a se o parto não havia doído, e a resposta em forma de pergunta daquela mulher foi “e tinha que doer?”. Conhecer novos paradigmas nos permite refletir

sobre a forma que nascemos, sendo a antropologia uma ciência-chave nos processos de melhoria da saúde e do cuidado.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

A maneira como a sociedade conceitua esse evento constitui o único e mais poderoso indicador da maneira geral de dar forma ao nascimento. Em todas as configurações, a definição dele é de importância fundamental pois informa a todos os participantes “quem”, o “que” e “como” ocorre o nascimento (Jordan, 1993, p. 48).

O objetivo desta pesquisa foi compreender os significados e as práticas construídos a partir dos conceitos de partos presentes nos grupos do MHPN.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender o conceito de parto no movimento de humanização;
- Discutir as práticas obstétricas de grupos que militam no movimento de humanização;
- Compreender as atividades desenvolvidas em grupos que militam no movimento de humanização.

3 METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

Ante o objeto de estudo desta pesquisa, trilhamos a metodologia de maneira qualitativa com abordagem etnográfica, em busca da compreensão do conceito de parto entre os grupos do MHPN.

Seguimos os procedimentos metodológicos como: revisão da literatura científica nacional e internacional relacionada com o campo da humanização do nascimento; a prática da etnografia nos grupos estudados e nos eventos promovidos pelo MHPN; a realização de entrevistas semiestruturadas com as participantes dos grupos que militam no MHPN; e análise de conteúdo realizando a discussão entre o referencial teórico e os resultados obtidos.

Optamos pela pesquisa qualitativa, pois, segundo a definição de Minayo (2002), ela responde a questões particulares, em um nível de realidade que não pode ser quantificado, atuando no universo de múltiplos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

As pesquisas qualitativas ocupam cada vez mais um espaço nas pesquisas de saúde, estudando os aspectos socioculturais no processo saúde-doença, revelando que esse processo se modifica de acordo a produção social (CAMPOS, 2013).

A atuação em Pesquisa Social investiga o ser humano em sociedade, dentro de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica. (MINAYO, 2010). Sendo assim, a presente pesquisa se direcionou até os grupos realizando etnografia por meio da observação participante e entrevistas, compreendendo as suas relações dentro de sua rotina.

Segundo Laplantine (2003), na etnografia, o pesquisador compreende que ele deve ir aos seus informantes para compartilhar a intimidade dos que devem ser considerados não mais como informadores a serem questionados, e sim como hóspedes que recebem e mestres que o ensinam. Assim o pesquisador aprende como aluno, não apenas a viver como eles, mas sim a falar sua língua e a pensar nessa língua (LAPLANTINE, 2003).

Consideramos a etnografia como um estudo sobre o comportamento humano realizado a partir do contexto do indivíduo, a fim de abstrair o significado de símbolos e compreender como as pessoas os interpretam e direcionam suas atitudes (SOUZA; BARROSO, 2008). O método etnográfico consiste em

compreender os aspectos simbólicos da vida, sendo o estudo do comportamento humano dentro do contexto sociocultural (CAMPOS, 2013).

Dentro do contexto de estudo os grupos do MHPN, aproximo-me do exercício que Gilberto Velho (2013) fez ao estudar o bairro em que mora, deixando de estudar um ambiente que não conhece o “outro”, para estudar o “nós”. O MHPN, desde o início da minha formação de obstetriz, sempre foi muito próximo, trilhando um caminho contínuo na minha trajetória profissional.

De acordo com Gilberto Velho (2013), o pesquisador mesmo sendo do mesmo “mundo” que o “mundo” do objeto de pesquisa, ainda assim pode estudá-lo, pois ainda podem existir descontinuidades entre o “mundo” do pesquisador com o “mundo” do objeto de pesquisa. A realidade observada é sempre filtrada pelo ponto de vista do pesquisador, portanto esse movimento de relativizar nos permite observar o familiar.

Na etnografia, existe um encontro entre dois sujeitos no encontro do trabalho de campo, rompendo com dicotomia entre sujeito e objeto de pesquisa (CAMPOS, 2013).

Para Geertz (1978), praticar etnografia consiste em estabelecer relações, selecionar os informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário de campo. É uma “descrição densa”, ou seja, a compreensão das práticas e dos significados dos fatos sociais, para aqueles que os vivenciam. Esse, portanto, foi o nosso exercício durante a pesquisa.

3.1 COLETA DE DADOS E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O trabalho de campo na etnografia se estrutura pelo uso de diversas técnicas e estratégias para a coleta de dados, como a observação participante e a entrevista semiestruturada. A observação participante se realiza no contato direto entre o pesquisador com o aspecto estudado, obtendo informações sobre o contexto cultural, estando dentro dele. É uma técnica menos estruturada, pois possui um direcionamento, apenas o registro das observações por meio do diário de campo. Para tanto, é necessário estar no campo constantemente para realizar as observações, assim se estabelece um convívio dentro do contexto (GUALDA, HOGA, 1997).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP no ano de 2014; com a liberação, pude ir em busca dos grupos. Entrei em contato com quatro grupos: dois deles aceitaram a participação na pesquisa, dois se negaram — um alegou que as participantes não ficariam à vontade com a presença de uma pesquisadora e o outro não respondeu ao meu contato. Em todos os momentos, sempre me identifiquei como pesquisadora e que iria realizar uma etnografia e, posteriormente, que iria entrevistar alguns membros para a minha pesquisa. O processo de aceitação da minha presença nos grupos teve como fator facilitador a minha experiência como obstetriz e a vivência como mãe que teve um filho em uma CP.

A etnografia nos grupos ocorreu nos anos de 2014 e 2015. Após conhecer a rotina e os membros do grupo, dei início às entrevistas no ano de 2015, que foram finalizadas no 1º semestre de 2016. As entrevistas foram previamente agendadas com os participantes do grupo e ocorreram no local de escolha do entrevistado; primeiramente era lido o termo de consentimento e depois assinado, assim iniciava-se a entrevista semiestruturada, que era gravada para a transcrição posteriormente. A duração das entrevistas variou de 30 a 120 minutos, que fluíam de acordo com a narrativa do participante.

No total, foram feitas 10 entrevistas com os participantes do estudo, sendo 5 de cada grupo estudado, entre eles 9 mulheres e 1 homem. A ideia de realizar a etnografia em dois grupos não foi a de compará-los, e sim de colocá-los em justaposição para contribuir para uma maior compreensão dos conceitos de partos dos militantes do MHPN.

Os critérios de inclusão para participação pesquisa foram:

- Fazer parte do grupo estudado;
- Ter participado das atividades e rotina do grupo;
- Ter optado por colaborar voluntariamente, após a leitura e aceitação do termo de consentimento.

Para preservar a identidade das participantes, usamos nomes fictícios inspirados em mulheres que, de uma certa maneira, contribuíram para os direitos das mulheres no Brasil.

3.2 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados consistiu na junção dos dados colhidos durante o trabalho de campo, anotados no diário de campo, na transcrição das entrevistas e na interpretação analisando seus conteúdos.

Na pesquisa qualitativa, em sua análise, devemos caminhar na direção do que é homogêneo quanto no que se diferencia dentro de um contexto social (MINAYO, 2004).

Dentro da análise de conteúdo, o texto é a forma de expressão do participante, em que a sua análise buscar criar categorias inferindo uma expressão que represente o conteúdo (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

[...] a análise de conteúdo se refere a uma decomposição do discurso e identificação de unidades de análise ou grupos de representações para uma categorização dos fenômenos, a partir da qual se torna possível uma reconstrução de significados que apresentem uma compreensão mais aprofundada da interpretação de realidade do grupo estudado. (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2004).

Por meio dessa técnica, segundo Minayo (2002), podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as hipóteses formuladas, além disso, podemos ir além do que está por trás de conteúdo manifesto.

A análise de conteúdo nas ciências sociais torna-se uma ferramenta útil para interpretações de seus atores sociais (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2004). Dessa forma, realizamos uma análise de conteúdo, para definir categorias com base nas entrevistas e na etnografia.

Os procedimentos que seguimos para análise foram:

1. Descrição de cada participante, contexto da entrevista, contexto do grupo;
2. Distribuição das categorias;
3. Descrição dos resultados nas categorias;
4. Interpretação dos resultados obtidos com a fundamentação teórica.

Esses procedimentos permitiram organizar os resultados e a discussão em três eixos principais: a militância e os contextos de cuidado; parto e nascimento em suas trajetórias; e significados e práticas ao redor do parto e nascimento.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP, no mês de novembro de 2014, sob o número CAAE 38212814.1.0000.5392. Considerando os aspectos éticos, a condução deste estudo deu-se de acordo com as normas previstas na Resolução 466/12, e demais, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Nesse sentido, todos os participantes da pesquisa foram convidados a colaborar voluntariamente, após serem informados sobre a natureza da pesquisa, de seus objetivos, sua relevância social e seus benefícios.

Com o objetivo de garantir a consideração de todos os interesses envolvidos neste trabalho de pesquisa, cada entrevistado recebeu, para ser lido, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas cópias, no qual autorizou sua participação, bem como a utilização dos dados obtidos em resposta em futuras publicações (cf. Apêndice A).

3.4 ETNOGRAFIA EM SAÚDE

A etnografia é um método da antropologia que consiste na observação organizada e sistemática no local onde os fenômenos e situações acontecem (FONTOURA, 2007). Essa técnica tem sido amplamente utilizada no campo da saúde, pois permite conhecer as crenças e os valores envolvidos no processo saúde-doença na perspectiva do nativo.

A temática da saúde — como a cura, o tratamento e o processo saúde-doenças — na etnografia é um tema que sempre perpassou as observações, estudado direta e indiretamente desde o fim do século XIX, formulando um vasto conhecimento sobre assunto. Geralmente o objetivo desses estudos não estava ligado principalmente à saúde, mas a temática surgia nos estudos sobre a religião e sobre a magia (NAKAMURA, 2011).

O aumento de interesse na pesquisa sobre a saúde e a doença ocorreu principalmente na década de 1980, um momento de penetração das ciências sociais na área da saúde. Nos anos 2000, ocorreu uma grande expansão dos números de artigos que utilizam como método a etnografia no campo da saúde (NAKAMURA 2011).

Por meio da etnografia, conseguimos compreender cientificamente uma dada realidade sociocultural, uma construção simbólica na qual observamos as experiências concretas dos indivíduos, devendo ser observadas todas as manifestações e dimensões da vida social e cultural desses grupos, objetivando a totalidade do social (CAMPOS, 2017).

Dessa forma, para compreender os fatos sociais como, por exemplo, o processo-saúde doença, é fundamental observar os aspectos sociais como: arte, religião, economia, ciência, parentesco, linguagem; os quais se articulam no estilo de vida do indivíduo e do grupo. Sendo assim, a etnografia como um método é a chave para a compreensão dos aspectos simbólicos da sociedade (CAMPOS, 2017).

A realização da etnografia consiste em três fases: situar-se, observar e descrever. A vivência do etnógrafo converte tais fases em atividades sincrônicas (andar, ver e escrever), sendo três fluxos que se misturam pela reciprocidade, interdependência (SILVA, 2009).

O trabalho de campo dentro da perspectiva do nativo é fundamental, possibilitando a construção de um conhecimento no qual se relacionam as hipóteses da pesquisa com as observações (CAMPOS, 2017).

A utilização da metodologia etnográfica nas pesquisas da área da enfermagem vem se consolidando, baseando-se nas contribuições que esse método pode trazer para a enfermagem. Embora ainda se encontre em fase de desenvolvimento, o método etnográfico vem sendo cada vez mais objeto de trabalho de pesquisadores da área da saúde (GUALDA, HOGA, 1997).

Dentro do campo da etnografia em enfermagem, destaca-se Madeleine Leininger, teórica que baseou suas teorias no cuidado transcultural e na etnoenfermagem. Ela descreve a importância da investigação etnográfica em enfermagem como:

[...] o objetivo final de uma enfermeira-cientista profissional e humanista é descobrir, conhecer e usar criativamente o conhecimento de cuidados com base cultural, com seus significados, expressões, símbolos e funções completos para a cura e para promover ou manter, o bem-estar (ou a saúde) com Pessoas de diversas culturas do mundo [...] (LEININGER, 2006, p. 43, tradução nossa).

O conceito de etnoenfermagem desenvolvido por Leininger consiste em um método de pesquisa centrado na pessoa/cliente, com o objetivo de compreender o cuidado e sua influência na saúde e bem-estar das pessoas de diferentes culturas (LEININGER, 2006).

Para Gualda e Hoga (1997), a etnografia na enfermagem se constitui em uma descrição da realidade de um grupo de pessoas, um determinado contexto cultural, vivido e detalhado representando uma parte do conhecimento e da história da enfermagem. O que permite, em termos da prática da enfermagem, uma melhor compreensão do comportamento de seus clientes, possibilitando uma linha de cuidado condizente com o seu contexto cultural, o que resulta em uma maior satisfação das pessoas.

O conhecimento produzido por uma etnografia consiste em um processo “denso, íntimo, que prioriza a qualidade do dado, de modo que é justamente aqui que se situa sua veracidade”. O trabalho de campo treina um olhar atento, realizando a observação participante, com uma descrição dos comportamentos (CAMPOS 2017, p. 539).

A etnografia, aliada a uma perspectiva interdisciplinar, nos permite a compreensão dos processos sociais e das suas dinâmicas que regem seus comportamentos. Entrar nessa dinâmica é uma forma de construir novas ferramentas para a compreensão dos objetos de estudo e criar novos fazeres profissionais, sujeitando-se a correr riscos (FONTOURA, 2007).

Embora exista a boa intenção dos pesquisadores em se aprofundar nos conhecimentos sobre uma determinada cultura, nem sempre os resultados se alinham ao rigor metodológico que consiste em uma etnografia. Para Nakamura (2011), existe a necessidade de uma postura crítica na utilização de métodos qualitativos e na utilização do referencial teórico adequado, destacando tanto para os pesquisadores da área da saúde quanto das ciências sociais os riscos de uma possível banalização do método da etnografia.

A pesquisa etnográfica pode representar um caminho para a melhoria de um processo de reflexão sobre práticas em saúde, promovendo a reflexão sobre a prática, em uma proposta de uma prática mais satisfatória para eles e para os pacientes, sendo mais condizente com as necessidades de seus clientes (FONTOURA, 2007). Assim como essa investigação, na perspectiva da saúde, pode propor mudanças melhorando a assistência prestada e o ambiente de trabalho (GUALDA, HOGA, 1997).

Nessa linha, compreender o ponto de vista do participante da pesquisa, por meio das compreensões dos significados das práticas sociais, permite que a própria saúde e a doença tornem-se compreensíveis para aqueles que as pesquisam como categorial cultural (CAMPOS, 2017).

Dentro do método etnográfico, existem dois pressupostos inerentes ao método: o afastamento do etnocentrismo e a relativização, permitindo despir-se de preconceitos para compreender o outro, dentro da pesquisa em saúde, os usuários dos serviços, os trabalhadores e os gestores (NAKAMURA, 2011).

Para Fontoura (2007), a interdisciplinaridade no uso da etnografia por parte dos profissionais consiste na busca da comunhão de pensamentos, uma justaposição de conteúdos, trabalhando de forma cooperativa e reflexiva. Assim, uma atitude interdisciplinar na etnografia trilha um caminho que permite revelar ao profissional sua prática para si mesmo e refletir sobre as práticas em saúde, podendo melhorar as condições de vida da população.

No exercício da metodologia:

[...] torna-se essencial a interação entre o pesquisador e os pesquisados. O envolvimento do pesquisador com os informantes, demanda atributos pessoais de sensibilidade, empatia e capacidade de interação. Isto significa colocar-se o mais próximo possível do que é vivido pelas pessoas, mesmo sob o risco de, em certos momentos, perder a identidade e sair modificado desta experiência (GUALDA; HOGA, 1997 p. 413).

A pesquisa de campo no exercício da antropologia não se limita a uma técnica de coleta de dados, mas sim a um processo com implicações teóricas específicas. A técnica e a teoria não podem ser desvinculadas; pensando na antropologia, o método etnográfico é a maneira pela qual a teoria antropológica se desenvolve (PEIRANO 1992).

Pensando no rigor metodológico e no desenvolvimento da teoria em antropologia, de acordo com Gualda e Hoga (1997), necessita-se de: que o pesquisador reconheça seus valores e pressupostos, que o tempo no campo de pesquisa seja o mais longo possível, que os dados sejam coletados de diversas formas, que os procedimentos de obtenções de informações sejam detalhados, e que haja discussão com outros pesquisadores sobre a pesquisa.

Em alguns casos, esse rigor metodológico não é cumprido em consequência das dificuldades enfrentadas pelos pesquisadores, por exemplo, o pouco tempo dado pelos programas de pós-graduação e pelas agências financiadoras ou a falta de treinamento em relação ao método (CAPRARA; LANDIN, 2008).

A demanda pela pesquisa etnográfica será cada vez mais necessária, haja vista os processos e conceitos complexos acerca da saúde e da necessidade de compreender, objetivando um cuidado adequado culturalmente, o que possibilita uma maior satisfação dos usuários dos serviços de saúde.

3.5 O TRABALHO DE CAMPO

“Os antropólogos não estudam as aldeias, eles estudam nas aldeias”
(GEERTZ, 1978, p16).

Considera-se que a noção de saúde é construída na complexidade dos valores, práticas e estilos de vida, estabelecidas nos grupos populacionais, tornando os grupos um espaço privilegiado de reflexões antropológicas (CAMPOS, 2013).

Sendo assim, a pesquisa de doutorado iniciou-se no ano de 2013, movida pelo meu objetivo de compreender o conceito de parto nos grupos do MHPN, em que instituí a busca por grupos que aceitassem a realização da pesquisa e que tivessem uma representatividade dentro do movimento. Para isso, participei de vários eventos, congressos, simpósios do movimento, selecionando alguns grupos. Contatei quatro grupos, entretanto um se negou alegando que seus participantes não permitiriam a realização de pesquisas, outro nem ao menos respondeu ao meu contato.

Em conjunto com as disciplinas, fui me inserindo no campo de pesquisa do MHPN, participei de manifestações como a “Marcha pelo parto humanizado”, uma

manifestação realizada em diversas cidades espalhadas por todo o Brasil em defesa dos profissionais e locais que oferecem uma assistência humanizada.

A referida manifestação, da qual pude participar na cidade de São Paulo, iniciou-se em frente ao tradicional edifício da Fundação Cásper Líbero e marchou pela tradicional Avenida Paulista, onde podíamos ver mães se manifestando com frases “Mãezinha é mãe”, “Pelo direito de parir”, “Meu corpo não é máquina”, e frases repetidas por todas como “No hospital eu sou mãezinha, na minha casa eu sou rainha”.

Particpei do “1º Encontro de Mulheres que pariram em Casa de Parto”, um evento que ocorreu em um pequeno teatro na cidade de São Paulo, reunindo experiências de diversas mulheres, sendo elas profissionais de saúde, mulheres que pariram em CP ou parto domiciliar, representante da CP Casa Angela, uma guerrilheira que teve o seu parto na ditadura. Houve também uma participação massiva de crianças com as suas mães e com seus pais, as quais brincavam enquanto ocorriam os relatos dos participantes do evento. Também participaram algumas empresas que financiaram o evento, como uma empresa de fraldas de pano, algo que muitos adeptos do MHPN utilizam em seus filhos, e também uma empresa de comidas integrais e saudáveis. Foi nesse encontro que tive o primeiro contato com um grupo a ser estudado durante a pesquisa, o Grupo 1.

Em 2014, fui até o Seminário Nascer do Brasil. Esse evento ocorreu no auditório da Faculdade de Saúde Pública da USP, que divulgou os resultados da pesquisa da Fiocruz Nascer do Brasil e que teve comentários de pessoas ligadas às Secretaria de Saúde, docentes ligados à saúde da mulher, militantes do MHPN e representantes da Rede Cegonha. Nesse evento, também pude conhecer mulheres ligadas ao outro grupo no qual realizamos etnografia, o Grupo 2.

Inicialmente o processo de entrada nos grupos foi difícil, pois havia o estranhamento e o medo que eles tinham sobre a minha intenção com a pesquisa. O processo de aceitação nesses grupos ocorreu de maneira relativamente rápida: acredito que pelo fato de eu ser obstetriz e de ter tido um parto em uma CP, esses fatores me trouxeram uma aproximação e reconhecimento dos membros, o que facilitou a interação e deixou-os à vontade com a minha presença.

Assim como para Malinowski, o trabalho de campo do etnógrafo significa entrar na aldeia, algo que inicialmente pode causar estranhamento e ser

desagradável e que progressivamente assume um curso natural em “harmonia com aquilo que rodeia” (MALINOWSKI, 1976).

Estranhamento que ocorreu algumas vezes: inicialmente durante a observação eu tentava anotar alguns aspectos-chave, mas eu percebia que isso levava a um certo incomodo entre os participantes, então eu passei a anotar as minhas experiências em campo depois que as atividades aconteciam. Uma vez no Grupo 2, antes do início da reunião, eu havia pedido para gravar as vozes da reunião, mas um dos membros ficou profundamente desconfiado e não permitiu a gravação, então eu expliquei que não havia problema se eles não se sentissem à vontade.

Nos anos de 2013 e 2014, pude transitar entre os eventos físicos e também virtuais, nos quais muitas das ações do MHPN ocorrem, e nessa experiência selecionei dois grupos para que eu realizasse a etnografia, que tivessem como denominador comum a luta pela assistência humanizada no SUS.

Nos dois grupos, participei colaborando em algumas atividades de forma voluntária, havendo uma demanda espontânea dos grupos em me procurar. No Grupo 1, foi solicitado que eu conduzisse, em alguns momentos, o grupo de mães e grupo de gestantes. No Grupo 2, incluíram-me na frente de trabalho de comunicação, auxiliando no desenvolvimento de um site sobre o grupo, também me foi solicitada a participação na discussão do curso de formação de doulas comunitárias, sobre as atuações com as gestantes, parturientes e puérperas. Essa contribuição permitiu uma aproximação entre os membros, e assim puder vivenciar uma outra perspectiva, o que ampliou meu conhecimento sobre a lógica do grupo.

Com o passar do tempo, muitos dos participantes deixaram de me ver como uma pesquisadora e me identificavam como um membro do grupo. Mesmo eu sempre me identificando no início como pesquisadora, para eles eu já fazia parte do cotidiano e das ações do grupo.

No fim de 2015, no segundo ano, afastei-me das observações dos grupos, a fim de concluir a realização das entrevistas e dar início ao processo de análise de dados e construção da tese de doutorado. Confesso que senti falta da rotina e da energia de estar nesses grupos, mas esse distanciamento era necessário para a análise do conteúdo colhido na pesquisa.

Esse processo do trabalho de campo permitiu que eu conhecesse a lógica, os significados e as práticas dos grupos acerca do conceito de parto. Estar com essas

mulheres e homens me fez admirá-las (los) ainda mais, pois pude conviver com pessoas que dedicam parte de sua vida buscando melhorias para assistência humanizada a mulheres e crianças dentro SUS.

3.6 CONHECENDO OS GRUPOS

3.6.1 Grupo 1

O primeiro grupo com o qual tive contato foi o Grupo 1, identificado por um nome fictício. Esse grupo é um espaço de apoio ao parto humanizado, à amamentação e à maternidade/paternidade ativa⁹, localizado na cidade de São Paulo.

Conheci alguns participantes do grupo no 1º Encontro de Mulheres que Pariram em Casas de Parto. Nesse evento, interessei-me por sua militância em busca do parto humanizado no SUS. Assim localizei sua página na internet e fui até ao local do grupo; quem me recebeu foi sua coordenadora, a quem eu expliquei o objetivo da minha pesquisa, assim ela aceitou conversar comigo em um outro momento. Essa primeira conversa foi curta, pois, às vezes, era necessário interromper o diálogo, visto que sua filha, uma criança de três anos, necessitava de cuidados. Ela me explicou o objetivo do grupo e que buscava contribuições para as atividades, e que eu poderia voltar em outro momento.

Nesse outro encontro, falei um pouco mais sobre meus objetivos garantindo o sigilo da identidade do grupo e de seus participantes. Assim fui aceita, e aos poucos fui observando as atividades dos grupos, conquistando meu espaço como pesquisadora.

Suas atividades iniciaram-se em 2013 por uma fundadora considerada um membro-chave, pois ela impulsionava o grupo, uma mãe militante do MHPN, que teve a vivência de parir em uma CP financiada pelo SUS. Motivada em inspirar e proporcionar uma vivência de assistência humanizada a outras mulheres, essa fundadora, que irei chamar de Luciana, uniu-se a outras mulheres, formando o Grupo 1.

⁹ Mães e pais que almejam estar informados e presentes nos processos da criação do filho, como na escolha do modo de parir, a amamentação, a educação, a alimentação.

Esse grupo era composto por profissionais de saúde, obstetrites, psicólogas, nutricionistas, educadores físicos, mães e pais militantes do que eles chamam “maternidade ativa” e “paternidade ativa”. Suas ações se concentram em oferecer grupos de apoio, como o grupo de Mães, grupo de gestantes, grupo de apoio à amamentação, todos eles eram oferecidos de forma gratuita. Outra ação de muito destaque desse grupo eram os chamados “Mamaços”, manifestações de apoio às mães que foram constrangidas por amamentar em público: um grupo de mães se reuniam no local e amamentavam seus filhos unidas para se manifestar em favor da amamentação em livre demanda.

O grupo tinha uma sede fixa na zona leste da cidade de São Paulo. Era uma sala aconchegante, dentro de um sobrado, com várias almofadas espalhadas pelo chão e um cantinho com brinquedos para crianças. Nessa sala, aconteciam todos os grupos. Outro local que esse grupo também transita é no mundo virtual: eles têm uma página no Facebook® onde divulgam suas ações e informações sobre o parto humanizado. Para organizar as ações, o grupo realizava reuniões mensais, e uma das principais discussões era acerca da fundação do grupo como uma associação, para assim conseguir fundos para realizar projetos maiores, como a realização do pré-natal.

Além dos membros fixos que elaboravam as atividades, havia os membros que participavam de forma esporádica, por exemplo, uma gestante que participava dos grupos de gestantes e depois voltava para um grupo de mães ou de aleitamento materno. Geralmente essas pessoas não tinham uma regularidade nas atividades, participavam apenas dos grupos que apresentavam algum tema de seu agrado.

Um fato que chamava bastante atenção no grupo era a presença de crianças, afinal havia um cantinho para elas nas atividades, e era comum podermos observar crianças sendo amamentadas em livre demanda, isso desde os bebês até crianças maiores com cerca de três a quatro anos. Outra preocupação nesse grupo eram os lanches saudáveis que os participantes traziam ou a fundadora do grupo disponibilizava, como água aromatizada, pães integrais, patês de ricota, frutas, sempre pensando nos participantes e nas crianças.

O Grupo 1 oferecia grupos abertos de apoio à maternidade, como grupos de gestantes semanalmente, grupos de mães quinzenalmente, grupos de apoio à amamentação mensalmente.

O grupo de gestante era conduzido por um membro fixo do Grupo 1, geralmente era um ou uma obstetriz, que se reuniam em uma sala com diversas almofadas espalhadas pelo chão; e geralmente esse membro ia retirando as dúvidas das gestantes ou casais que participavam, a fim de saber um pouco mais sobre parto humanizado. Havia muita demanda de procura de locais e profissionais humanizados; como a maioria das pessoas que frequentava o grupo era de classe média ou classe média baixa, geralmente eles não tinham acesso aos serviços privados, muitos buscavam as CP como uma alternativa. Também havia a discussão de preparação para o parto e de acompanhantes de parto.

Nos Grupos de Mães, geralmente a presença era da mãe com o seu bebê. Nesses grupos também participava um membro do Grupo 1 que era uma obstetriz ou uma psicóloga, conduzindo o diálogo das mães com a temática da maternidade. Muitas vezes eram discutidas questões como amamentação, as dificuldades na criação dos filhos, o isolamento materno, a experiência do parto, o relacionamento com o pai da criança.

O grupo de apoio à amamentação, no qual participavam gestantes e mães com seus bebês, era conduzido por uma obstetriz que trazia informações sobre a amamentação, preparando as futuras mães e sanando as dúvidas daquelas que amamentavam.

O Grupo 1 promoveu duas manifestações em prol da liberdade de amamentar em locais públicos: um deles ocorreu no SESC Belenzinho e outro no Museu da Imagem e do Som. Em ambos os locais ocorreu a reclamação de mulheres que foram constrangidas por amamentar em local público. Como resposta a essa repreensão, o grupo promoveu um protesto, no qual diversas mães com seus bebês se reuniram e amamentaram no local.

Todas as atividades do grupo seguiam um caminho norteador de promover a humanização do parto e do nascimento na cidade de São Paulo, principalmente no âmbito do SUS.

A escolha desse grupo deu-se por sua grande representatividade. No ano de 2013, ele teve muito destaque na sua militância a favor da humanização do parto e do nascimento, focando em causas específicas no incentivo ao parto humanizado no SUS e no fortalecimento das CP. Ter esse grupo como campo de pesquisa nos proporcionou uma compreensão dos contextos dos conceitos e práticas sobre o parto humanizado.

3.6.2 Grupo 2

Em 2014, conheci o Grupo 2 no Seminário de lançamento da Pesquisa Nascer no Brasil, realizado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Uma das integrantes desse grupo se apresentou naquele dia representando a visão das militantes do MHPN sobre o contexto obstétrico brasileiro. Nessa apresentação, foram ditas as principais ações do Grupo 2; com isso, interessei-me e achei que seria importante conhecê-lo para que pudesse participar de minha pesquisa.

Tendo-me interessado por esse grupo, fui até uma reunião mensal realizada no sindicato dos médicos da cidade. No primeiro contato, havia poucas integrantes nessa reunião; elas me explicaram que era um fórum aberto, mas achavam melhor que a decisão para a autorização da realização da pesquisa fosse tomada quando houvesse mais pessoas na reunião. Então no mês seguinte fui até a outra reunião e expliquei novamente o meu objetivo, assim os membros me aceitaram.

Esse grupo fica localizado no interior de São Paulo, mas não tem sede fixa; suas reuniões acontecem em espaços cedidos, como universidades, sindicatos, clube SESC. É um grupo no qual todos que se interessarem podem participar de suas reuniões. A maioria de seus membros são mulheres, entre elas médicas sanitárias e pediatras, psicólogas, enfermeiras obstetras, advogadas, doulas, professoras universitárias, agentes de saúde e farmacêuticas. Entre os homens, temos um advogado e um médico sanitário.

Esse grupo foi fundado em 2013 com um formato aberto. As pessoas poderiam se agregar ao longo das reuniões, e permanece até hoje com menos reuniões do que nos anos de 2014 e 2015, mas continua em uma nova frente de criar um Centro de Parto Normal na cidade.

Por definição do próprio grupo, o cenário do parto deve ser cada vez mais tema de nossa sociedade, fortalecendo o controle social na assistência ao parto e ao nascimento, sendo esse o caminho para uma mudança de paradigma para um bem nascer e parir.

As ações desse grupo não estão ligadas à assistência como no outro grupo. O Grupo 2 se preocupa mais em elaborar estratégias que promovam a humanização

do parto e do nascimento em sua cidade, como a elaboração da Lei das Doulas¹⁰, eventos com o tema da humanização do parto e nascimento, a formação de doulas comunitárias, reuniões com as comunidades e a parcerias com as Promotoras Legais Populares¹¹.

Para organizar suas ações, esse grupo se encontrava mensalmente em reuniões previamente agendadas. O local e o dia da semana se alteraram ao longo dos meses, pois, para contemplar mais pessoas, as reuniões mudaram de terça-feira à noite em uma universidade para sábado à tarde no clube SESC, e isso representou uma grande mudança na estrutura do grupo, pois as crianças começaram a participar das reuniões, surgindo novos membros, como mães que se identificavam com o tema ou até mesmo gestantes que gostariam de contribuir para a humanização na cidade.

A duração das reuniões era geralmente de duas horas. Inicialmente todos se apresentavam falando um pouco de sua história pessoal e como chegou até o fórum, depois eram levantadas as pautas do dia, no geral todos participavam das discussões.

Em relação à estrutura, esses grupos se dividiam em frentes de trabalho, como comunicação, Leis das Doulas, eventos de humanização e a relação com a comunidade. Nessa divisão, eles apresentam pautas durante a reunião mensal para organizar o trabalho do grupo.

Não havia um líder na reunião desse grupo, geralmente eles colocavam as cadeiras formando um círculo e discutiam a pauta previamente estabelecida, para organizar suas ações. Várias pessoas de diferentes formações opinavam sobre um tema e daí eles tiravam suas conclusões.

Em parceria com a universidade, esse grupo desenvolveu um evento sobre violência contra mulher, o qual levou a temática da violência obstétrica como uma agressão. Foram trazidos para esse evento profissionais da saúde, uma deputada que trabalha na criação da Lei das Doulas no estado de São Paulo, uma antropóloga que estudou o parto humanizado e profissionais do direito.

Um fato que me chamou atenção foi a escolha da representante do grupo nesse evento sobre violência contra as mulheres: elas escolheram uma farmacêutica

¹⁰ Projeto de lei que tramita na câmara dos vereadores da cidade, para liberar a entrada de doulas nas maternidades da cidade, além do acompanhante que a mulher já tem por direito de acordo com a Lei federal 11.108.

¹¹ Mulheres que trabalham para o fortalecimento de direitos da população.

para representá-las, uma participante muito ativa no grupo, mas que não era mãe, e sua profissão não estava diretamente ligada à temática do parto. Surpreendi-me com a escolha porque, em grupos tradicionais, geralmente as escolhidas seriam aquelas que têm sua trajetória de vida mais ligada ao tema da obstetrícia, como as médicas e as enfermeiras. Acredito que esse fato evidencia como o grupo rompe com a supremacia dos profissionais de saúde sobre as outras participantes que não são especialistas.

Esse grupo criou também o curso de formação de doulas voluntárias, com o objetivo de promover a humanização da assistência ao parto em mulheres usuárias do SUS. Eles fizeram parceria com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a capacitação de agentes comunitários em saúde (ACS) em doulas comunitárias. Além das ACS, eles buscaram líderes comunitárias para a participação no curso, que teve a duração de 40 horas e formou cerca de 60 doulas que podem contribuir para diversas fases da gestação, parto e pós-parto.

Para fortalecer o trabalho das doulas em suas cidades, além de formar diversas delas, eles lutam até hoje com um vereador para a aprovação da chamada Lei das Doulas, uma lei municipal que permite a entrada de uma doula, além do acompanhante que as mulheres têm direito.

3.7 QUEM SÃO ESSES PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes do estudo foram, em sua maioria, mulheres que tinham uma ampla participação dentro dos grupos estudados. Foram selecionados membros considerados figuras-chave dentro do grupo.

Participaram das entrevistas quatro mulheres e um homem do Grupo 1. Eram pessoas que estavam envolvidas nas atividades dos grupos e na coordenação. A idade variou entre 23 e 36 anos, compondo um grupo jovem de pessoas. O grupo apresentou um nível alto de escolaridade, pois todos haviam tido uma experiência no ensino superior. Em relação às religiões das participantes e do participante, eram distintas. Na questão da ocupação entre os membros, havia dois profissionais da saúde, uma pedagoga, uma jornalista e um chefe de cozinha, conforme a tabela 3.1.

Tabela 3.1 – Participantes do estudo – Grupo 1

Nome	Sexo	Idade	Nº de Filhos	Ocupação	Religião	Escolaridade
Davi	M	24	0	Obstetriz	Cristão	Pós-graduação
Celina	F	26	1	Jornalista	Espírita	Graduação
Laudelina	F	23	0	Obstetriz	Católica	Superior Completo
Mietta	F	36	1	Chefe de Cozinha	Natureza	Superior Incompleto
Nísia	F	29	2	Pedagoga	Adventista	Superior Completo

Entre os tipos de parto vividos:

- Celina faz parte do grupo desde 2013, classe média baixa, jornalista, teve um parto normal na CP;
- Mietta faz parte do grupo desde 2013, classe média baixa, chefe de cozinha, teve um parto normal na CP;
- Nísia faz parte do grupo desde 2013, classe média, pedagoga, teve uma cesariana e um parto normal hospitalar acompanhado por médico.

Entre os participantes que não tinha filhos:

- Davi faz parte do grupo desde 2014, classe média, obstetra;
- Laudelina faz parte do grupo desde 2014, classe média, obstetriz.

No Grupo 2, participaram do estudo cinco mulheres, pessoas que estavam envolvidas nas atividades e reuniões dos grupos. A idade variou entre 28 e 62 anos, sendo um grupo com idade um pouco mais avançada do que o Grupo 1. O grupo apresentou um nível alto de escolaridade, pois todos tinham ensino superior e alguns possuíam pós-graduação com mestrado e doutorado, conforme a tabela 3.2. Em relação às religiões das participantes, eram distintas: duas das participantes se identificaram como ateias. Na questão da ocupação entre os membros, todos tinham uma ligação com a área da saúde.

Tabela 3.2 – Participantes do Estudo – Grupo 2

Nome	Sexo	Idade	Nº de filhos	Ocupação	Religião	Escolaridade
Rose	F	34	3	Médica	Ateia	Superior Completo
Patrícia	F	28	1	Agente Comunitária em Saúde	Cristã	Superior Completo
Carlota	F	37	1	Psicóloga	Católica	Pós-graduação
Bertha	F	62	3	Docente	Espírita	Pós-graduação
Dilma	F	39	2	Professora de Dança – Psicóloga	Ateia	Pós-graduação

Entre os tipos de partos vividos:

- Rose faz parte grupo desde o ano 2013, classe média, médica, teve um parto normal hospitalar e um parto normal domiciliar;
- Patrícia faz parte do grupo desde o ano 2015, classe média baixa, ACS, teve um parto normal hospitalar;
- Carlota faz parte do grupo desde o ano, 2015, classe média, psicóloga, teve um filho de cesariana;
- Bertha faz parte do grupo desde 2013, classe média alta, docente e enfermeira obstetra, teve três filhos de parto normal hospitalar;
- Dilma faz parte do grupo desde 2014, classe média alta, Professora da técnica Klauss Vianna – psicóloga e doula, teve uma cesariana e um parto normal domiciliar.

Entre as participantes e o participante do estudo, as classes sociais variaram entre classe média baixa e classe média alta, tendo grades diferenças entre o poder aquisitivo dentro do próprio grupo. O que se nota entre os membros é o alto nível de escolaridade, o que pode ser um facilitador para ter acesso à discussão sobre o modelo de assistência obstétrica e a necessidade de humanização do parto e nascimento.

3.8 O CONTEXTO DOS GRUPOS E A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

Conhecer o contexto dos grupos é fundamental para compreender as trajetórias e dificuldades vividas pelos seus membros; assim, pretendo demonstrar um pouco do panorama obstétrico nas cidades dos grupos estudados.

Para preservar o sigilo do Grupo 2, não irei informar o nome de sua cidade, pois isso facilitaria a sua identificação, além do sigilo de seu local ter sido uma condição para a realização da pesquisa. Como o Grupo 1 fica localizado na cidade de São Paulo, onde existem inúmeros grupos, isso dificultaria a sua identificação.

Tabela 3.3 – Tipos de Parto, no ano de 2015, na cidade do Grupo 2 (interior de São Paulo)

Local de Nascimento	Normal	Cesariana	Total
Hospital	6830	15593	22423
Outros Estabelecimentos de Saúde	4	1	5
Domicílio	82	0	82
Outros	6	0	6
Total	6922	15594	22516

Fonte: Fundação SEADE – tipos e locais de parto no ano de 2015, São Paulo, 2017.

Na consulta realizada na Fundação SEADE, conforme a tabela 3.3, podemos perceber que o número de cesarianas no município é mais que o dobro de partos normais, que representam 30,33% dos nascimentos da cidade; já as cesarianas atingiram 69,25% do total de partos, superando a média nacional. Sobre os locais de nascimento, 99,58% dos partos ocorreram em hospitais, os partos domiciliares representaram 0,36% dos partos e, por último, nos outros estabelecimentos de saúde, somente 0,02% do total.

Segundo dados do Tabnet¹², no ano de 2015, a rede de assistência ao parto no SUS era composta de apenas três hospitais com uma estrutura tradicional de Centro Obstétrico. A cidade do Grupo 2 é muito carente em relação à oferta de locais de nascimento humanizado, não existem CP e nem CPN, fato que pode contribuir para o elevado número de cesarianas na cidade.

¹² Aplicativo que permite tabular informações da base de dados DATASUS no âmbito do SUS.

De acordo com a Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015, do Ministério da Saúde, os CPN são estabelecimentos de saúde que prestam assistência à gestação de baixo risco, que podem ficar dentro dos hospitais ou nas imediações (BRASIL, 2015). Estabelecimentos de saúde como as CP e os CPN são fundamentalmente conduzidos por enfermeiras obstetras e obstetrizes; esses locais fortalecem o ethos profissional dessa categoria, além de contribuir para uma rede de cuidado efetiva para gestantes de risco habitual (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

O gráfico 3.1 representa a enorme diferença entre os números de partos normais e cesarianas nessa cidade.

Gráfico 3.1 – Tipos de parto na cidade do Grupo 2 no ano de 2015

Fonte: Fundação SEADE – tipos de parto no ano de 2015 na cidade do Grupo 2.

“[...] não tinha uma opção de hospital pra mim [...]” (Dilma – Grupo 2).

O relato de Dilma representa a falta de oferta de locais de nascimento ditos humanizados em sua cidade. Em seu primeiro parto, ela viveu uma cesariana indesejada em um dos hospitais da rede pública.

Na consulta à tabela 3.4, podemos perceber que o número de cesarianas no município é maior do que o número de partos normais, que representam 43,38% dos nascimentos da cidade; já as cesarianas atingiram 56,06% do total de partos, estando muito próximas da média nacional, que no ano de 2015 era de 56,7% dos partos. Sobre os locais de nascimento, 99,45% dos partos ocorreram em hospitais,

os partos domiciliares representaram 0,31% dos partos e, por último, nos outros estabelecimentos de saúde, somente 0,11% do total.

Tabela 3.4 – Tipos de Parto, no ano de 2015, na cidade de São Paulo

Local de Nascimento	Normal	Cesariana	Total
Hospital	85815	110890	196720
Outros Estabelecimentos de Saúde	218	44	262
Domicílio	629	0	629
Outros	152	10	164
Total	86825	110948	197796

Fonte: Fundação SEADE – tipos e locais de parto na cidade de São Paulo no ano de 2015, São Paulo, 2017.

Embora o número de partos domiciliares seja maior na cidade de São Paulo do que na cidade do Grupo 2, a proporção na cidade do interior com a taxa de 0,36% de partos domiciliares é ligeiramente maior do que a da cidade de São Paulo com 0,31% dos nascimentos. Esse dado me permite questionar se isso ocorre devido à inexistência de locais ditos humanizados como os CPN e CP na cidade do Grupo 2, diminuindo a opção de escolha de local de nascimento.

O gráfico 3.2 representa o número de cesariana e os números de partos normais na cidade de São Paulo, que estão longe das recomendações da OMS, em que a porcentagem máxima de cesarianas não deve ultrapassar os 15% dos partos.

Gráfico 3.2 – Tipos de parto na cidade de São Paulo no ano de 2015

Fonte: Fundação SEADE – Tipos de parto no ano de 2015 na cidade de São Paulo.

A questão do parto domiciliar assistido por profissionais diplomados no Brasil já existia antes da consolidação do MHPN, porém eram alguns profissionais isolados que prestavam esses cuidados (DINIZ, 2005; TORNQUIST, 2004). Com a fundação da REHUNA na década de 1990, consolidou-se o MHPN no Brasil, mas a ampliação do movimento no país ocorreu no início dos anos 2000 com a expansão do uso da internet (CARNEIRO, 2011).

Relacionando a expansão do MHPN, que promoveu valorização e a possibilidade de novas formas de parir, com o gráfico 3.3, percebe-se o crescimento do número de parto domiciliares na cidade, que saiu do total de cinco partos domiciliares no ano de 2004, para 82 partos no ano de 2015. Claro que ainda a porcentagem desse tipo parto é muito pequena, mas esse crescimento, possivelmente, está relacionado com um novo conceito de parto estabelecido entre os adeptos do MHPN, divulgado por meio da criação de grupos de apoio ao parto humanizado e a disponibilidades de profissionais que prestam esses cuidados.

Gráfico 3.3 – Número de partos domiciliares entre os anos de 2004 e 2015 na cidade do interior do Grupo 2

Fonte: Fundação SEADE – Partos Domiciliares entre os anos de 2004 a 2015 na cidade do Grupo 2.

“Mesmo pra parto domiciliar não tinha muito uma opção e não tinha ninguém aqui na cidade” (Dilma – Grupo 2).

Dilma comenta que no fim dos anos 2000, época em que ela estava grávida de seu segundo filho e planejava um parto domiciliar, não havia profissionais que trabalhavam com parto domiciliar em sua cidade.

Já na cidade de São Paulo, o número de partos domiciliares dobrou, comparando o ano de 2004 com 309 partos com o ano de 2015 com 629 partos domiciliares, conforme o gráfico 3.4. Assim como na cidade do interior, também relaciono o crescimento desse tipo de parto com o MHPN, embora a curva de crescimento tenha sido menor. Penso que isso pode ter acontecido, pois a população dessa cidade já tinha acesso a esse tipo de parto anteriormente às cidades do interior.

Gráfico 3.4 – Partos domiciliares na cidade de São Paulo entre os anos de 2004 e 2015

Fonte: Fundação SEADE – Partos Domiciliares entre os anos de 2004 a 2015 na cidade de São Paulo.

“Então tinha a [Enfermeira Obstetra] e a Médica, que foi quem a gente contratou, elas estavam atendendo alguns partos aqui [na cidade]. [...] No parto quem não veio foi a parteira, a Médica estava num outro parto em São Paulo, ela tentou falar com outra pessoa, mas ela não podia vir e eu em trabalho de parto”
(Dilma – Grupo 2).

Considerando o acesso ao parto domiciliar na cidade de São Paulo, Dilma confirma que já havia esses profissionais nessa cidade, o qual ela teve que contratar

em São Paulo para ir até a sua cidade assistir o seu parto, o que na sua história acabou não funcionando, pois a médica estava atendendo outro parto.

A questão de as variáveis econômicas interferirem nos processos de parto e nascimento implica uma questão ética na qual existe uma grande diferença entre as taxas de cesarianas entre as classes sociais, assim como a falta de acesso a um parto normal pautado no respeito à mulher (TSUNECHIRO; OSAVA; OGUISSO, 2010).

O contexto da assistência obstétrica dos grupos é baseado ainda em um modelo hospitalocêntrico, indo de encontro ao paradigma tecnocrático da atenção ao parto, marcado pelo o excesso de intervenções. Esses grupos estudados representam uma forma de resistência e de luta para a ampliação da oferta de cuidados humanizados para as mulheres, crianças e suas famílias no âmbito do SUS.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A MILITÂNCIA E OS CONTEXTOS DE CUIDADO

4.1.1 Como se tornou militante

“A humanização é um bichinho que pica e depois não tem mais volta”
(Patrícia – Grupo 2).

Entre as participantes, viver a experiência de uma assistência humanizada é um gatilho para se tornar militante. Como na fala da Patrícia, esse “bicho que pica” as leva a dedicar parte de sua vida para propagar a humanização do parto e nascimento.

“Quando eu percebi que tinham várias mulheres envolvidas na humanização, foi praticamente automático, eu passei a minha gravidez inteira lendo muito sobre o assunto” (Celina – Grupo 1).

“Quando eu comecei a pesquisar as coisas eu já estava nessa militância só que perdida, depois quando fui conhecendo outros grupos eu fui entendendo o que estava acontecendo, mas no princípio foi bem solitário, depois quando eu conheci os grupos eu me achei no movimento” (Nísia – Grupo 1).

Quando essas mulheres descobriram que existiam outras pessoas envolvidas com a humanização, integraram-se ao movimento participando dos grupos com os quais mais se identificavam.

Os militantes do MHPN não são muito numerosos, mas são capazes de provocar mudanças, são cidadãos que atuam em universidades, órgãos públicos e hospitais (TORNQUIST, 2004).

“Eu vim com essa ânsia, essa necessidade de militar, de fazer alguma coisa voltada pro SUS, pela a minha vivência como usuária do SUS eu achei muito gritante a carência das mulheres elas não sabiam nem o que era um ultrassom” (Celina – Grupo 1).

Quando Celina cita que as mulheres não sabiam o que era um ultrassom e que ela tinha a necessidade de militar e informar a essas mulheres, evidencia-se que propagar a humanização está atrelado ao conceito do que é humanizar, é também munir as mulheres de informações.

“Então vocês olham para aquela situação e pensa o que que eu posso mudar naquela realidade? Essas mulheres estão sofrendo elas não merecem!” (Bertha – Grupo 2).

A realidade obstétrica que Bertha comenta refere-se à situação de violência e vulnerabilidade que as mulheres sofrem nas instituições de saúde.

Devido às representações negativas acerca do parto hospitalar na perspectiva das mulheres e dos profissionais de saúde sobre ao modelo obstétrico, cria-se uma luta por mudanças por um parir diferente (CARNERO, 2015).

“Eu achava que aquilo não era natural, porque eu sou nova, eu tenho condições de ter um parto normal, porque que eu não posso ter? Frente a esses questionamentos eu fui buscando informações, assim eu cheguei no movimento por uma necessidade pessoal” (Celina – Grupo 1).

Essa “necessidade pessoal” remete à ideia de que para as mulheres brasileiras conseguirem ter um parto normal elas necessitam de informações, pois a lógica obstétrica vigente está pautada na intervenção, em que existe mais cesarianas do que partos normais.

“Depois que o bebê nasceu eu fiquei com aquela impressão de que é aquilo mesmo, então eu quis sair humanizando tudo!”
(Patrícia – Grupo 2).

Vivenciar uma experiência positiva com um parto normal pode também servir como gatilho, como nas palavras de Patrícia: “sair humanizando tudo”. Semelhante à fala de Bertha que refere que luta por menos intervenções no parto.

“Desde que eu tive os meus filhos, eu já luto por um parto com menos intervenção” (Bertha – Grupo 2).

“Eu fiz ginecologia e obstetrícia, e percebi na graduação um parto extremamente intervencionista, quase a mesma coisa que agora. Para mim essa lógica intervencionista não mudou desde aquela época.” (Bertha – Grupo 2).

Bertha amplia sua visão em relação ao parto tanto em sua experiência de parto quanto em sua formação, a qual se refere na época “extremamente intervencionista”.

“O fato de eu ter tido uma cesárea foi um chacoalhão, com isso eu percebi que o buraco é mais embaixo, não basta querer um parto normal e confiar nesse sistema que está aí, porque esse sistema não vai proporcionar o parto normal, para você conseguir você tem que brigar um pouquinho mais” (Dilma – Grupo 2).

Por um lado, a experiência positiva com o parto motiva essas mulheres, por outro, a experiência negativa, nesse caso a cesariana vivida por Dilma, também as motiva a se tornarem militantes.

Na última década no Brasil, parte das mulheres insatisfeitas com experiência de uma cesariana buscam dentro do MHPN, principalmente nas redes sociais,

trocas de experiências e evidências científicas acerca das reais indicações de uma cesariana (SALGADO et al., 2013).

“A gente sabe que tem muitas pessoas insatisfeitas e enquanto tiver uma maternidade que não atenda bem, haverá pressão popular para mudanças e é isso que me anima” (Rose – Grupo 2).

A insatisfação é o que move os militantes em suas ações, referida por Rose com a ausência de locais humanizados para parir como CPN ou CP em sua cidade, ou até mesmo uma maternidade que preste serviços desrespeitosos.

“Quando eu vejo meus alunos indignados com a situação eu vejo que estou no caminho certo. Sozinho você não consegue ganhar da hegemonia médica, então o que você tem de fazer é fortificar os alunos com evidências científicas passando informações corretas. Se a gente consegue passar para os nossos alunos vamos formando um batalhão de pessoas nessa linha, os alunos são o futuro que vão passando adiante” (Bertha – Grupo 2).

As “boas práticas”, de acordo com Bertha, consistem em uma assistência baseada em evidências científicas representando a força da Enfermagem e da Obstetrícia para justificar suas ações. Em sua estratégia, a formação de alunos insatisfeitos com o panorama obstétrico atual, referenciando suas ações em evidência científica, é a chave para uma assistência respeitosa.

“Na minha licença maternidade a minha vida era mexer nas redes sociais militando nos grupos virtuais. Através das redes eu encontrei muita gente da minha cidade mobilizada, mas algo que me incomodava era que faltava um debate pela política pública. A maioria das pessoas pensavam em uma militância voltada para o âmbito privado, não tinha esse olhar de uma

política pública, então eu me sentia um pouco sozinha nessas discussões” (Rose – Grupo 2).

A crítica que Rose faz sobre a falta de militância pela humanização no SUS mobiliza os dois grupos do estudo, uma busca de humanização acessível para todos e todas. Muitas pessoas envolvidas no MHPN trabalham ou militam, em sua maioria, por partos domiciliares, doulagem, serviços predominantemente privados, portanto as pessoas desses grupos militam por uma perspectiva voltada para o SUS.

4.1.2 A importância dos grupos para a humanização

Na formação do MHPN, surgiram diversos grupos espalhados pelo Brasil, em formatos e objetivos distintos, mas com um objetivo em comum de mudança do paradigma obstétrico atual. Alguns grupos trabalham mais com a parte informativa, grupos de apoio, outros militam na esfera de política de saúde e também na garantia de direitos.

“O Grupo 1 nasce aqui Lidiane, nasce no parto, porque não é possível eu viver essa experiência e não contar isso para o mundo inteiro ouvir” (Mietta – Grupo 1).

Ter a experiência de viver um parto de uma forma respeitosa e positiva motivou Mietta, assim como vários outros militantes do MHPN. Esse “bichinho que pica”, a humanização, é a motivação do Grupo 1, como um grupo de apoio às mulheres e à família.

Para Carneiro (2012), trocar essas experiências no grupo é tornar público aquilo que era de uma esfera individual, podendo ser uma espécie de pagamento de uma dívida com a sociedade para que as gestantes usassem essas informações e usufríssem.

“Nosso evento lotou e com isso a gente percebeu que nós podíamos” (Bertha – Grupo 2).

O evento realizado pelo Grupo 2, que teve diversos participantes, fortaleceu o grupo e deu a motivação para continuar lutando pelas políticas públicas para a população de sua cidade.

“Eu percebia muitas mulheres de classe social alta ou média que militavam por partos em casa, enfim que militavam por uma assistência humanizada, mas que a assistência humanizada não é pra todos né” (Celina – Grupo 1).

Como Celina disse, existem muitos grupos do MPHNP que são grupos de apoio e fornecem grupos de gestantes, mas que têm um caráter voltado para o parto domiciliar ou parto com equipes particulares, sendo acessíveis apenas para a classe média ou classe média alta. De acordo com o interesse de um parto humanizado para todos, o Grupo 1 e o Grupo 2 baseiam o seu trabalho em uma militância voltada para o SUS.

A questão da elitização do movimento foi percebida no trabalho de Tornquist (2004), que percebia que a maioria dos participantes do MPHNP era de camadas médias; já no trabalho de Carneiro (2012) se apresenta uma configuração mais diversificada de pessoas que se interessam por esse tema, o que justifica grupos com uma formação mista com o foco na militância no SUS.

“A gente quer levar um parto mais respeitoso para o SUS, o objetivo do grupo é levar um parto mais respeitoso, com menos intervenção, ou seja, menos violência para a mulher no SUS, esse é o nosso foco” (Bertha – Grupo 2).

O foco desses grupos é de que as mulheres tenham acesso a um serviço humanizado dentro SUS, como um parto respeitoso e com menos intervenções, expandindo a oferta desses serviços em suas cidades.

Os grupos de ativistas são uma forma organizada de resistência à maneira que o parto é conduzido em hospitais, de acordo com suas estratégias é criada uma espécie de autodefesa na instituição (MARTIN, 2006).

“Eu me aproximei do Grupo 2, porque tinha uma reflexão com o SUS, eu não sei se já tinha desde o início do fórum, mas esse grupo que eu tenho contato hoje em dia foi quem fez o curso de doula comunitária, um grupo de pessoas que se encontram mensalmente, que se preocupam com a criação da casa de parto, tem uma pegada mais política pra todo mundo” (Carlota – Grupo 2).

“Sempre teve essa coisa na minha cabeça, mas e a humanização no SUS? As mulheres que chegam nos grupos são mulheres que a maioria tem plano de saúde e tem condições de pagar o parto, eu acho que essas mulheres são importantes, acho que a militância para essas mulheres são importantes também, mas pra mim sempre fica faltando esse outro lado, eu quero isso para todas as mulheres, eu quero no serviço público” (Dilma – Grupo 2).

A autora Tornquist (2004) estuda a REHUNA e define esse grupo como uma porta de acesso ao movimento, formando uma teia, sendo que, para ingressar no grupo, é muito mais importante a adesão ao ideário da humanização do que a participação formal.

Como na REHUNA, definido por Tornquist (2004), o Grupo 2 tem uma organização semelhante, uma participação mais livre. No Grupo 2, seus trabalhos rompem com a idealização que Carlota comenta da militância focada em serviços particulares, algo que as participantes consideram importante, contudo o objetivo do grupo é a “política para todo mundo”.

“A experiências trocadas nos grupos de apoio influenciam muito na hora de parir. Tem um efeito psicológico, é por isso que eu acho importante esses grupos, as mulheres se apoiam muito” (Celina – Grupo 1).

Embora as participantes estejam nesses grupos hoje em dia, elas já participaram de outros grupos de apoio, principalmente dos grupos virtuais. Celina comenta a importância desses grupos durante a maternidade, como um apoio psicológico.

Esses grupos nesse formato de apoio à maternidade me remetem ao trabalho de Campos (2010), que estuda o grupo de Alcoólicos Anônimos em que os participantes podem falar de “suas dores, seus conflitos”; e durante essa troca eles vão formando uma dimensão terapêutica (CAMPOS, 2010, p. 104).

“Foi na internet, grupos de Facebook, vou citar alguns tá: cesárea não obrigada; parto natural. Peguei essas informações desses grupos onde haviam discussões entre mulheres, neles tinham referências de livros, blogs, sites de obstetras, por exemplo, estuda melania. Teve uma hora que eu já estava me achando PHD nessas coisas de tanto que eu lia” (Celina – Grupo 1).

Esses grupos de internet listados por Celina empoderaram as mulheres com informações sobre parto e nascimento, fortalecendo-as ante o serviço de saúde.

Muitas mulheres conhecerem novos modelos de nascimento com as trocas de experiências com os grupos com outras mulheres, baseadas na relação com o MHPN (CARNEIRO, 2012).

“Como todo outro grupo de movimento social tem brigas, tem as panelinhas, mas eu vejo essas mulheres se ajudando muito, por exemplo, rompeu meu tampão o que que eu faço agora? Então vem uma outra e fala - fica calma vai dar tudo certo, se você precisar de alguém eu estou aqui eu moro perto de você” (Celina – Grupo 1).

Essas mulheres compartilham experiências e fortalecem umas às outras: com suas histórias semelhantes, acalmam-se e tornam o parto uma experiência mais

positiva. Segundo Campos (2010), a partilha de informações fortalece a experiência da outra participante, como um sistema de autoajuda.

“Tem umas questões assim que dão uma desanimada nas reuniões dos grupos, por causa dá frustração de saber que tem gente que chega na porta da maternidade e não pode entrar com uma doula, ou não tem médicos e atendimentos de enfermeira obstetras no parto. Os avanços vão caminhando, mas a gente fica frustrado com essas coisas” (Dilma – Grupo 2).

Embora esses grupos sejam uma forma de apoio aos participantes, existem diversas situações que os desanimam, e dessa frustração surgem as estratégias de ação, como a luta pela Lei das Doulas, o apoio das obstetrizes e enfermeiras obstetras na assistência, a valorização de médicos ditos humanizados.

“Quando a gente começou o fórum a gente tinha muitas ativistas que não eram da área da saúde, eram pessoas da comunidade. E esse pessoal trabalha de mais tem uma energia que eu não sei da onde que elas tiram. Então depois eu entendi que sempre no movimento tem o pessoal de frente que são os batalhadores os guerreiros e outros que são os pensantes. Eu acho que eu sou dos pensantes porque eu não tenho aquela coisa de ir lá na frente e brigar” (Bertha – Grupo 2).

Na categoria criada por Bertha, ela divide os militantes entre os pensantes, aqueles que bolam as estratégias de ações com o grupo, e os batalhadores, que são aqueles que lutam de frente em seus discursos e manifestações. Mesmo agindo de diferentes maneiras, as suas contribuições são fundamentais para o grupo.

4.1.3 Formação profissional

“Algo não estava bem” (Bertha – Grupo 2).

A reflexão sobre o modelo tecnocrático de assistência obstétrica é uma percepção de muitos participantes, tanto por aqueles que foram formados nesse modelo quanto para aqueles que são professores.

“Quando eu pensava na obstetrícia eu achava que tinha algo errado, mas eu não sabia identificar o que era. Eu tenho uma história familiar de parto domiciliar, minha mãe teve todos os meus irmãos em casa, então eu não via exposição eu não ouvia grito eu não ouvia nada. Só que quando eu comecei o estágio na minha escola eu via tudo aquilo, mas aquilo tudo pra mim naquele momento era o certo, alguma coisa me incomodava, mas eu não sabia o que era” (Bertha – Grupo 2).

A sofisticação em obstetrícia a transformou em uma fonte de iatrogenia no processo do nascimento, a iatrogenia que é estabelecida na formação dos médicos que são vítimas da complexização do parto e que, às vezes, com as melhores intenções, suas intervenções podem provocar danos a esse processo (PACIORNIK, 1979).

“Nos grupos passaram vários vídeos de partos bonitos, e na minha graduação [medicina] só vi partos feios” (Rose – Grupo 2).

Para Rose, o grupo de apoio a gestantes trouxe uma nova perspectiva de nascimento, durante a graduação ela considera os “partos feios”, partos hospitalares com intervenções, já no grupo eram apresentados partos domiciliares ou partos com poucas intervenções.

Uma pesquisa de Davis-Floyd (1992), que estudou a formação de médicos residentes, comenta que na residência eles vivem a formação do parto normal com a percepção sobre o poder que eles têm em suas mãos; e comparam o sentimento que eles vivem como o sentimento do desastre, em que está em seu poder preveni-lo.

“Nosso estágio era em hospital escola, e a gente tinha um visor enorme e as mulheres pariam com a vulva voltada para o vidro e tinha um bando de gente olhando, então isso eu achava extremamente desagradável, as mulheres naquela posição via um monte de cara no vidro era muita exposição. Eu só pensava algo não estava bem” (Bertha – Grupo 2).

Como na formação de Rose em medicina e na formação de Bertha em enfermagem, o parto durante a graduação estava associado a figuras negativas, estando ligado à falta de privacidade, passividade das mulheres, ao corpo feminino como um objeto.

Como consequência da humanização da assistência, estão sendo promovidas algumas mudanças nos espaços físicos das maternidades, promovendo a privacidade e a inclusão das famílias (ROCHA, 2010).

“Eu tive meus filhos na década de 80 todos acocoradas e foi um escândalo no hospital, um hospital terciário uma professora da faculdade teve parto acocorado” (Bertha – Grupo 2).

O parto acocorado, parto de cócoras, representa uma quebra de paradigma dentro do hospital, alterando não só a posição de parto como a postura da mulher deixando de ser parturiente passiva em uma posição litotômica, para uma mulher com postura ativa ante o seu parto. Outro marcador importante na fala de Bertha é a questão da sua classe profissional como uma professora universitária parindo da mesma forma que as índias.

O autor Moysés Paciornik, que desenvolveu um trabalho observando os partos de cócoras das índias, define que o processo de ter o parto deitado foi uma

construção histórica, analisando registros nos quais havia cadeiras obstétricas desde o Egito antigo, pois as mulheres da aristocracia eram sedentárias e obesas, impedindo-as de ter um parto acoradas, além de a posição de cócoras estar associada às mulheres mais pobres que lavavam roupas na beira do rio. Em 1700, o médico Mauriceau estabeleceu a moda entre a nobreza francesa de ter o parto em decúbito dorsal, posteriormente ele se alastrou por todas as sociedades ditas civilizadas (PACIORNIK, 1979).

“A gente sempre achava que a gente estava errada, até que começaram a aparecer as evidências científicas, revisões Cochrane e isso se tornou o nosso trunfo, a gente pôde fundamentar nossas ações e as nossas falas com as evidências” (Bertha – Grupo 2).

Na sociedade, o modelo biomédico, a ciência baseia-se na cura, sendo consequência da tecnologia e nas instituições, estabelecendo a supremacia da instituição sobre o indivíduo (DAVIS-FLOYD, 1992).

As evidências científicas, segundo Bertha, fundamentam as ações que se contrapõem ao modelo tecnocrático estabelecido em sua formação. Essas evidências fortalecem ainda mais práticas ditas humanizadas, assim como a inserção de obstetrizas e enfermeira obstetras na assistência, rompendo com noção de o parto ser um ato médico.

“A gente sempre fundamenta as nossas falas e as nossas aulas de enfermagem em revisões sistemáticas em evidências científicas, porque é a nossa força. Os alunos da medicina não aprendem com os professores, eles aprendem com os preceptores, aprendem com outros residentes e aprendem com os outros médicos contratados, essas pessoas tem seus vícios e suas manias. Já os alunos de enfermagem nunca ficam sozinhos, eles sempre ficam comigo, então tem essa grande diferença e eu fundamento nossas ações, nossa fala, nossa prática em cima das evidências. Alguns médicos falam eu

tenho 30 anos de experiência, mas trinta anos é o menor nível de evidência que existe” (Bertha – Grupo 2).

Comparando as duas formações, medicina e enfermagem, Bertha destaca que os estagiários de enfermagem possuem o acompanhamento de um docente, que está associado a um apoio fundamentado em evidências científicas, já os médicos residentes são acompanhados por outros médicos com seus “vícios” e com suas experiências profissionais.

“Quando eu fui pra Inglaterra ainda não tinha o curso de Obstetrícia aqui no Brasil, então pra mim era uma coisa muito interessante ter a midwives as obstetrizes, e que elas eram responsáveis pelo acompanhamento e pelo atendimento dos partos de baixo risco. Eu senti uma diferença de abordagem, de paradigma de formação, não que elas sejam supernaturais, não que seja tudo lindo, mas só o fato de serem obstetrizes que atendem os partos e as gestações de baixo risco, isso já foi incrível pra mim” (Dilma – Grupo 2).

As vivências de Dilma com as obstetrizes da Inglaterra destacaram a diferença de formação e perspectiva desse tipo de profissional em relação às gestações, embora ela relate que as profissionais não supernaturais ainda assim têm uma formação diferenciada.

A formação médica é vista como um ritual de passagem, em que o princípio da formação de um novo médico é torná-lo um indivíduo diferente do qual ele vai tratar. Esse ritual valoriza a distância e a diferença entre pessoas e pacientes, devido à formação ser baseada na filosofia cartesiana de separação de corpo e mente, dificultando a interação entre indivíduos, pois ele trata apenas o corpo (DAVIS-FLOYD, 1992).

As obstetrizes possuem uma formação que permite que a fisiologia atue no processo de nascimento. Essas profissionais têm em sua formação os princípios da humanização baseando-se no respeito e empatia (MERIGHI; GUALDA, 2009).

4.1.4 Relação entre os profissionais de saúde e a gestante

Entre as participantes, tivemos experiências positivas e negativas sobre a relação entre as mulheres e os profissionais de saúde, tornando-se uma peça-chave para a humanização da assistência.

“Todo o meu pré-natal foi feito pelo SUS e eu tive uma discordância muito grande com a médica que me atendeu, porque ela achava que a minha escolha pelo parto normal era errada, [...] quando eu disse pra ela – olha me falaram sobre uma casa de parto e é lá que eu quero ter o meu filho, ela bateu a mão na mesa e disse você é louca se o seu filho morrer a culpa é sua!” (Celina – Grupo 1).

A agressividade e a violência são notadas por essas mulheres desde o pré-natal, sendo agredidas verbalmente pela sua opção pelo parto normal em uma CP. Violência obstétrica são diversas formas de violência durante o cuidado obstétrico, podendo ocorrer na forma de agressões: físicas, psicológicas, intervenções sem o consentimento ou sem base científica para a sua realização (TESSER et al., 2015). A estimativa, segundo a fundação Perseu-Abramo, é de que uma em cada quatro mulheres no Brasil sofreu violência obstétrica.

“Eles [médicos] não têm muito pudor pra mentir, porque eles sabem que eles estão mentindo não é possível não sei, eu acho que tem uns que mentem com tanta veracidade que eu acho que eles acreditem mesmo” (Nísia – Grupo 1).

Nísia comenta que os argumentos para a realização de uma cesariana sem uma indicação clínica são baseados em mentiras para as mulheres e que alguns dos médicos podem até mesmo acreditar nessas indicações, devido a sua formação profissional.

Segundo Helman (2009), a interação entre médicos e pacientes consiste em uma relação separada por diferenças de poder, baseada na classe social, etnia,

idade e gênero, podendo influenciar o cuidado. Para que a relação obtenha sucesso, é necessário que as partes estejam envolvidas no cuidado.

“Aquele papo de levar a gente no ‘banho-maria’ até o final da gestação, e ele acabou fazendo uma cesárea... ele se aproveitou de algumas dúvidas que eu tinha”. (Nísia – Grupo 1).

Ao invés de sanar suas dúvidas, o médico alimentou o seu medo em busca da praticidade de realizar a cesariana. Segundo Nísia, o médico se aproveitou de seu desconhecimento para a realização da cirurgia.

No Brasil, existe um excesso de cesarianas, sendo mais prevalente no setor suplementar; ocorrendo pelo ideário das pessoas de medicalização em que a cesariana é uma intervenção segura (TESSER et al., 2015).

“Eu tive que me informar sozinha, o apoio profissional foi ruim porque eu chegava no consultório eu não podia me abrir para esse profissional e dizer olha eu estou com medo” (Celina – Grupo 1).

O apoio profissional durante o pré-natal é fundamental para uma gestação, parto e puerpério saudáveis, mas muitas dessas mulheres sentem que não são apoiadas nesse momento.

“As pessoas não são burras, não aceitam mais qualquer coisa que o médico fala, pois quando ela olha na internet onde elas encontram as evidências científicas, sendo que é por isso que elas procuram os médicos é por conta da ciência, senão elas procurariam as parteiras. O conhecimento das mulheres é o maior controle social” (Rose – Grupo 2).

O controle social que Rose cita envolve o acesso às informações e às evidências científicas, que modica o lugar da mulher de paciente para cliente com direito a escolhas.

“Eu fui morar na Inglaterra e engravidei por duas vezes, eu tive duas perdas, dois abortos... na primeira consulta no meu DIPI, o centro de saúde do meu bairro, eu fui atendida por uma midwife [obstetriz], ela que ia fazer todo o meu acompanhamento do meu pré-natal. Nesse momento eu vi já a diferença de um atendimento feito por uma obstetriz do atendimento da médica que me atendeu no Brasil, mesmo sendo uma médica que era a favor do parto normal...era incrível a diferença. A midwife ficou uma hora conversando comigo, coisa que a minha médica fazia aqui também, mas que eu não tive acesso no serviço público, o que eu tive no serviço público aqui era medir pressão, a barriga, pesar e era só isso. A obstetriz conversou um tempão comigo, não me pesou não me examinou, ela ficou me perguntando também do meu parto, da gestação da minha filha, mais da gestação, não tanto do parto, a preocupação dela era de eu ter o filho aqui, tinha toda uma preocupação integral da pessoa que estava ali grávida, pra mim isso foi muito diferente” (Dilma – Grupo 2).

O interesse por seus sentimento e contexto social foi uma preocupação além dos exames e dos dados antropométricos. Apresentando para Dilma uma atenção integral, coisa que recebeu apenas dos profissionais contratados particularmente; no SUS, infelizmente ela não recebeu essa atenção.

Em países nos quais atuam as obstetrizes e as enfermeiras obstetras, as taxas de cesáreas e números de intervenções diminuem. O modelo de cuidado das *midwives* permite um cuidado contínuo e personalizado, aprimorando a humanização da assistência (NORMAN; TESSER, 2015).

“A gente chegou na Casa do Parto era 3:30 da tarde eu ainda não estava em trabalho de parto ativo, e a Maria Cristina virou e falou pra mim: ‘olha, flor, você está com 3 de dilatação não tem mecônio, tá transparente o líquido, a Maria tá bem, tá tudo certo, você podia ir pra casa’. Aí eu falei – Maria Cristina, eu não consigo ir pra casa caralho! Então vamos combinar uma coisa se você não parar de xingar eu vou ligar um CD evangélico porque não dá, esses palavrão não dá” (Mietta – Grupo 1).

Na assistência ao trabalho de parto, Mietta viveu uma imposição de valores pela enfermeira que a acompanhava, propondo que seria ligado um CD evangélico para coibir seus palavrões.

“Eu cheguei lá e ela falou: ‘você tem um dedo de dilatação, muito pouquinho assim a gente não pode te deixar aqui’; e aí eu expliquei a minha situação pra ela: ‘olha a minha mãe e o meu pai é que estão comigo aqui e se eu começar a sentir dor em casa eles vão me levar pra um hospital’; aí elas falaram: ‘então a gente vai te internar, a gente vai te admitir agora e você vai passar o trabalho de parto aqui com a gente’. Isso já foi uma diferença, ela entendeu uma singularidade minha naquele momento, eu não sei se aquilo era um protocolo delas, mas acabaram quebrando essa regra pra me atender” (Celina – Grupo 1).

Já a experiência no SUS para Celina foi positiva pelo cuidado adaptado a suas necessidades, pois as enfermeiras responsáveis pela CP compreenderam sua dificuldade familiar e a admitiram para fazer o acompanhamento do trabalho de parto.

A essência do cuidado nas CP baseia-se no cuidado centrado à pessoa com uma preocupação voltada a suas questões pessoais. Formando uma interação entre profissional e gestante, uma relação de troca e respeito (HOGA, 2004).

“Quando eu cheguei no centro cirúrgico, tinha um residente de anestesia. Ele veio conversar comigo e eu falei pra ele que eu ia precisar muito dele, que eu não ia dar conta de passar por aquilo sozinha. Então ele falou calma que o anestesista chefe vem conversar com você... ele pegou na minha mão e disse para mim eu sei que você é do movimento do parto, eu sei pelo o que você luta e eu imagino o quanto deve estar difícil estar aqui agora, mas não tem jeito, não tem mais o que fazer, a gente precisa te abrir a gente só consegue te ajudar se te abrir pra ver o que está acontecendo aí dentro, não tem mais o que possa ser feito sem te abrir. Ele estava do meu lado o tempo todo me monitorando, então isso é humanizar um serviço” (Mietta – Grupo 1).

A postura do médico residente foi a de compreensão e empatia pela situação de Mietta. Uma postura em que mesmo na necessidade de uma grande intervenção, seu apoio e profissionalismo foram fundamentais para ela.

De acordo com Merhy (1998), as relações de vínculos entre profissionais e usuários se estabelecem em encontros entre duas pessoas, havendo momentos de falas e escutas, criando momentos de cumplicidade para a enfrentamento do problema.

“A obstetriz ia mudar o plantão, fiquei 11 horas em trabalho de parto, e elas iam mudar o plantão, mas ela escolheu não ir enquanto eu não parisse, ela ficou comigo até o final porque a gente criou um vínculo. Seria muito ruim se você está quase parindo e de repente a obstetriz bate o cartão e sai” (Celina – Grupo 1).

É o rompimento com a burocracia que Celina descreve, quando mesmo tendo acabado seu plantão, a obstetriz permanece para realizar o parto, fortalecendo o vínculo entre elas.

O respeito mútuo envolve uma complexa negociação tanto do aspecto pessoal como a estrutura social (SENNETT, 2004). A relação de respeito descrita por Sennett considera tanto os aspectos pessoais, o vínculo entre a obstetriz e a gestante, quanto como a estrutura social, o plantão de 12 horas na CP. A ação da obstetriz de ficar com a gestante até o final promoveu o respeito ao parto e à mulher.

“Eu tinha indicação pra tomar dois remédios e eu poderia tomá-lo tanto por via oral, como na injeção, um era na injeção e outra na via oral e ela trouxe os dois na injeção, porque pra ela era mais fácil, mas para isso ela teria que pegar um acesso, aí eu disse eu me recuso eu não tenho estrutura, e aconteceu um bafafá, ai depois a enfermeira chegou, uma enfermeira muito humana que esteve comigo o tempo todo, com ela não tinha problema eu liberava o braço, eu só pedia para ela me deixar respirar e ela deixava, quando eu liberava, respirava e soltava e eu dizia que podia e eu nem sentia, mas com as outras era sempre mais complicado” (Mietta – Grupo 1).

O vínculo proporciona mais conforto e confiança para a realização dos procedimentos, como Mietta relata que com aquela enfermeira ela nem sentia a punção, mas com outras ela não conseguia permitir.

As gestantes que contribuíram para o estudo conheceram diversos contextos, desde médicos do SUS e do setor suplementar, até obstetrizes na Inglaterra, enfermeiras obstetras e obstetrizes do SUS e de CP. O que foi relacionado a um aspecto positivo para o estabelecimento de vínculo foi enxergar o usuário como um ser único e respeitá-lo dentro de suas particularidades. Por outro lado, surgiram aspectos negativos, como indução a intervenções desnecessárias e agressões verbais.

4.1.5 A militância como retribuição à dádiva

No MHPN, existe um fundamento entre os militantes em suas relações de troca de experiências sobre a assistência ao parto e ao nascimento, sejam elas boas

ou ruins. A troca de experiência é uma forma de fortalecer o movimento e mobilizar novos militantes para a causa.

“O Grupo 1 nasce aqui, Lidiane, nasce no parto, porque não é possível eu viver essa experiência e não contar isso para o mundo inteiro ouvir” (Mietta – Grupo 1).

A fala de Mietta, na qual ela conta que o grupo surge como uma necessidade de contar e compartilhar com o mundo sua experiência de parto, remete-me ao trabalho de Mauss (2003) no ensaio sobre a dádiva, que analisa as experiências sociais baseadas em “dar, receber e retribuir”. A construção do Grupo para Mietta foi uma forma de retribuição à sociedade pela dádiva recebida, a experiência de parir.

“A médica que me atendeu ela não tinha uma postura autoritária, ela tinha uma postura de troca, de o tempo todo conversar comigo sobre os procedimentos que iam ser feito, de sentar pra conversar o que eu queria, de me explicar tudo de me dar opção, no sentido de se preocupar mesmo com o meu bem-estar” (Nísia – Grupo 1).

Pensando no ciclo de dar, receber e retribuir, Nísia deu à médica a oportunidade de cuidá-la durante o parto e recebeu dela a assistência, permeando uma relação de troca entre elas.

A troca é a base do respeito mútuo, ela faz o indivíduo se voltar para o outro. (MAUSS, 2003; SENNETT, 2004). A relação entre a médica e a parturiente gerou uma experiência de troca entre elas, em que se criavam opções durante o parto, pautando o atendimento baseado no respeito, como o autor define: o respeito mútuo.

“O Parto humanizado ele me trouxe essa ideia mesmo de familiar, essa ideia de protagonismo da mulher, de você poder participar, poder fazer as suas escolhas de você poder se

informar, para você decidir o que você quer, de poder tomar suas escolhas, de ter poder ali sobre tudo o que estava acontecendo, de você não ser tratada como alguém sem vontade própria” (Nísia – Grupo 1).

Os usuários buscam relações de confiança, em que se cria o vínculo, buscando a compreensão de que seu problema vai ser entendido (MERHY, 1998). O vínculo entre profissionais e pacientes tem grande importância, ocorrendo quando há o reconhecimento do outro como um ser singular, criando confiança e troca, permitindo que o paciente participe do cuidado (CAMPOS, 2004).

“Depois que ele nasceu eu me envolvi mais ainda, principalmente no pós-parto que era uma coisa que me intrigava, então eu entrei no movimento depois que o meu filho nasceu, depois que eu tive o parto eu comecei a militar mais, entrar nos grupos de discussão, aí eu comecei a fazer parte do grupo” (Dilma – Grupo 2).

Durante o estudo de campo, pude perceber a retribuição nesse ciclo em formas distintas. Muitas mulheres que vivem a experiência de ter um parto humanizado tornam-se doulas. Para elas, os cuidados que receberam devem ser retribuídos, e a maneira que elas retribuem para a sociedade é cuidando de outras mulheres como doulas, muitas vezes ocorrendo até de maneira voluntária ou por valores simbólicos.

A troca para essas mulheres é uma experiência de retribuição tão valorada, que mesmo aquelas que não se envolvem no MHPN retribuem por meio de seus Relatos de Parto. Buscando na internet, existem diversos relatos contando a sua experiência tanto positiva como negativa.

Outra maneira de retribuir é participando do MHPN, ou até mesmo de uma forma mais esporádica participando das manifestações. Durante as manifestações como a Marcha do Parto Humanizado, vários bebês usavam camisetas dizendo “eu nasci em casa”; até uma avó que acompanhava a filha e a neta segurava um cartaz que dizia que ela teve uma cesariana, mas a filha tinha tido um parto domiciliar.

Mesmo que sejam participações pontuais, as mulheres e suas famílias retribuem participando dos eventos e trazendo suas experiências.

Partindo do conceito de troca de Sennett (2004), em que a troca é o princípio social de retribuição para a sociedade, o vínculo e a experiência vivenciados no processo de nascimento criam o ciclo de dar, receber e retribuir dentro dos militantes do MHPN e também por aqueles que apenas circularam pela humanização.

4.2 PARTO E NASCIMENTO EM SUAS TRAJETÓRIAS

4.2.1 Desafios para o parto normal

A maioria dos brasileiros nasce por meio de cesarianas, tornando o caminho para um parto normal um processo difícil de ser percorrido, e uma das lutas do MHPN é facilitar o acesso a um parto normal e respeitoso.

“Não é fácil o parto normal, porque tudo você tem que fazer tem que bancar por fora porque nada o convênio cobre” (Nísia – Grupo 1).

O acesso aos profissionais ditos humanizados, a maioria das mulheres depende do pagamento particular, pois grande parte não está vinculada aos convênios médicos. Outra forma de acesso é por meio do SUS, porém existem poucos serviços que disponibilizam esse tipo de atendimento.

“A minha sensação foi que eu fui muito ingênua, para mim era assim: a mulher engravidou ela vai parir naturalmente, fui leiga, porque só quando você está lá que você entende o sistema”
(Carlota – Grupo 2).

O sistema a que Carlota se refere são os desafios de ter um parto normal no sistema complementar. Mesmo com a vontade expressa das mulheres de ter um parto normal, muitas delas são induzidas a uma cesariana.

De acordo com o estudo de Domingues et al. (2014), tanto no setor suplementar como no SUS a proporção de cesarianas foi muito superior ao desejo das mulheres. No Setor privado, os valores para parto normal e cesarianas são semelhantes, porém os obstetras poupam mais tempo em uma cesariana, o que os leva a optar pela cirurgia (PRISZKULNIK; MAIA, 2009).

“Apesar de ter vindo de uma instituição médica bem conservadora, eu tinha uma ingenuidade de achar que na Universidade eu teria um atendimento garantido, da maneira que eu gostaria, que era um hospital público de qualidade e que prezava pelo parto normal, ainda mais com os relatos que eu ouvia dos partos de cócoras e tudo mais. Aí quando... um professor falou assim ‘se você quer um parto humanizado você vai ter trabalho’, ele me falou que eu teria que procurar doulas e grupos para conseguir” (Rose – Grupo 2).

Em ambos os sistemas de saúde, algumas mulheres que buscam o parto humanizado contam com um apoio das doulas nesse momento. Elas fortalecem as mulheres durante a gestação e o parto no processo de parturição, além de indicar locais e profissionais que atendam o parto humanizado.

Conforme a revisão sistemática de Zang et al. (1996), o suporte dado por doulas durante o parto diminui o número de intervenções e aumenta a satisfação das mulheres em relação ao parto.

“A gente vê que a insatisfação é geral, essas mulheres não têm nem o que escolher. Porque elas não vão pensar em pagar a mais que elas já pagam para ter o filho, porque elas já pagam, mesmo que pelo sistema público já pagam o ultrassom que o SUS não cobra, já pagam o carro pra se deslocar, porque o SAMU não pega, já pagam toda a estrutura para ter uma criança, então elas não vão querer pagar por parto nenhum” (Rose – Grupo 2).

Segundo o relato de Rose, os aspectos financeiros para conquistar um parto humanizado é um dificultador para essas mulheres, pois elas já pagam por diversos serviços, e ter que pagar pelo parto é complicado para algumas delas.

4.2.2 Cesariana, a cirurgia naturalizada

“Compreender isso como uma cirurgia naturalizada acho que isso é um problema... no nosso caso agora está um pouco banalizado” (Celina – Grupo 1).

No Brasil, é muito frequente o número de mulheres que são submetidas a uma cesariana, sendo uma cirurgia muitas vezes naturalizada na sociedade. Segundo Carneiro (2015), a cesariana é transmitida socialmente como um procedimento seguro e indolor, sendo em alguns casos a primeira opção de médicos e mulheres.

“Todo mundo falava que eu estava sendo mal-agradecida, porque eu tinha uma filha linda saudável e eu estava bem, e não tinha o porquê eu me sentir daquele jeito, e que eu só tinha que curtir porque aquilo era normal, imagina todo mundo faz cesárea, hoje em dia não tinha mais essa” (Nísia – Grupo 1).

Dentro do modelo biomédico, ter um bebê saudável por meio de uma cesariana pode representar uma graça salvadora na perspectiva em que o recém-nascido é o produto do trabalho de parto, ignorando o sentimento de frustração de algumas mulheres em relação a essa intervenção, por romper com a natureza do nascimento (MARTIN, 2006).

No caso de Nísia, sua família não aceitava o seu sofrimento de ter passado por uma cesariana, ela deveria estar agradecida e só curtir o momento, anulando a sua experiência de nascimento.

Existe um consenso em nossa sociedade de que se mãe e bebê estão bem, o parto foi um sucesso, ignorando a experiência da mulher em relação ao parto,

desconsiderando os meios pelos quais ocorreu o nascimento, perdendo as características daquele evento desejado pela mulher e pela família (SALGADO, 2012).

“Eu não tinha a menor ideia eu tinha 20 anos, a minha família inteira teve filhos por meio de uma cesárea, então para mim era o destino fazer uma cesárea, como é que aquele bebê ia sair daí? De cesárea” (Celina – Grupo 1).

A referência da família influencia na experiência de parto. Como Celina disse, todas as mulheres de sua família passaram por uma cesariana, portanto ela também passaria.

As mulheres no pré-natal sofrem com a carência de informações sobre as boas práticas em saúde, enfatizando os benefícios do parto normal e na sua preparação para conduzirem o seu parto (LEAL, 2014). A cesariana torna-se uma norma quando essas mulheres estão assustadas e com medo da dor de parir (PAGE, 2001). Esse ritual consiste na construção simbólica da nossa sociedade baseada na tecnologia, causando o medo de um processo natural (DAVIS-FLOYD, 1992).

“Quando eu engravidei da minha filha eu sabia que eu estava num momento em que a cesariana era a opção pra maioria das pessoas que eu conhecia, então isso já estava acontecendo, mas para mim eu achava que não ia acontecer, mas eu já sabia que eu estava num contexto que não ia ser simples” (Dilma – Grupo 2).

A obstetrícia brasileira está associada à pressa em realizar o nascimento das crianças, desrespeitando a fisiologia da mulher. Esse controle excessivo do tempo provoca inúmeras intervenções, incluindo a cesariana (LEAL, 2014).

Na observação dessas mulheres, elas percebiam que muitas das mulheres de sua idade passavam por cesarianas e que o acesso para um parto normal era dificultoso, naturalizando a cesariana.

Quando a obstetrícia está majoritariamente controlada por médicos e as enfermeiras obstetras e obstetrizes estão marginalizadas, existe um grande número de intervenções, principalmente altas taxas de cesarianas (WAGNER, 2001).

4.2.3 As práticas em Obstetrícia

Em 1996, a OMS lançou o manual *Assistência ao Parto Normal: um Guia Prático*, no qual classifica práticas que são benéficas e que são prejudiciais. Em conversa com os participantes, muitas dessas classificações são compartilhadas, e ainda foram um pouco além considerando as práticas de acordo com a relação do profissional e da gestante.

“Eu tenho muitos flash durante o meu parto dela [médica] conversar comigo de frente, de olhar no meu olho e falar comigo tudo o que ela ia fazer, como ia fazer, de pedir licença para me tocar, eu fiquei com uma impressão muito boa, de respeito mesmo” (Nísia – Grupo 1).

Nísia destaca como uma boa prática é questão de respeito, essa atitude respeitosa de informar os procedimentos, pedir licença, conversar olhando no olho, ela nem considera o tipo de intervenção que o profissional realiza, mas sim a forma como ele faz.

Os profissionais humanizados modificam sua formação profissional baseados na distância entre paciente e médico, para desenvolver um conceito de sociabilização valorizando o poder entre a interação de médico e paciente (DAVIS-FLOYD, 1992).

“O que eu não considero bom é quando o médico tem essa postura autoritária de fazer os procedimentos sem te consultar, de tomar decisões por conta própria, por interesse ou por conveniência, ignorar a vontade da mulher, ou ignorar a vontade dela expressa no pré-natal de querer um parto normal.

Isso eu considero uma prática ruim, quando a mulher diz que ela não gostaria de passar por uma cesariana ou que não gostaria de ser cortada, e o médico ignorar isso em nome do seu orgulho, de sua autoridade quanto médico” (Nísia – Grupo 1).

Com uma má prática, surge a postura autoritária, em que se intervém sobre o corpo da mulher ignorando suas vontades, tratando o corpo como objeto, a postura de autoridade do médico sobre o parto; e algo que acontece é indução de algum procedimento de acordo com a conveniência do profissional.

A humanização da atenção em saúde é um processo contínuo que demanda reflexão permanente sobre as condutas dos profissionais de saúde para melhor compreender o outro em suas especificidades, criando a empatia no atendimento, além de poder assistir pessoas sem procurar impor valores (BRASIL, 2004).

“Tem muitos profissionais que vão fazer toque, sem avisar que vão fazer toque, vai socando o dedo, eu vejo com muita frequência a pessoa não avisa e vai socando o dedo, a gente que está em torno fala olha dona fulana vão fazer um toque, ou quando eles vão fazer o toque e elas tiram o lençol e faz o toque sem cobrir” (Bertha – Grupo 2).

A falta de privacidade é citada como algo muito frequente nos hospitais. As mulheres são expostas como se ali fosse um ambiente neutro, mas para muitas mulheres isso causa um desconforto. A realização de procedimentos sem o consentimento surge novamente na fala de Bertha, como os toques sem avisos; aquela prática é tão rotineira que parece nem precisar de permissão para os profissionais que trabalham no local.

“Eu fui para o meu segundo pré-natal sabendo que eu não queria uma episiotomia, porque ela poderia me causar alguma lesão, ou me deixar com algumas sequelas, com marcas que eu não queria, eu preferia passar por uma laceração natural do

que ser cortada então e eu preparei termo de recusa para episiotomia” (Nísia – Grupo 1).

A episiotomia é o procedimento cirúrgico mais utilizado na obstetrícia, e comumente é realizada sem o consentimento da parturiente. Assim como Nísia, muitas pessoas do MHPN compartilham a ideia de abolir a episiotomia; e como proposta, muitos desses grupos apoiam as mulheres a realizar um plano de parto anexando o termo de recusa do procedimento. De acordo com o Ministério da Saúde, OMS e as revisões Cochrane, esse procedimento deve ser realizado de maneira restrita e com o consentimento da mulher.

Na pesquisa Nascer no Brasil, o uso da episiotomia ocorreu em 50 % das mulheres estudadas, sendo que entre as primíparas ocorreu em quase 75%. Essa prática foi incorporada no século XX a fim de reduzir o dano da laceração natural e os traumas para o recém-nascido (LEAL, 2014).

“Eu acho que má prática é você fazer procedimentos e não falar porque você vai fazer e para que serve aquilo, ou o que está acontecendo” (Patrícia – Grupo 2).

Para as participantes, a má prática não é caracterizada pela intervenção em si, mas sim de que maneira é realizada. Para elas, são fundamentais o consentimento e a informação sobre os benefícios, malefícios e a sua necessidade naquele momento.

“Para uma amiga minha a médica chegou uma hora e disse que ela precisava de uma episiotomia, ela falou com a parturiente, mas ainda falou ‘se você não quiser eu não faço’. Ela explicou que naquele momento podia ajudar, eu não senti que quando ela teve a postura de falar ‘se você não fizer uma episio seu bebê vai entrar em sofrimento’. Então minha amiga topou e fez isso, não foi uma questão, embora ela fale que hoje em dia talvez ela não deixasse, mas para ela não foi um

procedimento horrível, eu não senti como um grande trauma”
(Dilma – Grupo 2).

Nesse contexto, mesmo a episiotomia sendo uma intervenção crítica, a forma como ela ocorreu não foi percebida como um “trauma” ou uma violência, pois foi consentida, informando a necessidade do procedimento naquele momento.

Para Davis- Floyd (1992), a episiotomia é uma representação social de uma desconstrução da vagina, é uma maneira de nos separar da natureza. Dentro do paradigma tecnocrático, é a afirmação do corpo-máquina, legitimando o conceito de máquina defeituosa pela necessidade de procedimentos cirúrgicos.

“O trabalho da parteira ele é muito simples, o trabalho da parteira é receber o bebê, não tem que fazer mais nada, não tem que fazer epísio, não tem que fazer puxo dirigido, não tem que fazer manobra de Kristeller, ela tem que receber o bebê que vai nascer, porque ele dá aquele pulinho, alguém tem que segurar a cabecinha pra não machucar, acho que é essa a função da obstetriz, é mais do que isso, mas a grosso modo é isso. Não tem que fazer mais nada, a minha força da natureza e a força da natureza do bebê vai fazer com que ela nasça, alguns casos têm algumas distócias que precisam de intervenção, mas é em alguns casos, a natureza é perfeita”
(Mietta – Grupo 1).

Assim como o pensamento de Mietta, para os grupos do MHPN, o parto é algo intimamente ligado à natureza, e as intervenções rompem com o chamado parto natural. O papel da parteira (profissional que assiste o parto) é de intervir apenas quando ocorrer uma distócia, fora isso não deve existir nenhuma intervenção.

Os procedimentos clássicos citados por Mietta se assemelham ao trabalho de Davis-Floyd que analisa a rotina dos procedimentos no nascimento. A autora refere que esses procedimentos são baseados na crença cultural da fraqueza do corpo

feminino e da natureza, validando o patriarcado e a importância das instituições e de suas máquinas (DAVIS-FLOYD, 1992).

Em um simpósio sobre Parto humanizado, ocorreu uma discussão sobre a vontade de intervir durante o parto principalmente no período expulsivo, e umas das participantes que era Médica Obstetra fez uma brincadeira que era sentar sobre suas mãos para não intervir nesse momento e apenas observar a mulher parindo (Notas do diário de Campo).

“E quando eu vejo o profissional aplicando Kristeller e sai sorrindo porque o parto é dela, porque ela tinha ajudado a fazer força” (Bertha – Grupo 2).

A lógica da realização da intervenção é atrelada à ideia de que o corpo da mulher não é capaz de parir. Até mesmo para os profissionais participantes do MHPN, ainda fica o desejo de intervir, por isso a brincadeira de sentar nas mãos.

A lógica de intervir e acelerar aparece nos dados da pesquisa Nascer no Brasil, na qual em cerca de 40% das mulheres de risco habitual há o uso de ocitocina e ruptura artificial de membrana amniótica (LEAL, 2014).

“Eu acompanhei uma mulher num parto domiciliar que a parteira falou: ‘ó a gente pode esperar e não fazer nada, mas você vai correr um pouquinho mais de risco de ir para o hospital ou a gente pode fazer um descolamento de membrana e ver se você entra em trabalho de parto’; então ela decidiu fazer o descolamento e entrou em trabalho de parto, então não tem uma regra se isso é bom ou ruim” (Dilma – Grupo 2).

“Eu acho que eu fui ter noção do que era ter uma episiotomia depois, foi quando eu entrei para militância, quando eu entrei no Grupo 1, então aí a episiotomia ficou mais clara, o que é usar um soro, eu não sei se eu acho que essas práticas são

condenáveis, desde que elas estejam num contexto de necessidade” (Celina – Grupo 1).

Nas conversas com esses participantes, ficam claras algumas intervenções que são mais críticas em obstetrícia, mas o que prevalece sobre o que é bom ou ruim é a forma como foi feito; conforme na explicação de Dilma, não tem regra se é bom ou ruim.

As mulheres do MHPN parecem desejar muito mais um parto que respeite a sua individualidade, ainda que passe por algumas intervenções, do que apenas um parto natural. Elas desejam “o parto e não mais um parto” (CARNEIRO, 2015, p. 301).

“O importante é ela se sentir bem cuidada e respeitada, e isso pode ser a música da Enya para algumas mulheres, e para outras pode ser você ficar o mais longe possível dela observando e não interferir no que ela está vivendo. É claro que existe o básico do que você não vai fazer, por exemplo, não fazer procedimento sem o consentimento da mulher, ou todos os tipos de violência desde tapa, coisas que a gente sabe que acontece, até violência verbal, então isso pra mim isso seria o básico de ter um tratamento respeitoso minimamente” (Dilma – Grupo 2).

“Boa assistência tem que partir do respeito, respeitar a vontade da mulher, esperar, informar. Não é que eu ache que não possa acontecer intervenções, mas que ela seja consentida, seja explicada, no meu parto mesmo aconteceram algumas intervenções, que no meu plano de parto eu não queria que acontecesse, mas tudo foi conversado (Patrícia – Grupo 2).

Conhecer e sentir as vontades e as necessidades da mulher é chave para um atendimento respeitoso, não existe uma receita que tem que ter certos

ingredientes, mas sim diálogo entre o profissional e a mulher. Claro que respeitando critérios básicos como o consentimento e o parto sem violência.

4.2.4 A experiência de cuidado das militantes

O cuidado recebido por essas militantes trouxe experiências boas e ruins que as motivaram na luta do MHPN.

“Você entra na sala, o médico mede sua barriga, mede seu peso, se você está um pouquinho acima do seu peso, fala para parar de comer pão, como se tudo fosse resolvido dessa maneira. E o psicológico dessa mulher e o cuidado que ela vai ter com esse filho, acho que isso é fundamental no pré-natal”
(Celina – Grupo 1).

A crítica ao pré-natal de Celina aponta a falta de acolhimento psicológico na gestação, quais são os medos e os anseios, como a família e ela recebem aquela gestação, a preparação da mulher para o parto e para o puerpério. O pré-natal destaca apenas os aspectos qualitativos, como medição da pressão arterial ou peso e Índice de Massa Corpórea (IMC).

A experiência de mulheres brasileiras acerca do pré-natal apresenta fragilidades no quesito da humanização, integralidade e acolhimento; existe uma grande valorização da tecnologia, porém carece de cuidados integrais à gestação (CABRAL et al., 2013).

“Não era qualquer coisa, qualquer postura que me agrava, as enfermeiras o tempo todo que eu fiquei internada¹³ elas queriam fazer exame de toque, quantos centímetros de dilatação eu estava, eu nem estava em trabalho de parto, mas elas queriam saber o quanto eu estava, e por conta da bolsa

¹³ Nísia ficou internada por ameaça de Trabalho de Parto Prematuro e Ruptura Prematura de Membranas.

rota não se deve fazer toques desnecessários porque pode dar infecção” (Nísia – Grupo 1).

Na assistência, são destacados apenas os dados de quando Nísia comenta que a toda hora as enfermeiras queriam tocar para saber quantos centímetros de dilatação ela estava mesmo sabendo que essa conduta poderia ser arriscada.

“Quando eu fui para o grupo do parto de cócoras, eu já comecei a ver que o negócio não ia ser tão simples assim, porque já tinha, o protocolo do hospital, que você tenha que ficar a cada hora ou vinte minutos deitada, com monitoramento. E eu perguntava ‘dá para negociar? Precisa disso?’ – ‘Então não precisa, mas é o protocolo do hospital’” (Dilma – Grupo 2).

Outra dificuldade encontrada são os protocolos hospitalares que muitas vezes padronizam a assistência limitando a liberdade das mulheres durante o parto.

“Se for de risco habitual, claro que contém risco, eu acho que tem que dar a atenção adequada pra cada risco que aparecer, mas de acordo com o risco nada mais que isso, por exemplo, um parto de risco habitual tem que ter a mínima intervenção, deixar a parturiente a vontade e dar comida” (Bertha – Grupo 2).

Bertha comenta que a assistência deve ser baseada de acordo com o risco: se a mulher for de risco habitual, deve haver intervenções mínimas, deixando a parturiente à vontade, livre para viver a experiência.

Para Carneiro (2015), entre os militantes do MHPN durante o trabalho de parto, é necessário romper com o “efeito cascata”, por exemplo, com o uso da ocitocina que aumenta a dor que ela irá sentir, consequentemente ela pede uma analgesia. Gera a noção de que uma intervenção leva à outra.

“Em todo o processo que eu fiquei na Casa de Parto, eu fiquei muito bem cuidada, fui assistida por uma obstetriz o tempo todo, ela me falava muito sobre o que ela ia fazer assim, bom agora vamos trocar de roupa, vamos pro chuveiro, olha agora eu acho que é bom você fazer isso, por isso vai te dar isso, conforto, fica na bola porque eu acho que isso vai melhorar ela sempre foi me informando sobre o que tinha que acontecer” (Celina – Grupo 1).

A informação durante o parto aparece como algo fundamental na assistência, assim torna a mulher mais consciente do processo e possibilita a escolha no momento do parto.

“Ele [médico] me atendeu e falou nós vamos colocar soro [ocitocina], eu falei não vai colocar soro porque eu estou em trabalho de parto” (Bertha – Grupo 2).

Embora o médico nessa situação tivesse uma postura intervencionista, ele respeitou a decisão de Bertha sobre o seu parto, que alegava que não havia necessidade de ocitocina, pois ela já estava em trabalho de parto.

“Eu pedi uma analgesia no final, eu estava bem cansada a ocitocina pega pra valer, então eu fui respeitada, todo mundo me questiona será que era necessário, mas naquele momento era, um momento da covardia, no momento da fraqueza” (Nísia – Grupo 1).

Na fala de Nísia, destaco o papel da sociedade julgando o pedido de analgesia. Será que era necessário? Nesse momento, remeto-me ao capítulo que me refiro à pirâmide dos tipos de parto, e, socialmente falando, o parto de Nísia é rebaixado nessa pirâmide devido à intervenção.

Para essas mulheres, a analgesia é vista como um procedimento invasivo e antinatural, visto que dentro do movimento são valorizadas as atitudes de sentir todo o processo com o auxílio de técnicas de diminuição da dor como as massagens (CARNEIRO, 2012).

“Sorte que naquela época não tinha tanta analgesia, até me ofereceram, mas eu não quis a analgesia. O pessoal se admirou muito, mas como você vai recusar? Minha mãe teve 10 filhos sem analgesia e ela aguentou não deve ser coisa muito ruim então por causa disso eu queria experimentar, não foi tão difícil, foi doloroso teve uma hora principalmente na fase de transição dói um bocadinho, mas nada que pudesse matar a gente” (Bertha – Grupo 2).

A dor é algo relativo; no caso de Bertha, ela negou a intervenção com base na referência de sua mãe que teve os filhos sem analgesia. De acordo com o trabalho de Carneiro (2012), essas mulheres sentem medo das consequências para o feto e preferem sentir as contrações.

“A funcionária tinha trazido a maca, e eu fui andando, e o médico dizia ‘deita Bertha’, e eu ‘não deito Dr.’; ‘deita, não deito’, aí ele falou: ‘faz o que você quiser’” (Bertha – Grupo 2).

A posição deitada pode representar o papel da mulher no parto como uma pessoa passiva. Em sua vivência, Bertha rompeu com esse paradigma ficando de pé, andando até a sala de parto e ficando de cócoras na hora do parto.

A posição litotômica é geralmente uma forma mais difícil de parir, pois a força tem menor efeito, devido à compressão do cóccix com a cama, dificultando o parto. Essa posição, aliada à ocitocina, episiotomia ou até mesmo à cesariana, representa o conjunto de crença baseadas nesse paradigma tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 1992).

“Chegou uma hora na gravidez que eu comecei a ter uma alteração de pressão, aí eu já comecei a reviver aqueles medos, mas a conduta foi uma indução e não uma cesárea e deu tudo certo, foi tranquilo foram 13 horas de indução” (Nísia – Grupo 1).

A opção pela indução foi uma experiência positiva para Nísia, pois ela preferia o parto normal.

4.2.5 Classe social e acessibilidade ao parto humanizado

“Então você percebe que existe uma elitização dentro do movimento, porque o parto domiciliar não é para todas, principalmente porque nossa cultura é cesarista à beça e R\$ 6 mil reais não é uma realidade para muitas mulheres para se ter um filho” (Celina – Grupo 1).

Um grande enfrentamento dessas militantes são os aspectos financeiros relacionados com o movimento. Embora elas reconheçam a importância do serviço privado, permanece a vontade de lutar por uma política de saúde humanizada pelo SUS. Conforme Celina, o valor cobrado por um parto domiciliar de R\$ 6 mil não faz parte da realidade de muitas brasileiras.

Dentro do universo do parto humanizado no Brasil, há um recorte de classe significativo, embora existam mulheres usuárias do SUS que também almejam um parto humanizado (CARNEIRO, 2011).

“Quando eu fui procurar uma profissional e disse eu quero ter um parto domiciliar, ela disse no mínimo você vai gastar R\$ 6 mil, mas essa mesma profissional me deu uma alternativa e disse procure a casa de parto e isso abriu portas para eu ter meu filho da maneira que eu quis” (Celina – Grupo 1).

Ainda com a narrativa de Celina, ela cita que a mesma profissional indicou uma alternativa pelo SUS, a CP, o que ampliou suas possibilidades de parto humanizado.

A classe social e a raça podem influenciar a experiência de parto na sociedade, influenciando na falta de acesso aos serviços de saúde, na proteção a intervenções desnecessárias ou até mesmo ser maltratada devido a sua raça e classe social (MARTIN, 2006).

“Eu hoje digo que há uma mercantilização sim da humanização do parto e nascimento, no Brasil e em São Paulo, e isso só pode ser corrigido com a inclusão do parto domiciliar no Sistema Único de Saúde” (Mietta – Grupo 1).

Para Mietta, a inclusão do parto domiciliar no SUS romperia com essa barreira de parto domiciliar apenas para quem tem condições de pagar, estando disponível para todo o Brasil. Esse serviço é oferecido pelo SUS apenas no projeto do Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte.

Para a formação de novos rumos na política, princípios e diretrizes devem surgir para interferir nas práticas existentes dos serviços de saúde. No SUS, o fortalecimento da Humanização depende do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, estimulando outras estratégias dirigidas a aumentar o poder do doente ou da população em geral, por meio da valorização dos acompanhantes e alterando as regras de funcionamento de hospitais (CAMPOS, 2005).

“Esse sistema privado tem contradições no momento que você cria isso, você cria uma distorção de que tem mulheres que podem ter isso e mulheres que não podem... torna-se muito claro que é um produto, porque se você vende humanizado no setor privado, se você cria no hospital uma ala humanizada, você já está subentendendo que aquilo é um produto a ser vendido” (Rose – Grupo 2).

A crítica de Rose sobre o parto humanizado como um produto a ser vendido é uma crítica ao sistema de saúde privado, criando as “contradições” devido à “distorção” do conceito de humanização e a sua relação com o parto respeitoso.

No trabalho de Martin (2006), que discute aspectos históricos da assistência em obstetrícia, o modelo obstétrico é descrito por meio da metáfora da produção, questionando se o médico seria apenas o “mecânico”, ou talvez seja o “supervisor da produção”. Sendo o médico o supervisor, a mulher passa a ser a “trabalhadora”, em que o útero seria a “máquina” que produz o bebê.

Aliando a noção da metáfora de produção de Martin com a fala de Rose, a crítica ao parto humanizado como um produto seria apenas a mudança na maneira do funcionamento dessa fábrica.

“Eu tinha medo de ir pro SUS, porque eu era um prato cheio para uma cesariana, devido a cesárea prévia, bolsa rota a mais de uma semana, líquido baixo, se eu caio na mão de alguém que não tem uma postura legal pra trabalhar já era. Então a gente assumiu ali a dívida, mas eu falei para o meu marido, dinheiro a gente corre atrás e paga. O parto não tem volta, a gente nasce só uma vez e a gente deu um jeito, alguns eu ainda estou pagando” (Nísia – Grupo 1).

Para Nísia, a assistência que ela procurava estaria disponível no sistema privado, no qual ela buscou profissionais específicos com a vivência em parto humanizado para assisti-la. Como ela disse, foi uma grande dívida que adquiriu para poder ter um parto e um nascimento de acordo com o que ela procurava.

“Foi isso que me ligou ao grupo essa visão não idealizada e que pode ser pra todo mundo com as características de todo mundo, considerando equidade e território. Não é só para quem pode pagar, isso é o meu interesse que a mulher tenha possibilidades que a gente mexa no sistema, e não a ideia de se você não pôde pagar um parto domiciliar e teve uma

cesárea você é cidadão de 2ª categoria entendeu” (Carlota – Grupo 2).

Como Carlota cita, para alguns do movimento, existe uma hierarquização dos militantes e seus respectivos tipos de parto.

Fazendo relação com a questão do conceito de saúde de Sposati e Lobo (1992), o parto humanizado deve ser visto na perspectiva de saúde como uma questão de vida individual e coletiva, excluindo o pensamento de um produto consumível, mas como um projeto de qualidade de vida para sociedade e seus cidadãos, estabelecendo como parte da saúde e direito de todos.

Em um evento do MHPN, lembro-me de conhecer uma mãe que tinha tido seu terceiro filho de 20 dias de vida, que nasceu por meio de uma cesariana, devido a uma rotura uterina, e essa mãe pensava em ter um novo filho para ter um parto normal (Notas do diário de Campo).

Como na fala da Carlota e relacionando com esse caso do diário de campo, a valorização do tipo de parto é tão grande dentro do movimento, que, por sua vez, pode incluir ou excluir pessoas ou até mesmo hierarquizá-las.

“Os grupos de apoio são superimportantes, mas que também começou a ter muita saturação assim, já tem o suficiente desse formato de grupo mais privado, embora elas não cobram os grupos e seja aberto, até pela localização geográfica acabam sendo grupos que não atendem determinada classe, não tem um grupo desse na periferia” (Dilma – Grupo 2).

Dilma enfatiza que embora muitos desses grupos que são mais voltados para a assistência privada sejam gratuitos, a sua localização elitiza a população atendida, participando deles, em sua maioria, pessoas de classe média e classe média alta.

4.2.6 Pedaco do parto humanizado

Nesta categoria, iremos utilizar do conceito de Pedaco descrito por Magnani, considerando pedaco como um grupo, em que as pessoas estabelecem vínculos, sinais de reconhecimento, uma experiência concreta e compartilhada sobre quem é ou não é do pedaco; como se fosse estabelecido um código de conduta entre os seus participantes (MAGNANI, 2000).

O Pedaco, segundo Magnani, são as relações determinantes que se estabelecem entre seus membros, pelo manejo de símbolos e códigos comuns. Para quem faz parte do pedaco, existe uma percepção a respeito de quem é ou quem não é do pedaco: é uma experiência concreta e compartilhada, e quem o analisa, por sua vez, também percebe tal experiência (MAGNANI, 2009).

No caso, aproximo a categoria do Pedaco de Magnani ao MHPN, principalmente em relação aos profissionais, assim como ele fala do pedaco das torcidas organizadas, grupo de jovens, entre outros grupos.

“Eu conhecia a parteira, mas eu não tinha ideia do que era, ela me procurou porque eu mandei um e-mail perguntando algumas coisas e ela me perguntou quem era o meu médico, e no Facebook ela falou pra mim que ele ia fazer cesárea e eu achei ela uma maluca” (Nísia – Grupo 1).

Voltando ao conceito de Pedaco, quando Nísia informa ao médico que a parteira do MHPN a acompanha, ele já informa que iria fazer uma cesariana, por não fazer parte do “pedaco”, não sendo um profissional humanizado, e foi o que aconteceu em seu primeiro parto.

Os profissionais e os locais considerados humanizados são minorias entre os serviços disponibilizados, e geralmente são indicados por doulas e lista de discussão (SALGADO, 2012). Os profissionais que fazem parte do pedaco podem se assemelhar aos xamãs de Lévi-Strauss no texto *A eficácia simbólica* (1985), em que o reconhecimento dos xamãs é baseado nas interações sociais; a cura xamânica ocorre por meio da crença social, “o doente acredita nela, e ela é membro de uma sociedade que acredita”, a eficácia da cura depende da lógica social.

A cura xamanística:

Trata-se de suscitar uma experiência e, na medida em que esta experiência se organiza, mecanismos situados fora do controle do sujeito se ajustam espontaneamente, para chegar a um funcionamento ordenado (LEVIS-STRAUSS, 1985, p. 229).

O profissional de saúde que é reconhecido como humanizado torna-se humanizado desde que os membros do MHPN o reconheçam como tal. Para a humanização acontecer, assim como o xamã, existe a dependência do reconhecimento das militantes.

“Haviam mulheres que estavam prestes a parir e aí procuravam o grupo as vezes só pra perguntar quais eram os hospitais de referência, indicando um profissional, uma doula, uma obstetrix pra fazer o acompanhamento” (Celina – Grupo 1).

Outras mulheres buscam os grupos como uma porta de entrada nessa trajetória de encontrar um profissional humanizado. Neste caso, o grupo é uma porta de entrada do pedaço, em que se permite o encontro dos profissionais que são reconhecidos pelo grupo como um profissional humanizado.

A questão do pedaço no MHPN envolve vários critérios e valores, mas ainda assim é bem definido. Entre uma de suas líderes, está uma obstetrix que muitas vezes está à frente das lutas, e em suas falas muitas vezes ficam definidos quem faz parte ou não do pedaço. Um exemplo é:

“Quem é humanizado tem que assistir o documentário ‘Renascimento do Parto’, ou ‘Diz que é Humanizado(a), mas oferece um parto normal por 10 mil, mas se for cesárea marcada, faz por 2 mil... Tá ficando cada vez mais difícil separar o joio do trigo!’”.

Nessa fala, fica evidente a questão dos valores do pedaço, definindo as pessoas de fora desse; por exemplo, se você não assistir e compartilhar dos valores

do filme você não faz parte do pedaço. Conforme Magnani, essa modalidade de quem está ou não supõe a presença de elementos mínimos estruturantes que a tornam reconhecível no pedaço (MAGNANI, 2009).

As questões do pedaço também são valores e objetos compartilhados: como os skatistas, que a maioria usa bonés, no MHPN, a maioria usa slings para carregar seus bebês, e compartilham das ideias de autores como Leboyer, Michel Odent, Janet Balaskas etc. O que não quer dizer que todos do pedaço usam slings, mas é uma característica marcante dessas mães militantes.

Figura 4.1 – Marcha pela humanização do parto, São Paulo – SP

Fonte: Circuito Fora do Eixo – Disponível em: <https://www.flickr.com/photos/foradoeixo/7721179288>.

A figura 4.1 foi registrada durante a Marcha do Parto Humanizado, realizada em 2012. Nela são mostradas muitas dessas mulheres com o sling, um dos objetos que identificam estas mulheres ao pedaço do MHPN.

A noção de pedaço apresentada não se propõe a generalizar os militantes, mas sim de aproximar algumas principais características que muitos compartilham nesse movimento.

4.2.7 A Doula como uma figura transformadora

Em paralelo ao movimento de humanização, na década de 1980, surgiram os primeiros estudos apontando a importância das doulas (SANTOS; NUNES, 2009).

Em 1992, foi fundada a Associação das Doulas da América do Norte (DONA) composta por um pequeno grupo de especialistas em parto e nascimento, que tinha como objetivo promover e demonstrar a importância do suporte emocional durante o ciclo gravídico puerperal (DONA). Aqui no Brasil, as doulas são representadas pela Associação Nacional de Doulas (ANDO), sendo fundada por pessoas ligadas ao Instituto Aurora, grupo participante do movimento de humanização e da REHUNA.

As doulas são mulheres que possuem um treinamento especial para dar suporte à mulher e à família no ciclo gravídico-puerperal. Geralmente são mulheres voluntárias ou pagas, que desempenham atividades estritamente relacionadas com as necessidades de conforto físico/emocional da parturiente, ou que também atuam na transmissão de conhecimentos. De acordo com Sousa e Dias (2010), ela seria uma interface entre a equipe de saúde e o casal, na assistência ao parto ela ajudaria a parturiente a obter um conforto com métodos não farmacológicos de alívio da dor.

Pautado na importância da doulas, existe uma grande valorização delas dentro do movimento de humanização, estimulando a sua formação e garantia de seu acesso às maternidades, por meio das Leis das Doulas, que são leis municipais que garantem o direito da mulher de ter uma doula durante o trabalho de parto e pós-parto imediato. Essas leis foram aprovadas em diversas cidades como Blumenau, Jundiaí, João Pessoa, entre outras.

Uma das práticas baseadas em evidências que são valorizadas pelo MHPN é o apoio da doula durante o ciclo gravídico-puerperal. De acordo com Berghella et al. (2008), a presença da doula é considerada uma das mais efetivas intervenções durante o parto e está associada à diminuição da utilização da analgesia, diminuição de partos operatórios, aumento de partos vaginais e ao aumento da satisfação materna. Contudo, a importância das doulas não se restringe ao parto, contribuindo também no pós-parto, pois podem afetar positivamente no sucesso da amamentação, para uma maior autoestima, menor taxas de depressão e maior interação com seus filhos (GEORGANN; CATTELONA, 2015; LEÃO; OLIVEIRA, 2005).

Nas atividades das quais participamos, com a intenção de promover a humanização do parto e do nascimento para mulheres de baixa renda e no âmbito do SUS, o Grupo 2 ofereceu um curso de formação de Doulas Voluntárias, sendo elas líderes comunitárias ou agentes de saúde.

A questão de formação de doulas é uma grande vertente no movimento de humanização, seja em cursos gratuitos para a formação de doulas comunitárias ou em cursos de doulas particulares. Espera-se que com a formação dessa assistente da mulher possa se propagar a humanização no ciclo gravídico-puerperal, oferecendo conforto às mulheres e às famílias. A formação das doulas não se restringe ao grupo de estudo, vários outros grupos do movimento formam essas mulheres, como Mulheres Empoderadas – Revelando Doulas, Grupo Maternidade Ativa, Flor de Lótus, ANDO, Hospital Sofia Feldman e muitos outros.

Ainda com a clareza das vantagens do suporte das doulas, muitas instituições de saúde negam a entrada delas mesmo a pedido das parturientes. Diante desse problema, o movimento de humanização já organizou manifestações na frente de alguns hospitais privados em São Paulo pedindo a entrada das doulas, e mais recentemente existe um diálogo entre as ativistas e o políticos, vereadores e deputados, para a criação da Lei das Doulas. Esta lei já existe em algumas cidades e atualmente está sendo votada no estado de São Paulo com o Projeto de Lei nº 250/2013 (SÃO PAULO, 2013).

Podemos perceber que existe, sim, uma grande luta para que as mulheres tenham acesso às doulas, sejam elas voluntárias ou particulares, além da garantia de poder ter seu suporte nas instituições de saúde.

4.2.7.1 Estratégia de humanização da assistência

“Eu considero o papel da Doula de ofertar informações à gestante e ao acompanhante para que façam suas escolhas conscientes, respeitar estas escolhas, acreditar na mulher e apoiá-la” (Patrícia – Grupo 2).

Como descrito pela Doula Comunitária, o papel da doula fortalece a humanização do parto e do nascimento, visto que por meio de suas ações, as mulheres podem se fortalecer no processo de escolha, vivência e empoderamento. De acordo com Santos e Nunes (2009), o suporte de informações fornecido pela doula se dá por meio do diálogo e de orientações, o que pode promover o desenvolvimento de um trabalho de parto mais tranquilo, pois o tom de

compartilhamento pode ser mais facilmente entendido uma vez que as dúvidas que surgirem.

No cotidiano etnográfico, pude acompanhar a supervisão de um curso de formação de Doulas Comunitárias, e uma delas contou sua experiência como Agente de Saúde e doula comunitária de que pôde cuidar de uma mulher em trabalho parto que foi à UBS em busca da assistência. Segundo ela, a parturiente tinha uma relação com a UBS muito ruim, pois faltava às consultas pré-natais e não recebia os agentes de saúde. Após o cuidado da doula na instituição, a mulher passou a frequentar as consultas de pós-parto e a receber os agentes. Nesse caso, o cuidado da doula pode ter sido efetivo para uma melhor relação com unidade de saúde.

O acolhimento e a formação de vínculo fazem parte da estratégia da humanização, o que é fundamental no ato de cuidar. O cuidado humanizado evidenciado nas riquezas das interações, nos diálogos entre as doulas e as parturientes é fortemente marcado pelo apoio emocional e físico que elas oferecem (SOUZA; DIAS, 2010). O modelo humanizado tem como princípio a conexão, necessitando que se trate o paciente de uma maneira conectada e relacional, com um tratamento de amabilidade e respeito (DAVIS-FLOYD, 1992).

“O parto humanizado, eu acho que ele começa primeiro pelo respeito dessa mulher e pela criança, respeito ao corpo, ao tempo, as decisões e as escolhas dessa mulher, dessa família”
(Nísia – Grupo 1).

O parto humanizado é pautado principalmente na questão do respeito e no poder da decisão livre e informada por essas mulheres, dessa forma, as doulas, assim como enfermeiras, obstetrias e médicas, têm um papel fundamental nessa questão.

No mesmo curso de formação de Doulas Comunitárias, pude conhecer a trajetória de uma doula que também é assistente social e trabalha com mulheres moradoras de rua. Ela relatou que acompanhava uma gestante moradora de rua e usuária de drogas e a informou sobre o processo de gestação e nascimento e o poder de escolha da mulher sobre seu corpo. Essa gestante acompanhada pela doula foi a uma consulta em uma maternidade, e lá a médica disse que iria induzir o

parto, mas a gestante consciente de seu poder de escolha sobre o seu corpo negou a indução, relatando: *“Sou moradora de rua, mas eu não sou burra”*. Nesse relato, a doula sugeriu que possivelmente pela sua atuação como doula e assistente social ela pôde informar e empoderar a gestante em relação ao seu corpo.

Segundo Santos e Dias (2011), as doulas reúnem ações chamadas de atitudes de cuidado, ou seja, contribuem para a criação e para o estabelecimento de vínculos, privilegiando a escuta ativa, baseadas em atitudes de respeito, acolhimento, conhecimento técnico.

Nesse relato dessa doula, essa escuta ativa e as atitudes baseadas no respeito permitiram um cuidado a essa gestante, fortalecendo o poder de decisão sobre seu corpo; no entanto, possivelmente, a médica que atendeu a gestante nem questionou se ela queria ou não induzir o parto nem informou seus benefícios e malefícios para ela e para o bebê.

A humanização do parto e do nascimento questiona a lacuna que existe na assistência e tenta preenchê-la com a modificação da formação dos profissionais de saúde, nas instituições de saúde e também com a inserção das doulas, entendidas como mulheres com uma vivência em obstetrícia que apoiaria outras mulheres que vivenciam o processo de nascimento.

4.2.7.2 A Doula como um ator político

“Você fica com aquela impressão de que é aquilo mesmo... você quer sair humanizando tudo né, daí eu quis continuar participando” (Patrícia – Grupo 2).

As doulas são uma figura de muita importância dentro do MHPN. As mulheres desse movimento buscam doulas para compor a equipe de saúde que vai assistir seu parto, depois muitas dessas mulheres resolvem tornar-se doulas, para oferecer esses cuidados a outras mulheres.

Segundo o Ministério da Saúde (2014), a presença de uma pessoa treinada para acompanhamento do trabalho de parto (doula) não tem contraindicação, pois, além do baixo custo, não requer infraestrutura ou aparelhagem específica.

Mesmo com a afirmação do Ministério da Saúde e com as evidências

científicas que apoiam o cuidado das doulas, muitas instituições ainda proíbem sua entrada alegando não ter estrutura para recebê-las, ou até mesmo por discordar de sua função.

Além do questionamento do movimento de humanização em relação à estrutura física e às rotinas hospitalares, existe também uma denúncia em relação às práticas danosas, chamadas de violência obstétrica. Segundo Tesser et al. (2015), a violência obstétrica é uma expressão que agrupa todas as formas de violência e danos originados no cuidado obstétrico profissional. Na luta contra a violência obstétrica, o movimento de humanização divulga informações para a população em geral e também atua na esfera legal, acionando as defensorias públicas e o ministério público.

A violência obstétrica é um termo tão importante para o movimento de humanização, que na grade curricular do curso de doulas comunitárias havia uma aula dada por uma advogada e doula, para tratar do tema, em que foram passados alguns relatos de parto de mulheres, e as alunas discutiam entre si, para compreender se houve ou não violência obstétrica. Para as idealizadoras do curso, as doulas, assim como os profissionais de saúde, podem munir as mulheres de informações para reconhecer e se proteger de uma possível violência obstétrica, de maneira a expandir e fortalecer os direitos delas.

Uma das ferramentas utilizadas pelas doulas citadas no curso é a elaboração de um plano de parto em conjunto com a mãe, com família e com a própria doula. De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o plano de parto deve ser elaborado por uma equipe multiprofissional no pré-natal, a fim de estabelecer um plano de cuidados. Na Atenção Primária à Saúde, o plano de parto no pré-natal valoriza o compartilhamento de informações e a pactuação de estratégias entre a equipe de saúde e as gestantes (BRASIL, 2013). As doulas comunitárias que também são agentes de saúde disseram que agora também são reconhecidas nas equipes para tratar desse assunto. Elas consideram o plano de parto, aliado ao cartão das gestantes, uma ferramenta importante no empoderamento da mulher.

A doula é um novo personagem no cenário dos partos brasileiros, e, como toda novidade, vários significados têm sido reunidos para definir qual o seu papel (FLEISCHER, 2005).

As doulas têm importante papel de apoio nas medidas para aumentar o conforto materno, no contato físico e na orientação e informação no trabalho de

parto. A atuação das doulas vai além do suporte emocional e físico a mulheres, elas assumem a figura como um ator político fortalecendo também o empoderamento feminino, transmitindo suas experiências e utilizando como ferramenta o plano de parto e o cartão da gestante, na identificação e no apoio à denúncia aos casos de violência obstétrica.

4.3 SIGNIFICADOS E PRÁTICAS AO REDOR DO PARTO E NASCIMENTO

4.3.1 Conceito de parto

O parto para os participantes do MHPN é algo tão importante que os motiva a dedicar parte de sua vida para a melhoria das condições de nascimentos de seus filhos e também os da população.

“Eu precisava desse ritual, de saber que a gestação estava terminando, mesmo que antes da hora, mas de preparar a minha cabeça, isso é um rito de passagem” (Nísia – Grupo1).

O processo do nascimento na sociedade não é apenas a chegada de um novo membro, é também um renascimento de um papel de mãe e pai e uma nova unidade familiar (DAVIS-FLOYD, 1992, p. 38).

O parto normal é considerado como um ritual de passagem com um marcador do fim da gestação; mesmo sendo um parto prematuro, como no caso de Nísia, ele demarcou o fim do ciclo da gestação.

“Na época eu era tão leiga que eu falava assim não precisa de um grande médico para parto normal, se você considera que o parto normal a mulher é protagonista de tudo aquilo que está acontecendo, o médico está ali só pra dar um suporte no caso de uma necessidade. Então na época eu pensava, eu quero um médico que seja um bom cirurgião porque para parto normal o trabalho é todo meu ele só precisava me assistir” (Nísia – Grupo 1).

Na visão do parto normal, a mulher é a protagonista daquele momento. Na lógica de Nísia, o médico apenas iria assisti-la, mas a formação profissional intervencionista dele interferiu no protagonismo de seu parto.

Na humanização, o conceito-chave é a mulher estar no controle do parto; em um processo medicalizado, quem está no controle é o profissional de saúde. Mesmo dando algumas escolhas para as mulheres, ainda são os procedimentos do hospital que prevalecem (WAGNER, 2001).

“Então assim para o parto normal deve se deixar a parturiente mais à vontade, respeitando sua vontade, eu acho que isso seria o ideal, claro que se tiver alguma intercorrência acredito que pode agir, mas deixa acontecer, não precisa de por ocitócito, não precisa ficar tocando toda hora” (Bertha – Grupo 2).

A fisiologia do parto para essas participantes deve ser respeitada, devendo-se deixar a mulher “à vontade”, apenas intervindo quando houver necessidade. O conceito de parto nesse caso fica com o parto normal sendo algo natural, ligado à fisiologia, e apenas em alguns momentos pode-se utilizar algumas tecnologias.

“Eu não vejo problema em ter uma cesárea, principalmente se a mulher escolheu ter, o problema pra mim é se essa mulher foi informada para tomar decisão de cortar 7 camadas do seu corpo para ter um filho e de saber quais são as consequências que ela vai ter na pós-cirurgia” (Celina – Grupo 1).

“Eu sei que a cesariana em muitos casos ela é muito bem-vinda, ela é um avanço em casos que onde ela é necessária, mas pra mim a cesárea não foi uma referência boa porque ela foi marcada por mentiras, impaciência dos médicos” (Nísia – Grupo 1).

Para as participantes, a cesariana é vista como uma intervenção benéfica e necessária em alguns casos, porém muitas dessas cirurgias são marcadas pela falta

de informação das consequências sobre os aspectos de seu corpo e do bebê. No caso de Nísia, a cesariana foi associada a uma impaciência dos médicos em esperar ou induzir um parto normal, e de acordo com a visão dela, a indicação foi marcada por mentiras.

“O Grupo 1 me marcou por isso, ali eu entendi que eu tive uma cesárea desnecessária conversando com outras mães, dali eu conheci outros grupos no Facebook e dali em diante foi um pulinho para eu descobrir outras coisas” (Nísia – Grupo 1).

Como Nísia relata, ela teve uma “cesárea desnecessária”, levando em conta que foi contra o seu desejo e que não houve indicação do procedimento. Associando aos relatos das mães que eu conheci no grupo, elas chamavam essas cesarianas de “desnecesáreas”.

A interação com outras mães nos espaços sociais torna-se um ambiente de trocas e apoio nas questões da maternidade, legitimando seus sentimentos que são punidos em outros locais como, por exemplo, uma cesárea desnecessária (SALGADO, 2012).

“Eu tive um parto bastante violento, foi uma cesárea não sei se ia virar uma cesárea, mas foi no meu ponto de vista hoje foi uma cirurgia eletiva” (Carlota – Grupo 2).

A cesárea foi associada a um parto violento devido ao fato de não haver indicação no procedimento, considerada por Carlota como uma cesárea eletiva.

Na dissertação de Salgado (2012), que conta as experiências das mulheres em relação a cesarianas indesejadas, a autora conta que essas intervenções não somente frustram devido ao desejo de um parto normal, mas também frustram em relação à expectativa na relação com os profissionais, geralmente marcada pelo paternalismo, desrespeitando o protagonismo da mulher.

“Eu sempre trabalhei com política pública, então eu entendia que a gente sofre uma serie de mazelas políticas, mas no parto não tinha a mínima ideia. Pensando no meu parto aquilo foi me

incomodando e então eu percebi que eu não fui protagonista de nada, não vou dizer que eu fui enganada, mas vão te levando para um lugar que pra mim era muito over, o que era impossível de acontecer e aconteceu” (Carlota – Grupo 2).

As mazelas políticas descritas por Carlota representam o efeito do sistema obstétrico sobre o parto e o nascimento, considerando desde a superlotação e falta de estrutura no SUS até a conveniência e a lucratividade das cesáreas eletivas no sistema suplementar.

“Ouvi recentemente uma pessoa que estava na minha banca que disse assim, talvez a gente tenha que lidar com movimentos de humanização de parto e nascimento, porque nele vai ter a galera mais holística, que está ligada nessa questão mais ancestral a dos deuses envolta no feminino e o retorno, vai ter uma galera mais são evidências científicas” (Carlota – Grupo 2).

O conceito de parto consiste nas crenças e práticas de um grupo (JORDAN, 1993). Para Davis-Floyd (1992), são todos os membros da sociedade, não apenas os nascidos naturalmente, visto que todos os partos são construídos culturalmente.

Existem diversos conceitos de parto dentro do MHPN, pois o movimento tem uma formação mista de cuidados, contudo eles seguem uma orientação principal de protagonismo e de respeito à mulher.

O autor Luiz Fernando Duarte (2003) desenvolveu o conceito de dimensão físico-moral, sendo condições ou eventos da vida que envolvem sua autorrepresentação e seus sentimentos acerca dessa experiência. O conceito de parto se relaciona nesse termo, pois sua experiência é vivenciada na dimensão físico-moral: físico nas alterações fisiológicas do parto e moral nas experiências positivas e negativas desse evento, construindo um conceito baseado nas experiências sociais e individuais.

4.3.2 Parto

No início das entrevistas, eu começava contando que o nosso trabalho investigava o que era um parto na concepção das entrevistadas. Uma delas me contou que a princípio não saberia responder a essa pergunta por ser algo muito difícil de ser definido.

“Parto é: fecundei, o bebê entrou, vai ter que sair, parto normal, natural, com intervenção, cesárea é parto. É claro que mais intervencionista, mais violentos, menos intervencionistas, menos violentos, mais acolhedores, mas a hora que sai pra mim é parto” (Carlota – Grupo 2).

De acordo com o dicionário Michaelis¹⁴, parto é “Ato ou efeito de parir; expulsão do feto, placenta e membranas fetais do útero materno”. É um parto independentemente da maneira que ocorre a expulsão do feto segundo a definição do dicionário e de Carlota.

Para Cunningham et al. (2000), em seu tradicional livro *Obstetrícia Willians*, parto são as últimas horas da gravidez acompanhadas de fortes contrações que produzem a dilatação do colo do útero e forçam a descida do feto no canal de parto.

“Mesmo que seja só um parto vaginal sem nenhum tipo de humanização envolvida ali, com corte com violência é um parto né, mesmo que violento é um parto” (Nísia – Grupo 1).

“Parto normal pra mim é aquele que é por via vaginal, enfim a mulher entra em trabalho de parto e ela passa por todo aquele processo que é um parto vaginal” (Celina – Grupo 1).

Para Nísia e Celina, seria um parto apenas aquele que ocorreu por via vaginal, independentemente da maneira que ele ocorreu.

¹⁴ Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=&t=&palavra=parto>.

“Se eu tivesse um parto normal, mesmo que ele fosse bem normal, assim tipo normal entre aspas, com intervenções, anestesia, mesmo que me fizesse uma episiotomia, talvez eu não tivesse me mobilizado internamente tanto assim” (Dilma – Grupo 2).

O parto normal tradicional na definição de Dilma surge como um tipo parto por via vaginal envolvendo uma série de intervenções. Embora não considere esse parto como o ideal, ela questiona que se tivesse tido um parto via vaginal não teria se mobilizado como militante.

O parto na visão biomédica é descrito por Helman (2009) como um modelo de encanamentos com o objetivo de retirar o bebê de dentro de um tubo o útero, descendo por um cano: a vagina.

“Sobre o processo de nascimento de uma criança, vem pra mim uma coisa de uma nova jornada que vai começar, é claro que não começa naquele momento, porque a partir do momento que você engravida você já está no processo, você já está na viagem, da mesma forma, que a viagem não começa quando você entra no carro, ou entra no ônibus, você pensa antes, você planeja, pensa e tem os medos. Será que vai ser legal? O que será que vai ter? Mas tem o marco, eu entrei no ônibus agora eu vou sair daqui e vou chegar lá, tem um caminho. E o parto como esse processo tem o antes eu me preparo, eu penso eu tenho ideias de como vai ser, eu faço escolhas, ou eu não faço escolhas, então chega o momento que eu vou entrar no ônibus que o meu corpo vai começar dar os sinais e agora vai acontecer alguma coisa, agora começou a estrada. Então pra mim o parto é esse processo de uma série desse caminhar mesmo, a cada contração vai ser um passo cada sensação que vier, cada medo vão fazer parte desses passos e que vai culminar no nascimento da criança” (Dilma – Grupo 2).

Indo além das questões fisiológicas, Dilma faz a analogia do parto como uma viagem, um percurso com as suas preparações, expectativas, medos, enfim é um processo de nascimento de começo, meio e fim.

“Eu consegui ele com muita luta e foi uma conquista pra mim, a experiência de parto pra mim foi restauradora” (Nísia – Grupo 1).

Após a experiência da cesariana, o parto normal representou uma conquista, sendo uma experiência restauradora para Nísia. Como na experiência de Helman (2009), o parto vai além dos aspectos biológicos, pois pode representar uma importante transição de status social de mulher para mãe.

O parto, pela concepção das participantes, é a expulsão do feto do corpo da mulher. Entre elas, não houve um consenso se a cesariana é um parto ou não, pois existe uma divisão entre os grupos: para as participantes do Grupo 1, parto seria apenas aquele nascido por via vaginal; já para o Grupo 2, embora eles questionem, prevalece a noção de cesariana como um parto. O conceito de parto foi além das questões fisiológicas, surgindo como uma conquista, restauração e uma viagem.

4.3.3 Não parto

Entre as participantes dos grupos, existe uma grande discussão sobre o tipo de parto e a forma do nascimento, indo além das descrições científicas de parto vaginal e cesariana para uma lógica própria do grupo que questiona se a cesariana é um parto.

“Cesariana é uma cirurgia que salva vidas, tanto de uma mulher como gestante, tanto de uma criança que teve algum problema, porém por conta do olhar da militância eu não consigo ver a cesariana como um parto, eu sei que é um rito de passagem, para mulher também que ela vai fazer esse rito de passagem quando ela vai ter essa cirurgia, que é diferente das outras cirurgias, mas eu não consigo fazer essa ponte assim” (Celina – Grupo 1).

De acordo com Celina e com os participantes do Grupo 1, o conceito de parto é de que a cesariana é reconhecida como uma forma de nascimento, mas não como um parto, pois ele está associado à ideia da fisiologia do parto.

A cesariana em si carrega diversos aspectos de negatividade associados ao corte, à precipitação, à artificialidade e à difícil recuperação (CARNEIRO, 2015).

“Parto pra mim é aquele que é por via vaginal, enfim a mulher entra em trabalho de parto e ela passa por todo aquele processo que é um parto vaginal” (Celina – Grupo 1).

O processo de parir e nascer pela vagina da mulher é um marcador para definir o que é um parto: independentemente da forma que esse parto foi assistido, se passou pela vagina, é um parto.

“Mesmo que seja só um parto vaginal sem nenhum tipo de humanização envolvida ali, com corte com violência é um parto, mesmo que violento é um parto” (Nísia – Grupo 1).

Ainda sobre o Grupo 1, mesmo não considerando a cesariana como um parto, eles valorizam e reiteram a necessidade da cesariana em alguns momentos, como uma cirurgia que possibilita o nascimento.

“A cesariana eu considero uma cirurgia, porém em alguns casos, onde ela é necessária muito bem-vinda, mas e eu não considero um parto” (Nísia – Grupo 1).

A questão do tipo de parto pôde ser também observada durante a etnografia nos grupos; pudemos elucidar o conceito de parto no momento em que as mulheres contavam sua trajetória nos grupos de apoio à maternidade, descrito abaixo:

Participando do “Grupo de mães”, duas mulheres sentadas em roda com os seus bebês discutiam sobre a importância da alimentação saudável para as crianças, elas diziam que se

dedicavam muito a essa questão, pois elas sentiam que tinham “roubado o seu parto” e que precisavam compensar as crianças oferecendo uma alimentação saudável. Quando se referiam ao nascimento das crianças elas se referiam ao “meu não parto”, pois elas haviam passado por uma cesariana que consideravam desnecessárias. (Diário de Campo – Grupo 1).

O não parto, como essas mulheres referem, denota um marcador para esse tipo de nascimento.

“Então pela primeira vez quando eu não vivenciei o meu parto, pra mim foi como eu tivesse perdido o final do filme, parece que a gestação não estivesse acabado, porque eu deitei e levantei, sem estar mais grávida, eu precisava desse ritual” (Nísia – Grupo 1).

A cesariana foi como uma quebra do processo de gestar e parir, como Nísia refere, foi como se perdesse o “final do filme”, pois ela estava vivendo uma experiência e perdeu uma parte importante com a cesariana. Ela também refere que precisava do ritual de parir pela via vaginal para completar esse ciclo do “filme”.

“Cesárea pra mim não é parto é uma cirurgia que é necessária, um procedimento cirúrgico que é realizado para salvar vidas, então não é um parto, o ato de parir é ter o trabalho de parto, expelir o bebê e a mulher fazer todo o processo. Na cesárea não acontece isso nem pra mulher, nem pro bebê, eles não participam, para mim isso não é um parto” (Davi – Grupo 1).

Para o Grupo 1, a cesariana assume o conceito de um “não parto”, sendo uma cirurgia que em alguns momentos pode salvar vidas, contudo ela é uma prática na qual a mulher e o bebê participam de uma forma passiva.

“Nenhuma cesárea é parto? Eu fico pensando porque, por exemplo, a minha filha eu tive um trabalho de parto, e as

“pessoa me questionam ‘ah, mais aí você não teve um parto, você teve uma cesárea!’. Mas eu tive 90% parto porque eu tive 9 cm de dilatação, então eu considero que eu tive parto, O parto é só a hora que a cabeça sai pra fora, como não saiu naturalmente não contou?” (Dilma – Grupo 2).

Conforme o questionamento de Dilma que passou por uma cesariana quanto estava com 9 cm de dilatação, dizer que ela não vivenciou um parto seria como se anulasse a experiência que ela percorreu durante o trabalho de parto. Ainda em sua experiência:

“No meu entendimento, é claro se é a cesárea é agendada eu consigo entender perfeitamente que não teve um parto, porque o corpo estava lá nada estava acontecendo, tinha uma barriga, uma gestação, um bebê tal, mas não teve nenhum sinal” (Dilma – Grupo 2).

Dilma problematiza a classificação de parto e não parto para em que momento a cesariana ocorreu, de que forma, se a parturiente estava em trabalho de parto ou não. Ela faz a comparação entre uma cesariana agendada e uma cesariana em trabalho de parto, dizendo que fica claro que a cesariana agendada não é um parto, mas na cesárea em trabalho de parto ela já deu início ao processo de parir, então ficaria confusa essa classificação de não parto nessa situação.

“A cesariana soa como uma cirurgia que foi necessária para aquele momento eu penso como uma cirurgia, foi um procedimento que precisou ser feito, mas durante o parto” (Patrícia – Grupo 2).

A questão do tempo surge também como uma maneira de a cesárea estar vinculada ao parto, como na fala de Patrícia que define como uma cirurgia feita durante o parto.

“Aí chegou uma hora que aquilo foi me angustiando a e aí eu falei roubaram o meu parto” (Carlota – Grupo 2).

Viver o que elas chamam de cesárea desnecessária, ou como as militantes dos grupos chamam de “desnecesáreas”, é como se alguém roubasse a oportunidade de parir seus filhos, roubassem a experiência de um parto vaginal e finalizar o ciclo da gestação.

“Todo militante é taxado como o anticesariana total e isso criou muitos problemas, mas que também ficou um Fla-Flu também, se a mulher não fez um parto humanizado a meia luz e pariu lindamente, ela não é menos ou mais mãe do que quem fez uma cesariana” (Celina – Grupo 1).

A questão do tipo de parto cria dentro do movimento, em alguns casos, uma hierarquia do parto com quem está na base da pirâmide, aquela que fez uma cesariana, e com quem está no topo, a mulher que viveu um parto natural. Embora muito criticada pelas próprias participantes, elas dizem que já viveram esse tipo de discriminação em outros grupos.

“Eu não tinha coragem dentro dos grupos de ativista de falar da história dessa situação [cesariana]” (Nísia – Grupo 1).

Figura 4.2 – Pirâmide da hierarquia dos tipos de parto

A pirâmide (figura 4.2) foi construída com base nos relatos das participantes e também na pesquisa de campo, em que se classificam os partos de acordo com a quantidade de intervenções; por exemplo, a cesariana representa o máximo de intervenções, fica na base da pirâmide, e o parto domiciliar seria o mínimo de intervenções sobre o corpo da mulher, posiciona-se no topo.

De acordo com Martin (2006), ela comprara o parto domiciliar ao “*abrir o seu próprio negócio*”, em que a mulher toma as rédeas de todo o processo, definindo como “*os mais próximos que o movimento consegue chegar a uma greve*”.

Dentro das manifestações que eu pude acompanhar no campo de pesquisa, escutei gritos de: “*no hospital eu sou mãezinha, na minha casa eu sou rainha*”. Aproximando-se com o trabalho de Martin (2006), ela descreve que as mulheres que dão à luz em casa são donas de toda a fábrica e controlam todo o processo.

Lembro-me de quando me identifiquei para o grupo, uma maneira de ser aceita era me identificando como uma mãe que havia tido um parto em uma casa de parto, depois de um tempo elas me acolhiam dizendo “ela é das nossas” (Notas do diário de campo).

Ser considerada como uma militante por essas mulheres pela minha trajetória me deixou muito feliz. Fiquei orgulhosa, pois eu admirava e admiro muito essas mulheres que doavam seu tempo para essa causa.

“eu participei de alguns grupos, só que alguns grupos eu percebia que é era muito mais radical, muito mais índia, as falas eram bastante expulsivas, então quando falava sobre a minha cesárea eu era meio que um cidadão de 2ª classe, eu me sentia bastante excluída, muito julgada. Aquelas mulheres que talvez tiveram um parto mais acolhedor, mais humanizado que eu deveria acolher aquelas mulheres que não tiveram aquela oportunidade [...] eu me senti bastante expulsa de alguns grupos” (Carlota – Grupo 2).

O tipo de parto marca essas mulheres como uma figura de identidade, seja pela frustração pela cesariana, seja pelo orgulho de ter conquistado um parto vaginal. Entretanto o tipo de parto não anula sua participação no MPH, somente altera sua motivação, de ajudar que outras mulheres passem por uma experiência positiva em um parto vaginal ou para evitar que outras cesáreas desnecessárias em sua lógica aconteçam.

4.3.4 Parto normal e o medo

Em nossa sociedade, muitos consideram as mulheres que têm um parto normal como corajosas. Durante uma consulta de pré-natal, eu informei para o médico que me acompanhava que eu iria ter o meu filho em uma CP, e ele me chamou de “louca” e que se eu fosse a sua mulher me bateria. Nesse contexto, quando pensamos em parto normal, surgem termos como louca e corajosa, algo como um percurso desconhecido e perigoso.

“Quando eu tive o meu primeiro filho eu queria ter em casa, na realidade eu tinha uma banheira dentro de casa, e eu pensava eu acho que vou ter aqui, mas não na água na época a gente nem cogitava a ideia de ter filho na água, mas na banheira porque era um lugar fácil, mas eu tive medo, medo por causa do bebê, e se acontece alguma coisa, o medo que muitas mães têm, por isso que eu fui ter no hospital” (Bertha – Grupo 2).

O medo no caso de Bertha determinou o local de nascimento. Ela tinha o desejo de parir em casa, porém o medo a levou a ter seu parto no hospital, pensando nos riscos de acontecer alguma coisa com o bebê.

A tecnocratização intensificada não significa uma maior segurança, o risco nunca pode ser completamente extinto independentemente do local do nascimento. Ao contrário do paradigma tecnocrático, o nascimento hospitalar não diminuiu os riscos. A nossa crença no modelo hospitalar é tão grande que são desconhecidos os riscos de ter um parto hospitalar, e muitas vezes as mães que optam por um parto domiciliar são encaradas como egoístas (DAVIS-FLOYD, 1992).

“Eu tive muitos problemas com os meus pais, porque eles estavam muito desesperados, pensa a primeira mulher que decidiu ter um parto normal dentro da família, primeiro eles me condenaram muito achavam um absurdo eu correr esse risco, é até engraçado porque cesárea oferece não sei quantas vezes mais riscos e eles estavam achando que eu estava correndo muito risco” (Celina – Grupo1).

No Brasil, a noção de risco permeia o parto normal. Mesmo que na maioria das vezes ele seja um processo mais seguro que uma cesariana, ainda prevalece o medo em relação a esse tipo de parto. Celina comenta que, em seu caso, sua escolha causou desespero devido a ela ser a primeira mulher da família a ter um parto normal.

Segundo Dick-Read (1961), a experiências de mulheres mais velhas é extremamente importante na influência sobre a noção de parto de mulheres mais novas. Geralmente a experiência transmitida é a de que o parto é algo perigoso e doloroso.

“Eu entrei na 41ª semana e teve uma pressão da família, uma pressão social, uma pressão da médica e eu vi que foi o tempo dela, olha eu não dei conta e hoje nem a culpo, mas foi a formação que ela teve e até que não foi a das piores, tem gente que com 38 semanas vai e marca a cesárea” (Carlota – Grupo 2).

A duração da gestação é outro fator que causa medo, como comenta Carlota que a pressão que sofreu da família, da sociedade e da médica fez com que ela interrompesse a gestação com 41 semanas.

A justificativa dos médicos em dizer que “a maioria das cesarianas são para atender os pedidos das gestantes” está relacionada mais com uma cultura médica do que com a real preferência das mulheres (BARBOSA et al., 2003).

“A gente deixa de viver porque tem medo, eu tinha muito medo e depois que eu passei por ele eu perdi e eu vejo o quanto que se perde de viver por conta do medo né” (Nísia – Grupo 1).

Em um estudo de Melchiori et al. (2009), no qual se estudou a preferência do tipo de parto, percebeu-se que, diante do parto, muitas mulheres temiam a dor, o sofrer, o medo de acontecer algo com elas ou com o bebê. Para enfrentar os seus medos, o apoio de alguém de confiança parecia ajudá-las nesse momento.

O medo interfere negativamente no processo de parir, influenciando na escolha do tipo de parto, na interrupção da gravidez e no local de nascimento. Como Nísia descreve, as pessoas deixam de viver um parto normal por conta do medo, porém quando elas vivem percebem o quanto perderam.

4.3.5 Parto humanizado: um conceito em transição

Afinal que parto é esse que essas mulheres lutam para conquistar para si mesmas e para milhares de brasileiras? Refletimos sobre o que era e o que não era permitido nesse parto e percebemos que não existe uma regra em si, o que elas buscam é o respeito como mulheres.

“Quando a gente começou em humanização em 88 lá pela década de 80, isso porque a gente já tinha certeza que a assistência ao parto não estava boa surgiu o termo de parto humanizado. Hoje eu diria que o parto que buscamos seria um parto respeitoso. Naquela época tinha que ter outro nome, mas humanização virou, virou um nome para um parto mais respeitoso, com menos intervenção, que é o que eu acredito. Um parto mais respeitoso, respeitar mais aquela mulher dar condições daquela mulher de ser protagonista do parto né” (Bertha – Grupo 2).

Como Bertha comenta, o termo parto humanizado surgiu na década de 1980; hoje se consegue definir como um parto respeitoso, com menos intervenção, respeitando a mulher como uma protagonista.

Segundo Davis-Floyd (2004), um dos princípios da humanização é a relação com o sujeito, respeitando os aspectos biopsicossociais, incorporando na assistência a influência do ambiente social na saúde.

“O parto humanizado eu acho que ele começa primeiro pelo respeito dessa mulher e pela criança, respeito ao corpo, ao tempo, as decisões e as escolhas dessa mulher e dessa família. Que não tenha intervenções desnecessárias, e o que o profissional entenda aquela família é única” (Celina – Grupo 1).

Nas entrevistas, quando perguntávamos o que é um parto humanizado, sempre nas definições surgia a palavra respeito.

As mulheres valorizam muito a forma que foram atendidas. No setor público, o Ministério da Saúde aponta um percentual de 12,7% de mulheres que referem ter sido desrespeitadas, o que aponta a necessidade de mudança na relação entre profissionais e usuárias (LEAL, 2014).

“Tem outros patamares eu acho, a gente pode incluir outras coisas, pode incluir entender o que essa mulher quer na hora do parto. Dessa forma você já começa a sofisticar mais, mas desde que você seja respeitada, que seu o corpo seja respeitado e isso não ofereça risco para o seu filho, por aí já começa a humanização pra mim” (Celina – Grupo 1).

Celina destaca que o primórdio da humanização é o respeito, mas que existem cuidados mais sofisticados como, por exemplo, compreender o que essa mulher quer na hora do parto.

“Quando você considera mulher como mulher, quando você diz o que vai acontecer no corpo dela, quando você acolhe as emoções e você deixa com que esse momento seja dela, do bebê, da família. Um atendimento acolhedor, respeitoso e informado porque é o corpo dela aí eu acho que isso é ter um parto humanizado” (Carlota – Grupo 2).

Na perspectiva do feminismo, existe uma luta para implementar a noção da mulher como um indivíduo de direitos, sendo a humanização do parto um marco nos direitos sexuais e reprodutivos (AQUINO, 2014). No parto humanizado, “considerar a mulher como mulher” é dar a ela poder sobre o parto, é considerá-la como uma pessoa de direitos, como o conceito amplamente utilizado no MHPN de empoderar as mulheres.

De acordo com o Ministério da Saúde, humanizar é “[...] aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos”. Para haver uma atenção humanizada e de boa qualidade, é necessário o estabelecimento de relações entre sujeitos (BRASIL 2004).

“Eu acho que parto humanizado é um parto que você respeita, é um parto que você respeita a mulher, é um parto que você respeita o bebê e aí você entende a fisiologia daquele momento que está acontecendo, eu acho que isso deveria ser em todos os partos independente se depois tem que acontecer uma cesárea” (Patrícia – Grupo 2).

O tratamento respeitoso no parto é o que humaniza o atendimento, independentemente se em um contexto de necessidade aconteça uma cesárea.

Se a relação estabelecida com a equipe de saúde, apesar da intervenção realizada, for baseada em cuidado e respeito, ela pode contribuir para que a experiência de cuidado seja positiva (SALGADO et al., 2013).

Uma relação respeitosa entre profissional e paciente é um princípio da humanização, formando um encontro com o outro, permitindo o conhecimento dele como um indivíduo (DAVIS-FLOYD, 2004).

“Desde que ela esteja num contexto de necessidade, eu não acho que tem nada que é condenável, por isso que pra mim também o parto humanizado é também tratar a mulher como única, é tratar o caso daquela mulher unicamente assim” (Celina – Grupo 1).

Compreender o contexto do parto é entender aquela mulher como única: Celina cita que nada é condenável desde que se perceba a necessidade e trate aquela mulher singularmente. De acordo com a autora Davis-Floyd (2004), o consentimento informado é uma forma de entender a pessoa como sujeito de direito, compartilhando com seu diagnóstico e prognóstico, e quais seriam os riscos e benefícios do tratamento.

“Não existe um parto humanizado, eu acho que existe possibilidades de partos humanizados, porque depende do que aquela mulher humana quer e precisa naquele momento, porque também não tem garantia, mas o mais próximo do que ela está desejando, do que é possível naquele momento, ou do que ela imagina e vai se sentir bem, cuidada e respeitada” (Dilma – Grupo 2).

Dilma amplia o conceito de parto humanizado em possibilidades. Não existe apenas um parto humanizado, e sim diferentes tipos que variam de acordo com o desejo da mulher.

“Parto humanizado é a esfera que você compreende que relações abusivas existem, mas que naquele momento, tem alguém precisando de cuidado e acolhimento, é quando as relações conseguem ser boas, acolhedoras, porque todas elas são humanas” (Carlota – Grupo 2).

De acordo com Carlota, para acontecer um parto humanizado, é necessário ocorrer o acolhimento dessa mulher. Embora as relações abusivas dentro das instituições existam, a hierarquia entre profissional de saúde e usuário, naquele momento existe uma mulher que necessita de cuidados e de respeito.

A autora Diniz (2005) considera o termo parto humanizado com uma polissemia de significados, criando cinco categorias

- a) [...] Humanização como a legitimidade científica da medicina, ou da assistência baseada na evidência, orientada pelo conceito de tecnologia apropriada e de respeito à fisiologia [...].
- b) [...] Humanização como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias) na assistência ao nascimento [...].
- c) [...] Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população, essa adequação tecnológica resultaria em melhores resultados com menos agravos iatrogênicos maternos e perinatais [...].
- d) [...] Humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto. Incluiria o deslocamento da função principal, ou pelo menos exclusiva, no parto normal, do cirurgião-obstetra para a enfermeira e a obstetritz [...].
- e) [...] Humanização referida à legitimidade financeira (sic) dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos. Esta racionalidade é argumentada tanto como desvantagem (economia de recursos e sonegação do cuidado apropriado para as populações carentes, uma “medicina para pobres”), quanto como vantagem (economia de recursos escassos, propiciando um maior alcance das ações e menos gastos com procedimentos desnecessários e suas complicações) [...].
- f) [...] Humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente – ênfase na importância do diálogo com a paciente [...].
- g) [...] Humanização como direito ao alívio da dor, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como humanitários, antes restritos às pacientes privadas – como a analgesia de parto [...] (DINIZ, 2005, p. 633).

Alinhando a fala de Dilma, na qual existem vários partos humanizados, à fala da autora Simone Diniz, existem várias categorias para humanizar um parto. Organizei as categorias que surgiram nas falas das participantes, baseada nas perspectivas da humanização:

- no empoderamento das mulheres, como uma figura ativa na tomada de decisões: *“quando você considera mulher, como mulher”*.
- no cuidado em evidências científicas: *“desde que esteja num contexto de necessidade”*;
- no respeito a fisiologia: *“você entende a fisiologia daquele momento”*;
- cuidado individualizado: *“entender o que essa mulher quer na hora do parto”*;
- na inclusão da família: *“respeito às escolhas dessa mulher e dessa família”*;
- Cuidado horizontal eliminando as hierarquias na relação entre o profissional de saúde e gestante: *“relações abusivas existem, mas que naquele momento, tem alguém precisando de cuidado”*.

O termo parto humanizado para representar um parto mais respeitoso, entre alguns militantes, causa alguns estranhamentos que apontam para uma necessidade de mudança desse termo.

“Na época a gente acolheu aquela terminologia, mas mesmo que não seja um parto não humano, não humanizado que era muita intervenção, era feito por humano né? Aí depois começou a vir o Dr. Michel Odent, começou a vir fazer palestra e ele trouxe algumas coisas em relação do cuidado primal e a gente vai juntando uma coisa com a outra, aí ele fazia uma brincadeira, um trocadilho a respeito de humanização, ele falou olha vocês falam tanto de humanização, mas esse parto que vocês acham que é com muita intervenção é feito por humano, então ele é humanizado” (Bertha – Grupo 2).

A confusão de que os partos com muita intervenção são partos realizados por humanos, portanto são partos humanizados, causa uma insatisfação, pois existe uma confusão no sentido de humanizado.

Um grande paradoxo do conceito de humanização é que é um conceito que fala sobre humanos, e ao mesmo tempo existe o esquecimento das pessoas em nosso sistema de saúde, que se baseia em reduzir as pessoas em objetos a serem manipulados pelas instituições de saúde (CAMPOS, 2005).

“A agressividade, por exemplo, é humana, a violência é humana, porque quem está fazendo é uma pessoa, mas eu não estou defendendo isso de forma alguma, mas eu acho muito amplo quando você fala de humanizado, mas também nesse momento eu não conseguiria pensar num termo melhor” (Dilma – Grupo 2).

Dilma questiona o termo também por conta que a agressividade e a violência cometidas em algumas situações são realizadas por humanos.

A desumanização nos hospitais é resultado das estruturas e relações sociais estabelecidas na instituição, pois o hospital é criado por humanos e funciona para atender humanos (CAMPOS, 2004).

Pensando no ponto de vista dos usuários, as maiores reclamações nos serviços de saúde estão na falta de interesse no atendimento, no desinteresse sobre seu problema, sentindo-se desamparados, desprotegidos e desprezados (MERHY, 1998).

“Para começar a palavra humanizada eu não concordo muito com ela, eu acho que soa como um produto, esses dias eu até vi uma médica dando entrevista – quais tipos de parto que você oferece, aí ela a eu tenho o parto normal, tenho o parto humanizado, tenho o parto cesárea, tenho o parto de cócoras, tenho o parto Leboyer, como se assim fosse produtos assim, e a qual parto você vai querer?” (Patrícia – Grupo 2).

A questão do parto humanizado como um tipo de parto a ser oferecido rompe com o sentido de oferecer uma assistência respeitosa, como Patrícia diz, soa como um produto a ser vendido, e não como um modelo de assistência.

4.3.6 Parto e nascimento

Na qualificação deste projeto, uma das examinadoras questionou o termo parto e nascimento quando nos referimos ao MHPN, então ela me pediu que levasse esse questionamento à campo, portanto trabalhamos a categoria parto e nascimento.

“O nascimento ele pode acontecer independente do parto, o bebê ele pode nascer de uma cesárea, o nascimento ele pode acontecer tanto num parto em que se nasce de parto normal, ou que nasce numa cesárea em que se nasce também, essa nomenclatura faz sentido pra mim” (Nísia – Grupo 1).

Para as participantes, existe a dicotomia entre o parto e o nascimento. De acordo com a lógica de Nísia, pode não ter acontecido um parto, nascimento por meio de uma cesariana, porém houve um nascimento independentemente do tipo de parto.

“Eu entendo que o parto você pensa na mulher, no parto da mulher e o nascimento do bebê então eu acho que quando você fala de humanização do parto e do nascimento seria esse respeito do parto da mulher e o respeito do nascimento do bebê” (Patrícia – Grupo 2).

Ocorreu a reflexão de que o parto é referente às experiências da mulher, e o nascimento está relacionado com o bebê, então humanizar o parto e o nascimento é humanizar as experiências dessas duas pessoas.

“Eu falo que, por exemplo, no parto da minha filha quando ela nasceu e que foi uma cesárea, mas que foi um parto, eu agradeço essa coisa da Pediatra [humanizada], que geralmente eu brinco porque essa história não tem na haver com a minha filha, porque o nascimento foi totalmente humanizado, embora ela não tenha passado pelo canal de parto, quando ela nasceu ela teve um atendimento humanizado respeitoso” (Dilma – Grupo 2).

Dilma destaca essa separação entre o parto e o nascimento, dizendo que o seu parto não foi humanizado por ser uma cesariana, porém a filha recebeu um atendimento humanizado, pois ela teve uma pediatra que a recebeu de uma maneira respeitosa com o mínimo de intervenção possível. A questão de humanização, portanto, não foi reduzida apenas ao parto, mas sim ao nascimento do bebê.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou compreender os significados e as práticas construídos a partir dos conceitos de partos presentes nos grupos do MHPN. Partos estes que mobilizam um enorme gasto de energia de homens e, principalmente, das mulheres em busca de mudanças na assistência ao parto e ao nascimento.

Inicialmente, lancei-me em busca de conhecer quais eram os tipos de parto que circulavam dentro do MHPN, mas conforme eu fui adentrando nesse movimento, pude perceber que os termos como “parto natural”; “parto na água”; “parto vaginal”; “parto leboyer”; “parto sem dor”; “parto de cócoras” não tinham tanto valor para essas militantes. Para elas, o que é mais valoroso no parto é a liberdade de experienciar esse momento como uma protagonista.

As mulheres não querem mais um parto, e sim o parto (CARNEIRO, 2015). Entre elas, é muito valorizada a assistência de uma forma individualizada, em que o profissional de saúde reconhece as necessidades da pessoa, elaborando um plano de cuidado que dialoga com as decisões da mulher, tendo como fundamento as evidências científicas.

Ao refletir sobre uma resposta para a pergunta: que parto é esse que essas militantes buscam? Levei em consideração a definição de Sennett sobre a falta de respeito. Para o autor: “A falta de respeito, embora seja menos agressiva que o insulto direto, pode assumir uma forma igualmente ofensiva” (SENNETT, 2004, p. 15).

Dessa forma, surge o título da tese: “Por um parto respeitoso”. Essas mulheres buscam respeito na hora de gestar e parir, e muitas vezes dentro do nosso modelo da assistência obstétrica ocorre a falta de respeito a elas e a seus bebês, traumatizando, limitando experiências, induzindo a procedimentos por conveniência e inferiorizando a mulher. Como Sennett diz, a falta de respeito também causa danos, não são agressões diretas como a violência obstétrica, mas ofendem igualmente.

Nessa busca de se proteger e proteger outras mulheres do ambiente de falta de respeito e da violência obstétrica, criam-se, dentro do MHPN, estratégias de burlar o ciclo da violência. Uma dessas estratégias que é amplamente utilizada entre os adeptos do parto humanizado é o acompanhamento de uma doula. Questão

levada pelo Grupo 2 que se mobilizou para formá-las em uma perspectiva de elas serem um apoio na garantia de direitos das mulheres. Existem também outras maneiras que essas mulheres compartilham entre si, uma delas é o estímulo a ficar a maior parte do trabalho de parto em casa, assim, quando chegar ao hospital, estará em franco trabalho de parto e evitará uma série de intervenções.

Neste estudo, as tão temidas intervenções no momento do parto não apresentaram uma regra predefinida pelos participantes da pesquisa, que almejam um menor número de intervenções no momento do parto, entretanto tais procedimentos poderiam ser discutidos com as parturientes dependendo do contexto de necessidade ou de sua preferência.

No âmbito da militância, a insatisfação com o modelo de cuidado em obstetrícia mobiliza o MHPN, que busca mudanças por meio de suas manifestações e seus grupos de apoio que propagam conceitos de parto humanizado pelo Brasil. Assistência aquela que necessita de melhorias nas relações entre os profissionais de saúde e as mulheres, com acesso a novas formas de cuidado (CP, CPN, parto domiciliar) e a formação de profissionais pautada no respeito nos direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos.

Para essas mulheres, o parto e o nascimento percorrem trajetos permeados pela visão da nossa sociedade na incapacidade de a mulher gestar e parir, baseando-se no medo em relação ao parto normal e na cesariana com uma cirurgia naturalizada. Sendo assim, as militantes buscam promover o parto humanizado como uma experiência positiva. Entretanto, para conseguir os cuidados dos ditos profissionais humanizados, elas encontram dificuldades, pois, muitas vezes, o acesso a esses profissionais e a esses locais são dificultados por sua indisponibilidade ou por não conseguirem pagar por esses serviços particulares; o que demonstra a necessidade de formação e capacitação dos profissionais e ampliação desses serviços dentro do SUS.

Pensando nos significados e práticas ao redor do parto e do nascimento no MHPN, percebe-se que há múltiplos conceitos sobre o tema, pois existem inúmeros contextos sociais dentro do movimento.

Considerando que “[...] nenhuma etnografia configura-se como uma obra acabada ou uma reprodução completa de uma cultura [...]” (GUALDA; HOGA, 1997, p. 420), com esta pesquisa, buscou-se contribuir para uma melhor compreensão das

perspectivas sobre o parto humanizado e, por esta via, para uma melhor reflexão e discussão sobre o campo da humanização do nascimento.

Por fim, neste estudo, permitiu-se compreender que as questões relacionadas com o parto e com o MHPN são complexas, não havendo uma regra engessada como uma “receita de bolo”, pois existem inúmeros conceitos e contextos entre esses militantes. Para chegar a este parto almejado pelo MHPN, o parto respeitoso, fica clara a necessidade de mudança no paradigma obstétrico no Brasil, permitindo uma assistência pautada em garantia de direitos, evidências científicas e culturalmente adequadas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Rev Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 30; supl.1. 2014.
- BALASKAS, J. **Parto ativo**: guia prático para o parto natural. São Paulo: Ground, 2008.
- BARBOSA, G. P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, Dec. 2003.
- BERGHELLA, V. et al. Evidence-based labor and delivery management. **Am J Obstet Gynecol**, v. 199, p. 445-454, Nov 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a rede cegonha, 2014**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/598-sas-raiz/dapes/rede-cegonha/l1-rede-cegonha/10723-conheca-a-rede-cegonha>. Acesso em: 20 jun. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**, Brasília, 2015.
- _____. Ministério da Saúde. **Diretriz nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília, 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Humanização do Parto**: Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília – DF, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as 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, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa de formação em saúde do trabalhador**. Brasília, 2011.

_____. Senado Federal. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 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**, Brasília, 8 abr. 2005.

CABRAL, F. B.; HIRT, L. M.; VAN DER SAND, I. C. P. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 281-287, Apr. 2013.

CAMARGO, JR. et al. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, 11(4):1093-1103, 2006.

CAMPOS, E. A. Etnografia na Pesquisa em Saúde: Alcoolismo, doença e significado em um grupo de alcoólicos anônimos. Investigação qualitativa em ciências sociais. **Anais... 6º Congresso Ibero Americano de Investigação Qualitativa**, V3, 2017.

_____. **“Nosso remédio é a palavra”**: uma etnografia sobre o modelo terapêutico de alcoólicos anônimos. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2010.

_____. **Olhando de Perto**: o método etnográfico na pesquisa em saúde. Livro Enfermagem, Antropologia e Saúde. São Paulo: Ed Manole, 2013.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.

CAPRARA, A; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface Comun Saúde Educ**, 2008; 12(25):363-376.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, Dec. 2006.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de Parto e Políticas do Corpo**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2015.

_____. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 49-59, Mar. 2013.

CASTELLS, M. **Redes de Indignação e Esperança**: Movimentos sociais na era da internet. Rio de Janeiro. ed. Zahar, 2013.

CASTRO, M. R. **Ressignificando-se como mulher na experiência do parto**: experiência de participantes de movimentos sociais pela humanização do parto / Míriam Rêgo de Castro. – São Paulo, 2014.

CATELLONA et al. The Impact of a Volunteer Postpartum Doula Program on Breastfeeding Success: A Case Study. **Journal of Human Lactation**, 31(4); 2015V.

CONASA. Ministerio de salud Pública: **Guía Técnica para la atención de parto culturalmente adecuado**, 2008.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Obstetrícia de Williams**. 23ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an American Rite of Passage**. California: University of California Press, 1992.

_____. **Del medico al sanador**. Ed Creavida, Buenos Aires, 2004.

DIAS, M. A. B. **Humanização da assistência ao parto**: Conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. 2006, 283f. Tese (Doutorado) – Instituto Fernandes Figueira. FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

DICK-READ, G. **Childbirth Without Fear**, The Principles and Practice of Natural Childbirth. First Perennial, New York, 1944.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, Sept. 2005.

DINIZ, S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: limites e possibilidades da humanização da assistência ao parto e nascimento. 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva). Universidade de São Paulo, São Paulo.

DOMINGUES, R. M. S. M et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S101-S116, 2014.

DUARTE, L. F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.

DUTRA, I. L; MEYER, D. E. Parto natural, normal e humanizado: termos polissêmicos. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, 2007;28(2):215-22.

FLEISCHER, S. Doulas como “amortecedores afetivos” Notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto. **Ciências Sociais Unisinos**, 41(1): 11-22, janeiro/abril 2005.

FONTOURA, H. A. (2007). A etnografia na saúde: tecendo perspectivas interdisciplinares. **Revista SOCERJ**, 20 (4), 309-312.

GEERTZ, C. J. A Interpretação da Cultura. In: **Uma Descrição Densa**: Por uma Teoria Interpretativa da Cultura. Rio de Janeiro: Zahar Editoriais, 1978.

GOER, H. Humanizing birth: a global grassroots movement. **Rev Birth**; 31(4):308-14, 2004.

GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.31, n.3, p. 410-22, dez. 1997.

GUALDA, D. M. R.; NARCHI, Z. N.; CAMPOS, E. A. **Strengthening midwifery in Brazil: education, regulation and professional association of midwives**. Midwifery, New York, v. 29, n.10, p. 1077-1081, 2013.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: Uma análise das conferências nacionais de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, 14(1), 15-39.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev Esc Enferm USP**, 2004; 38(1):13-20.

JORDAN, B. **Birth in four cultures**. London: Eden Press; 1983.

KITZINGER, S. **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa: Editora Martins Fontes, 1985.

LANCET. **Saúde no Brasil**. The Lancet, 2011.

LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia**. Tradução Chauvel, M. A. São Paulo: Ed Brasiliense, 2003.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014.

LEÃO, V. M.; Oliveira, S. M. J. V. O Papel da Doula na Assistência a Parturiente. **Reme. Rev. Mim. Enferm**, 2005; 10(1):24-29.

LEBOYER, F. **Nascer sorrindo**. São Paulo: Brasiliense, 1996.

LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2ed Jones and Bartett Publishers, United States in America, 2006.

LÉVI-STRAUSS, C. 1963. **Structural Anthropology**, London, Basic Books.

MAGNANI, J. G. C. Etnografia como Prática e Experiência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 15, n. 32, p. 129-156, jul./dez. 2009

MAGNANI, J. G.; TORRES, L. (2000). **Na metrópole: textos de antropologia urbana**. São Paulo, Edusp/Fapesp.

MAIA, M. B. **Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2000.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. (Introdução). São Paulo: Abril Cultural, 1976 [1922].

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

MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: ed Cosac, 2003

MEAD, M. **Sexo e temperamento**. São Paulo: Perspectiva, 1979.

MELCHIORI, L. E et al. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em Psicologia**. 2009 Jan-Jun; 13(1):13-23.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T. et al. (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-20. parte II.

MERIGHI, M. A. B.; Gualda, D. M. R. O cuidado à saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrizes para assistência ao parto. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2009;17(2):265-70

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

NAKAMURA, E. O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica. **Saúde e Sociedade**, 2011; 20(1):95-103

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONCALVES, R. O papel das obstetrizes e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1059-1068, Apr. 2013.

NARCHI, N. Z.; SILVA, L. C. F. P.; GUALDA, D. M. R. Contexto, desafios e perspectivas na formação de obstetrizes no Brasil. **Rev Saúde Soc**; 21(2): 510-519, abr.-jun. 2012.

ONOCKO CAMPOS, R. Humano, demasiado humano: uma abordagem del mal-estar em la institución hospitalaria. In: SPINELLI, H. (Org.) **Salud Colectiva**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004. p. 103-21.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Genebra – Suíça, OMS, 2015.

PACIORNIK, M. **Aprenda a nascer com os índios**. São Paulo: Brasiliense, 1979.

PAGE, L. The humanization of birth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, 75 (2001) s55- s58.

PEIRANO, M. **A favor da etnografia**. Rio de Janeiro: Relume-Darumá; 1992.

PRISZKULNIK, G; MAIA, A. C. Parto humanizado: influências no segmento da saúde. **O mundo da saúde**: 2009;33 (1): 80-88, 2009.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Rev Interface comun saúde educ**. 13(supl I):759- 68, 2009.

RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. 2002. **Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras**: velhos problemas ou novas possibilidades? Estudos Feministas, ano 10, 2o. semestre, 449-459

ROCHA, J. L. **Humanização de maternidades públicas**: um estudo sobre a arquitetura das enfermarias de alojamento conjunto. Dissertação de Mestrado. Florianópolis, 2010.

SALEM, T. **Sobre o casal grávido**: incursão em um universo ético.1987. Tese (Doutorado Antropologia) – Museu Nacional, Rio de Janeiro.

SALGADO, H. O.; NIY, D. Y.; DINIZ, C. S. G. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro parto contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. **Journal of Human Growth and Development**, 2013; 23(2): 190-197,2013.

SANTOS, D. S.; NUNES, I. M. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. Esc Anna Nery. **Rev Enferm**, 2009 jul-set; 13 (3): 582-88.

SANTOS FILHO, S. B. Análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização e do trabalho como relação de serviço. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2011.

SÃO PAULO. Assembleia Legislativa de São Paulo. **Projeto de Lei Nº 250/2013**. Dispõe que maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada do Estado, ficam obrigados a permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1129265>. Acesso em: 01 jul. 2017

SENNETT, R. **Respeito**: a formação do caráter em um mundo desigual, Rio de Janeiro, Ed Record, 2004

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad Saúde Pública**, 2004; 20:1281-9.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organizações Rurais & Agroindustriais** [en linea], 2005, 7 (Sin mes).

SILVA, H. R. S. A Situação Etnográfica: Andar e Ver. **Rev Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 15, n. 32, p. 171-188, jul./dez. 2009

SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 681-688, 2009.

SOUZA, L. B.; BARROSO, M. G. T. Pesquisa etnográfica: evolução e contribuição para a enfermagem. **Rev Esc Anna Nery Rev Enferm**, 2008 mar; 12 (1): 150.

SPOSAT, A; LOBO, E. Controle Social e Políticas de Saúde. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, 8 (4) 366- 378, out\dez, 1992.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2015;10(35):1-12. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Acesso em: 01 jul. 2017

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

TSUNECHIRO, M. A.; OSAVA, R. H.; OGUISSO, T. Dimensões éticas e legais da atenção obstétrica. In: **PROENF**: Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde materna e neonatal: Ciclo 1, Módulo 3[S.l: s.n.], 2010.

VELHO, G. Observando o familiar. In: NUNES, E. O. (Org.). **A aventura sociológica**: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 36-47.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, (75) s 25-s37, 2001.

ZHANG, J. et al. Continuous labor support from attendant for primiparous women: a meta-analysis. **Obstet Gynecol**, 1996; 4:739-44.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Múltiplas faces de um conceito de parto: uma abordagem etnográfica de grupos do movimento de humanização nascimento

Pesquisadora: Lidiane Mello de Castro – Doutoranda do programa Interunidades da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos (EE – USP).

Este estudo tem como objetivo compreender os significados e as práticas construídos a partir do conceito de parto, presentes no campo da humanização do nascimento. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com metodologia etnográfica realizada por meio de entrevistas com as (os) participantes e observação das atividades dos grupos que militam no campo da humanização do nascimento. Partimos do pressuposto que no campo da humanização existe uma cultura de humanização e, com isso, procuraremos compreender os significados e as práticas relacionadas com o conceito de parto neste grupo. Com esta pesquisa, busca-se contribuir para uma melhor compreensão das perspectivas sobre o parto humanizado e, por essa via, para uma melhor reflexão e discussão sobre o campo da humanização do nascimento.

Nesse sentido, declaro que todas(os) as(os) participantes envolvidas(os) nesta pesquisa serão convidadas(os) a colaborar voluntariamente, após serem informadas(os) sobre a natureza da pesquisa, de seus objetivos, sua relevância social e seus benefícios, conforme as normas previstas na Resolução 466/12, e demais, do CNS.

Como a participação será voluntária, caso não aceite participar da pesquisa, não sofrerá qualquer penalidade ou perda de benefícios. As(os) participantes poderão interromper sua participação em qualquer momento da pesquisa. Bem como será solicitada a autorização das(os) participantes para possível divulgação dos dados obtidos, sendo garantido o sigilo de sua identidade. Os riscos para as(os) participantes em relação a sua saúde e integridade física e moral são mínimos. Este

termo de consentimento livre e esclarecido será emitido em duas vias: uma ficará com a pesquisadora e a outra ficará com a(o) participante.

Eu, _____ declaro que fui informada(o) dos objetivos, da justificativa desta pesquisa e também sobre qual seria o procedimento utilizado para a obtenção dos dados. Estou ciente de que posso interromper a minha participação em qualquer momento da pesquisa.

Autorizo a gravação em áudio da entrevista e possível divulgação dos dados obtidos por este estudo, sendo assim fui informado sobre o sigilo de minha identidade.

Sei que para qualquer esclarecimento posso procurar a pesquisadora responsável Lidianne Mello de Castro da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP) pelos telefones: (11) 2576-1462 e 95852-3365. Caso haja algum problema ou reclamação, posso procurar o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) pelo telefone: (11) 3061-7548 ou pelo endereço eletrônico: edipesq@usp.br

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Local e data:

Nome:

Assinatura da(o) entrevistada(o)

Assinatura da entrevistadora

APÊNDICE B – Roteiro de entrevistas

Dados Gerais:

Nome:

Idade:

Ocupação:

Grupo pertencente:

Quantidade de Filhos:

Religião:

Escolaridade:

Questões norteadoras:

Como você chegou ao grupo? O que lhe trouxe ao grupo? Qual a sua trajetória?

Qual a sua atuação no grupo?

O que é um parto?

Para você, quais são as práticas consideradas boas?

O que você acredita que te levou a essa concepção de parto? Onde você buscou informações sobre essa ideia de parto?

APENDICE C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Múltiplas faces de um conceito de parto: uma abordagem etnográfica de grupos do movimento de humanização nascimento

Pesquisador: LIDIANE MELLO DE CASTRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38212814.1.0000.5302

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 884.483

Data da Relatoria: 17/11/2014

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem como objetivo compreender os significados e as práticas construídos a partir do conceito de parto, presentes no campo da humanização do nascimento. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem etnográfica feita em grupos que militam no campo do parto humanizado. Parte-se do pressuposto que existe uma relação entre o conceito de parto e as práticas que buscam uma mudança no modelo de nascimento. Com essa pesquisa, busca-se contribuir para uma melhor compreensão das perspectivas sobre o parto humanizado e, por essa via, para uma melhor reflexão e discussão sobre o campo da humanização do nascimento. Para a estruturação desse projeto de pesquisa foram criadas algumas questões norteadoras, descritas a seguir:

Como se deu a construção do conceito de parto no campo de humanização do nascimento no Brasil?

Qual a relação entre o conceito de parto e as práticas de grupos que fazem parte do movimento de humanização?

De que maneira o conceito de parto orienta as práticas de grupos no interior do movimento de humanização?

Os participantes do estudo serão os integrantes de dois grupos do movimento da humanização do

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipeaq@usp.br

Continuação do Projeto: 004.000

parto e nascimento. Com a escolha de dois grupos a ideia não é comparar um do outro, mas sim colocá-los em justaposição estabelecendo os contrastes existentes. Serão seguidos os seguintes procedimentos metodológicos:

- Revisão da literatura científica nacional e internacional relacionado ao campo da humanização do nascimento;
- Entrevistas semi-estruturadas com participantes dos grupos que militam no movimento da humanização do parto e nascimento;
- Etnografia local nos grupos estudados e nos eventos promovidos pelo movimento de humanização do parto e nascimento, com o objetivo de compreender as relações entre os discursos e as práticas sobre os conceitos de parto.

Para a participação na pesquisa os participantes terão que cumprir certos requisitos:

- Deverão ser parte do grupo estudado, sendo homens militantes, mulheres militantes, gestantes e profissionais de saúde.
- Deverão participar das atividades do grupo, os grupos de gestantes e de pós-parto (Rodas de Mães);
- Deverão optar pela colaboração voluntariamente, após a leitura e aceitação do termo de consentimento;

A coleta de dados será feita por meio de entrevistas semi-estruturadas, com perguntas abertas seguindo um roteiro de entrevista.

Previamente as entrevistas, entraremos em contato com os(as) colaboradores(as), agendando a entrevista no local e dia de escolha, esclarecendo a finalidade do projeto e a importância de sua participação na pesquisa. A entrevista ocorrerá mediante a leitura e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Seguiremos um roteiro de questões como apoio, estabelecendo um processo dialógico entre a pesquisadora e a(o) entrevista(o), onde toda a entrevista terá seu áudio gravado para uma transcrição posterior. Posteriormente as entrevistas serão transcritas seguindo fielmente a narrativa do colaborador, associando as observações da pesquisadora.

A discussão será realizada a partir da análise de conteúdo que segundo Minayo podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as hipóteses formuladas, além disso, podemos ir além do que está por trás de conteúdo manifesto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipeaq@usp.br

Continuação do Parecer: 000.000

Compreender os significados e as práticas construídos a partir do conceito de parto, presentes no campo da humanização do nascimento.

Objetivos Específicos

Compreender a construção do conceito de parto no movimento de humanização;

Caracterizar práticas de assistência ao parto no movimento de humanização;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo.

Benefícios:

Com essa pesquisa, busca-se contribuir para uma melhor compreensão das perspectivas sobre o parto humanizado e, por essa via, para uma melhor reflexão e discussão sobre o campo da humanização do nascimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esse estudo tem alta relevância para a área da saúde e para o conhecimento científico em geral, pois proporciona a discussão sobre o conceito e as práticas relacionadas ao parto dentro do campo de humanização de nascimento.

Através da compreensão das perspectivas sobre o parto, busca-se contribuir para a reflexão e discussão sobre o campo da humanização do nascimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE apresentado segue a legislação vigente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto é relevante e está adequadamente construído seguindo os passos metodológicos previstos para esse tipo de pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-800
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: adparec@usp.br

Continuação do Parecer: 884.482

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na Plataforma Brasil.

SÃO PAULO, 25 de Novembro de 2014

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
 (Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)2061-7548 Fax: (11)2061-7548 E-mail: edipesq@usp.br