

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

IVETE LOURDES DUTRA

**PARTO NATURAL, NORMAL E HUMANIZADO:
a polissemia dos termos e seus efeitos sobre a atenção ao parto**

Porto Alegre

2005

IVETE LOURDES DUTRA

PARTO NATURAL, NORMAL E HUMANIZADO:

a polissemia dos termos e seus efeitos sobre a atenção ao parto

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Dagmar Elisabeth Estermann Meyer

Porto Alegre

2005

D978p Dutra, Ivete Lourdes

Parto natural, normal e humanizado : a polissemia dos termos e seus efeitos sobre a atenção ao parto / Ivete Lourdes Dutra ; orient. Dagmar Elisabeth Estermann Meyer. – Porto Alegre, 2005. 145 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2005.

Inclui resumo em Português, Espanhol e Inglês.

1. Parto. 2. Humanização do parto. 3. Mulheres grávidas. 4. Cultura. 5. Identidade de gênero. 6. Política de saúde : Brasil. 7. Promoção da saúde. I. Meyer, Dagmar Elisabeth Estermann. II. Título.

Limites para indexação: Humano. Feminino. LHSN – 440
NLM – WQ 300

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

IVETE LOURDES DUTRA


PARTO NATURAL, NORMAL E HUMANIZADO:

a polissemia dos termos e seus efeitos sobre a atenção ao parto

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 29 de novembro de 2005.

Banca Examinadora




Profª. Drª. Dagmar Elisabeth Estermann Meyer (orientadora)



Profª. Drª. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Dora Lúcia L. C. de Oliveira

Profª. Drª. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira



Profª. Drª. Janine Schirmer

Aos profissionais da área de obstetrícia que acolheram meu convite e compartilharam suas práticas. Aos alunos de graduação e pós-graduação e usuárias que foram instrumentos para mobilizar-me a este desafio, tornando viva esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Este é um dos momentos mais desejados por mim nestes últimos meses. Confesso que estava ansiosa por ele. Foi uma caminhada árdua, com inúmeros desafios, não somente no mestrado, sonho e prioridade dos últimos anos, como também nas minhas vivências pessoais. Por vezes, pensei que a tarefa à que me propunha parecia impossível de ser alcançada e sentia-me desfalecer no processo.

Este é o momento em que tenho a oportunidade de agradecer às pessoas que me acompanharam, que se fizeram presentes de muitos modos, com quem partilhei e de quem recebi. As pessoas aqui citadas compõem as histórias que posso contar sobre esta dissertação; entendo que sem elas não poderia escrever desta forma. Agradeço às pessoas que dividiram comigo carinhos, lágrimas, conversas, trocas de saberes, saudades, dificuldades, inseguranças, angústias, amizade.

A minha orientadora, Dagmar, por acolher-me como sua orientanda; pelas marcas indeléveis que conferiu a minha formação; pelas inquietações provocadas por sua produção intelectual e seus posicionamentos políticos; pelo privilégio do aprendizado proporcionado por seu caráter e seu saber, através da presença crítica, disciplinada, rigorosa e amorosa. Agradeço muito pela oportunidade de aprender como mulher, enfermeira, professora, pesquisadora e aluna. Como orientadora, Dagmar foi incansável na procura e indicação de materiais para subsidiar a pesquisa, bem como na leitura e releitura dos meus textos. Acredito que o exercício da paciência tenha sido o seu maior desafio devido as minhas dificuldades de escrita. Ela deu-me o apoio indispensável para a construção desta investigação .

Ao grupo de orientação – Maria Cláudia, Luiz, Simone, Helena, Letícia, Gládis, Damico, Sandra e Aline. Agradeço a todos pelos momentos que partilhamos no período como orientandos/as, pelo coleguismo e amizade. Os encontros de

orientação coletiva contribuíram de forma significativa para minha caminhada. As sugestões, as críticas, o carinho, o companheirismo permitiram o movimento para a elaboração e construção deste trabalho. Agradeço a Maria Cláudia pela amizade e carinho que sempre marcaram nossos encontros.

À banca examinadora, agradeço a cada uma de suas componentes pela disponibilidade, atenção e carinho com que acolheu o convite para avaliar este trabalho. Às professoras Janine Schirmer, Ana Bonilha e Dora de Oliveira, pela leitura e avaliação cuidadosas por ocasião da qualificação da proposta e pelas efetivas e valiosas sugestões e contribuições para a realização desta dissertação. Agradeço também pela acolhida carinhosa do convite para compor a banca por ocasião desta etapa final do processo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela qualificada formação pública e gratuita, que me possibilitou cursar o Mestrado; a todas as professoras, funcionários e funcionárias desta Universidade, pela atenção e disponibilidade.

Agradeço, de modo especial, à professora Ana Bonilha pelas trocas, experiências e aprendizagens desde o curso de especialização em Caxias. Em suas aulas no Mestrado, pela amizade que construímos para além da caminhada acadêmica.

Às pessoas com quem convivi durante o Mestrado, impossível citar todas/dos, mas em especial as colegas : Nelci, Leila e Lenir. Agradeço pela parceria nas atividades acadêmicas, pelo afeto e carinho compartilhados .

À Lene, pela disponibilidade e pela revisão criteriosa deste trabalho.

Ao Gregório, Roseana e Maria Eugenia, amigos e amigas queridas/do de longa data, que torceram muito para meu ingresso neste Programa. Contribuíram de

forma especial para o meu crescimento. Agradeço pela presença em minha vida e pelas valiosas sugestões que teceram em diferentes momentos.

Aos meus pais, Alcir (*in memoriam*) e Angelina, pela presença em minha vida. Nunca tiveram um dia de aula, mas mostraram uma pedagogia especial. Com eles, aprendi sobre perseverança, respeito, honestidade, solidariedade, humildade, simplicidade, parceria, cumplicidade, amizade. Agradeço por todas essas marcas, pois foram indispensáveis para minha formação de personalidade e evolução enquanto ser humano. Sei que o papai, esteja onde estiver, assim como a mamãe, está muito feliz com mais esta minha conquista. Obrigada por tudo e pelo estímulo às escolhas que fiz. A minhas irmãs e irmãos, pelas aprendizagens construídas ao longo de nossas vidas através da convivência fraterna, principalmente pela amizade que nós une.

Ao Onei, parceiro de longa data, agradeço pela cumplicidade que nos une, pelo amor e o cuidado que tem por mim e pelo estímulo a este trabalho, mesmo que tenha demandado muito espaço em nossas vidas. Agradeço também por suas contribuições estratégicas na sala de estudos para me ensinar a usar o computador. Onei foi um amigo que me amparou nos momentos difíceis para superar os desafios que esta tarefa exigiu. Ao Alister, meu filho, agradeço pelo amor e ternura que nos une; pelas muitas experiências e aprendizados que acumulamos ao longo de nossa(s) vida(s), em especial nestes últimos dois anos, e pelas contribuições nas tarefas do computador. A todos e todas que marcaram presença em minha vida, minha mais sincera gratidão, pois esta conquista foi apenas mais um passo, resultante dos muitos dados anteriormente.

[...] a viagem obriga quem viaja sentir-se “estrangeiro”, posicionando-o , ainda que temporariamente, como “outro”. A viagem proporciona a experiência do “não” sentir-se em casa[...]. Na viagem, podemos experimentar ainda que de forma limitada, as delicias - e as inseguranças – da instabilidade e da precariedade da identidade.

(Tomaz Tadeu da Silva, 2000, p.88)

RESUMO

A presente dissertação foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Discute e analisa as concepções de parto natural, normal e humanizado, tomando como referência o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento preconizado pelo Ministério da Saúde e os conteúdos das falas de profissionais da medicina e da enfermagem que atuam em um hospital-escola no interior do Rio Grande do Sul. O objetivo da investigação foi delimitar as convergências e conflitos de maior relevância que permeiam essas concepções dos diferentes tipos de parto para discutir alguns dos possíveis efeitos dessas formas de compreensão sobre a organização e a implementação da atenção ao parto humanizado nesse local. É um estudo qualitativo do tipo estudo de caso e inscreve-se na intersecção dos campos dos estudos culturais e de gênero com um recorte em saúde reprodutiva. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. Os procedimentos de investigação envolveram análise de conteúdo de documentos federais (Programa de Humanização do Parto e do Nascimento) e de entrevistas semi-estruturadas com o conjunto de médicos/as e enfermeiras que atuavam no centro obstétrico no período de realização do trabalho de campo. A análise realizada evidencia convergências, ambigüidades, sobreposições e conflitos entre os três termos e no interior de cada um deles, indicando que essa polissemia tem efeitos diretos sobre a forma como o parto é implementado na instituição, assim limitando as possibilidades de mudanças objetivadas com a Política de Humanização.

Palavras-chave: Parto. Humanização do parto. Mulheres grávidas. Cultura. Identidade de gênero. Política de saúde: Brasil. Promoção da saúde.

Limites: Humano. Feminino.

RESUMEN

El presente estudio fue desarrollado en el Programa de Pos-Graduación en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul. Discute y analiza las concepciones del parto natural, normal y humanizado, teniendo como referencias el programa de humanización del parto y del nacimiento determinado por el Ministerio de Salud, los comentarios y las opiniones de los profesionales de medicina y de enfermería que actúan en un hospital-escuela en el interior de Rio Grande do Sul. El objetivo de la investigación fue delimitar las convergencias y conflictos de mayor relevancia que direccionan los conceptos de parto para la discusión de algunos posibles efectos sobre las formas de comprensión de la organización y de la implementación de la atención al parto humanizado en esa institución. Es una investigación cualitativa, tipo estudio de caso e inscribese en la intersección de los campos de estudio culturales y de género con un recorte en la salud reproductiva. Aprobado por el comité de ética e investigación de la institución. Los procedimientos de investigación involucraron el análisis de documentos federales (Programa de humanización del parto y de nacimiento) y entrevistas semi - estructuradas a profesionales médicos (as) y enfermeros (as) que actuaban en el centro obstétrico durante el periodo de actividades realizadas en el campo. Los análisis realizados evidenciaron convergencias, ambigüedad, sobreposiciones y conflictos entre los tres términos y en el interior de cada uno, indicando que tienen efectos directos sobre la forma como el parto es implementado en la institución y así limita las posibilidades de cambios, planteados con la política de humanización.

Palabras-clave: *Parto. Humanización del parto. Mujeres embarazadas. Cultura. Identidad de género. Política de salud: Brasil. Promoción de la salud.*

Límites: *Humano. Femenino.*

ABSTRACT

The present dissertation was developed in the Masters Course in Nursing at the Federal University of Rio Grande do Sul. It involves a discussion and general analyses of conceptions of natural, normal and humanized labor, taking the Labor and Childbirth Humanization Program as a reference, which has been sponsored by the Ministry of Health, and the contents of speeches produced by Medicine and Nursing professionals who work at a school-hospital in the countryside of Rio Grande do Sul. The objective of this investigation was to delimit the highly relevant convergences and conflicts concerning these conceptions to discuss some of the possible effects of the different ways of comprehension involving both the organization and the implementation of attention to the humanized labor at that place. This is a qualitative study, in the form of a case-study situation, located at the intersection of cultural and gender studies, also considering reproductive health. It was approved by the Committee of Research Ethics of the Institution. The investigation procedures involved an analysis of federal documents (Labor and Childbirth Humanization Program) and semi-structured interviews with a group of physicians and nurses who acted in the obstetric center at the time this research was carried out. The final analysis has proved the existence of convergence, ambiguities, stereotypes and conflicts between the three terms and inside each one of them, indicating that this polysemy has direct effects on the form that labor is implemented in the institution, thus resulting in the limitation of possibilities of changes aimed by the Humanization Policy.

Key words: *Parturition. Humanizing delivery. Pregnant women. Culture. Gender identity. Health policy : Brazil. Health promotion.*

Limits: *Human. Female.*

SUMÁRIO

1	O QUE EU TENHO A VER COM SAÚDE DA 'MULHER'	18
1.1	Introduzindo minhas questões	18
1.2	Multiplicando sentidos de parto para instaurar modos de ver e fazer a investigação	22
2	ATENÇÃO AO PARTO NO BRASIL: contexto e desafios	31
2.1	Contextualizando o modelo de atendimento ao parto e ao nascimento no Brasil	31
2.2	Enfermagem e medicina: relações e conflitos entre duas profissões afins na atenção ao parto e ao nascimento	40
2.3	Humanização: um programa governamental que pretende transformar a cultura de atenção às mulheres na parturição	51
3	CULTURA, CORPO E GÊNERO: articulando o referencial de análise	62
4	METODOLOGIA	67
4.1	A opção pela abordagem	67
4.2	O cenário da investigação	69
4.3	Caracterização dos participantes	71
4.4	Trabalho de campo	73
4.5	Procedimento de análise de informações	76
4.6	Fontes documentais analisadas	78
4.7	Algumas considerações éticas	79
5	CONCEPÇÕES DE PARTO NO CONTEXTO INVESTIGADO	80
5.1	O que se diz sobre os diferentes tipos de parto	81

	16
5.1.1 Parto Natural	81
5.1.1.1 Parto natural como sinônimo de parto sem intervenção técnica e medicamentosa	82
5.1.1.2 Parto natural como sinônimo de parto normal	84
5.1.1.3 Parto natural como sinônimo de parto humanizado	86
5.1.1.4 Parto natural como um evento que faz parte da “natureza da mulher”	87
5.1.1.5 Parto natural como sinônimo de parto domiciliar	90
5.1.2. Parto normal	94
5.1.2.1 Parto normal como sinônimo de um parto com intervenções medicamentosas e técnicas associadas a regulamento institucional e, ao mesmo tempo, como sinônimo de ato médico.	95
5.1.3. Parto humanizado	104
5.1.3.1 Parto humanizado como sinônimo de conversar mais com a mulher e permitir a entrada de um familiar	105
5.1.3.2 Parto humanizado como sinônimo de parto normal e parto natural	111
5.1.3.3 Parto humanizado como conjunto de ações que devem estar presentes em qualquer tipo de parto	113
5.2 Relações entre a polissemia do termo parto e a assistência ao parto	118
5.3 Algumas possibilidades e limites das Políticas de humanização do parto e do nascimento	124
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
REFERÊNCIAS	133

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada	141
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Informado	142
APÊNDICE C - Municípios	143
ANEXO – Carta de Aprovação do Comitê de Ética	145

1 O QUE EU TENHO A VER COM A ÁREA DA SAÚDE DA 'MULHER' ?

1.1 Introduzindo minhas questões

Meu envolvimento com as questões da saúde da mulher, especificamente na área obstétrica, deu-se de forma paulatina. Minha história caracterizou-se por uma vivência em que o parto tinha uma conotação de 'naturalidade fisiológica'¹, ou seja, o ato de parir fazia parte do processo reprodutivo e gestacional, entendido e vivido como algo inerente à condição de ser mulher. Nesse contexto temporal e cultural, os partos eram realizados no domicílio, assistidos por parteira prática e familiares. Após cursar uma faculdade de Enfermagem e realizar curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, acessei/adquiriti novos conhecimentos, deparei-me com outras realidades e inquietei-me ainda mais com o atendimento que vem sendo oferecido às mulheres no período que envolve gestação, parto e puerpério.

Essas inquietações acentuaram-se na medida em que me envolvi para além da assistência, com a docência na disciplina de Enfermagem Obstétrica em um curso de graduação em Enfermagem e com a coordenação de um curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica. Atualmente, desenvolvo atividades de atenção às mulheres gestantes nos campos de estágios em pré-natal e Centro Obstétrico (C.O.). Nessas duas instâncias, são atendidas somente usuárias que pertencem à rede do Sistema Único de Saúde (SUS). O pré-natal é realizado em um ambulatório, e as usuárias residem no município de Caxias do Sul, enquanto que, no Centro Obstétrico do Hospital, as gestantes são provenientes de toda a região que

¹ A utilização de aspas simples nesta dissertação é para destacar palavras sob suspensão ou com sentido que não os convencionais; as aspas duplas serão utilizadas para citações.

faz parte da 5ª Coordenadoria da Saúde, sendo que esse Hospital é referência para Gestação de Alto Risco.

No contato com os Centros Obstétricos, percebo que a atenção prestada às mulheres em processo de parir parece estar aquém do proposto pelas Políticas de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde e da proposição da Organização Mundial da Saúde (OMS). Um exemplo disso pode ser constatado no alto  ndice de realização de cesáreas. O Estado do Rio Grande do Sul e a cidade de Caxias do Sul não estão sendo um bom referencial nesse aspecto se comparados ao proposto pela OMS, que preconiza um percentual de 15% de cesarianas do total de nascimentos. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul, os dados epidemiológicos dos índices de partos cesáreos no Estado, no ano de 2001, indicam 42%. No município de Caxias do Sul, o  ndice foi de 58,9%, enquanto que, na 5ª Coordenadoria de Saúde, composta por 48 municípios da Região da Serra, o  ndice ficou em 56%.

Quanto   atenção dispensada às mulheres em trabalho de parto, freqüentemente as práticas observadas no cotidiano de trabalho estão centradas na implementação de técnicas que podem ser visualizadas através de inúmeras intervenções, tais como: enema, tricotomia, infusão intravenosa; restrição ou ausência de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto; restrição de movimentos; exames vaginais freqüentes e repetidos, especialmente em um hospital-ensino, com a presenç a de vários cuidadores a cada turno; uso de ocitocina de forma rotineira para aceleração do trabalho de parto; comandos verbais para que a parturiente realize esforç os expulsivos, muitas vezes antes de sentir vontade; posição litotômica; uso constante de episiotomia, entre outras, além da ausência ou proibição de acompanhante durante o trabalho de parto.

Outro aspecto que merece ser mencionado neste contexto é a não-compreensão dos/as profissionais acerca das dimensões culturais imbricadas na conformação dessas técnicas, na produção do corpo feminino, na forma como o parto é executado e vivenciado por esses/as profissionais. É uma compreensão muito pouco explicitada e trabalhada, tanto no contexto das Políticas de Saúde quanto no meu cotidiano profissional como enfermeira e docente.

Diante dessas constatações, intensificou-se a necessidade de rever conceitos, de compreender melhor esse campo de atuação, especificamente o contexto onde estou inserida, de acolher a diversidade de cuidados e intervenções técnico-obstétricas que essa especialidade requer para qualificar a atenção prestada. Senti necessidade de ampliar as reflexões para além da compreensão dos aspectos técnicos e tecnológicos de minha disciplina e área de atuação, com a finalidade de construir uma interface entre saúde da mulher e abordagens de construções culturais de gênero e de corpo, que serão discutidas mais adiante.

De forma especial, o exercício da docência coloca-me diante de discussões relacionadas aos partos natural, normal e humanizado, as quais estão permanentemente sendo transversalizadas e problematizadas nos espaços de sala de aula e de campos de estágios.

Freqüentemente, sinto-me desconfortável frente a alunos e alunas de graduação e pós-graduação, como também frente às usuárias do SUS, quando estes e estas realizam seus questionamentos sobre a temática e apontam para a complexidade e a multiplicidade de interesses que a permeiam. Observa-se um distanciamento nos campos de atuação entre os discursos das instituições que estabelecem os modelos, os/as profissionais que os implementam e a atenção efetivamente prestada às mulheres em centro obstétrico.

Nesse sentido, tornaram-se relevantes para esta investigação a reflexão e a compreensão das concepções de parto normal, natural e humanizado, pois são elas que embasam os modelos de atenção ao parto e ao nascimento atualmente preconizados. Portanto, penso ser inadiável essa reflexão, tendo em vista que dela podem derivar contribuições para a formação e qualificação de enfermeiros/as que atuam ou que podem vir a atuar na área de saúde da mulher dentro de uma abordagem que incorpore uma reflexão envolvendo aspectos culturais. Isso porque compreendo que a atenção às mulheres no processo gestacional, trabalho de parto e puerpério reflete as formas de pensar e agir delineadas nos diferentes modelos de formação, legitimados nas diferentes culturas, visto que cada sociedade, cada grupo cultural constrói e modifica suas próprias formas de viver e organizar a vida, levando em conta seus saberes, suas crenças, seus legados confessos e não-confessos.

A partir dessas considerações, inúmeras perguntas confirmaram a necessidade de investigação acerca das concepções dos/as cuidadores/as médicos/as e enfermeiros/as sobre os diferentes tipos de parto. A delimitação do estudo centrou-se nas seguintes questões: que diferentes sentidos se articulam em torno dos termos parto 'normal', 'natural' e 'humanizado' no contexto de um serviço de atenção ao parto em uma instituição pública de saúde vinculada a uma instituição privada de ensino superior em Caxias do Sul? Quais são as convergências que se articulam e os conflitos que se explicitam ou que surgem em torno dessas noções quando se relacionam ou se confrontam as concepções explicitadas no programa de humanização do parto com as concepções dos/as profissionais de saúde que as implementam? Frente a essas questões, os objetivos desta dissertação são:

- a) discutir concepções de parto normal, natural e humanizado, tomando como referência o Programa de Humanização do Parto e

do Nascimento, preconizado pelo Ministério da Saúde, e os conteúdos das falas de profissionais da medicina e da enfermagem que atuam em um hospital-escola ;

- b) discutir convergências e conflitos de maior relevância que permeiam essas concepções, refletindo sobre alguns dos possíveis efeitos dessas formas de compreensão sobre a organização e a implementação da atenção ao parto na instituição abordada.

1.2 Multiplicando sentidos de parto para instaurar modos de ver e fazer a investigação

No cenário brasileiro, as questões relacionadas ao parto vêm sendo debatidas amplamente por vários segmentos sociais. Elas têm-se mostrado muito presentes em várias instâncias do cotidiano, inclusive na mídia. Para ilustrar a dimensão da importância dada ao assunto, o jornal Zero Hora, de Porto Alegre, do dia 13 de janeiro de 2004, publicou um suplemento especial direcionado à família e, mais especialmente, às mulheres em período reprodutivo. Essa matéria tratou de planejamento familiar, gestação, parto e cuidados com a criança. O fato de um jornal de grande circulação como o Zero Hora preocupar-se com o tema a ponto de incorporá-lo como matéria de um suplemento não acontece por acaso e tem efeitos importantes sobre o público leitor. Isso porque, ao publicar uma matéria, o jornal não está apenas informando, mas constituindo-se em um veículo de formação de

opinião. De acordo com Tomaz Tadeu da Silva², isso significa construir e veicular “formas de conhecimento que influenciarão o comportamento das pessoas de maneiras cruciais e até vitais” (2001, p.144).

Uma das páginas do suplemento citado anteriormente dedica-se a discutir as concepções de parto. Ali podemos encontrar definições de três tipos de parto: humanizado, cesáreo e natural, assim como a descrição das vantagens e desvantagens de cada um, conforme sintetizado a seguir:

Parto humanizado: Processo pelo qual se prioriza a permanência do pai ou do familiar na sala de parto. O médico permanece como observador, interferindo o mínimo possível, sendo que as tecnologias estarão disponíveis caso se faça necessário. O ambiente é agradável, e *a mãe participa de forma ativa no processo*. Há um maior contato da família com o/a recém-nascido/a.

Parto cesáreo: o jornal recomenda esse tipo de parto para mãe e bebê quando “a mãe apresentar bacia deformada ou desproporcional ao tamanho do bebê”; quando “ocorrerem crises de oxigenação ao bebê durante o trabalho de parto” (p. 5); nos casos em que a mãe apresentar intercorrências, como hipertensão e diabetes, ou já possuir cesáreas prévias, pelo risco de ruptura uterina; se o bebê estiver pélvico ou transversal. As vantagens caracterizam-se pela segurança, rapidez, simplicidade e comodidade que a cirurgia oferece à mãe e ao bebê. Desvantagens: a mulher perde o dobro de sangue se compararmos o parto cesáreo com o parto vaginal; há maior risco de infecção, hemorragia e morbidade materna, trazendo possíveis comprometimentos em gestações futuras; a recuperação

² A referência bibliográfica utilizando o nome e sobrenome do/a autor/a quando este/a é citado/a pela primeira vez no corpo do texto é uma opção política motivada por minha inserção no campo dos Estudos de Gênero, com a qual pretendo visibilizar mulheres e homens a quem me refiro.

materna no pós-operatório é mais demorada e dolorosa; e, nos casos de intervenção eletiva, a criança pode nascer prematura e apresentar problemas respiratórios.

Parto natural: o jornal define esse tipo de parto como aquele em que as mulheres passam por adaptações fisiológicas, tomando como exemplo o aumento de volume sanguíneo e do útero para enfrentar o parto normal. Quando não há intercorrências ou complicações, o parto natural deve ser a primeira escolha feita entre médico e paciente. Vantagens: durante o parto natural, a criança é preparada para nascer, pois, ao passar pelo canal do parto, sofre compressão torácica, fazendo com que elimine líquidos pulmonares, assim melhorando a expansão pulmonar e a respiração. A experiência de parir é gratificante para a mãe enquanto mulher, e sua reabilitação é rápida, proporcionando-lhe uma maior e melhor interação com o/a recém-nascido/a. Desvantagem: “sua imprevisibilidade pode ser vista como um prejuízo” (Zero Hora, 2004). Outras desvantagens citadas são o aumento do risco de rupturas vaginais, incontinência urinária e fecal para as mães devido ao esforço realizado no período expulsivo, especialmente se o atendimento não for adequado. Acrescenta-se também que a dor pode causar desconfortos à mulher.

Tomar essas definições veiculadas em matéria de jornal e relacioná-las com significados atribuídos ao parto que estão presentes, por exemplo, nos dicionários e na literatura médica pode ser um exercício interessante para introduzir o tema que pretendo desenvolver de forma mais extensiva ao longo desta dissertação. Entendo que tais relações podem dar suporte à argumentação que estou me propondo a fazer, qual seja, que o parto (e também as tipologias nas quais ele se desdobra) pode ser significado de formas muito variadas e que esse processo de significação interfere nos modos como é vivido pelas mulheres e executado pelos/as profissionais que dele participam.

Segundo Dicionário Taber, o termo 'parto' significa: "ato de nascer; trânsito do feto desde o útero até o exterior. Processo do nascimento de uma criança. Expulsão da criança juntamente com a placenta e membrana do interior da mãe durante o nascimento" (PARTO, 2000, p. 1309). No que se refere ao sentido de 'natural', 'normal' e 'humanizado', o dicionário Aurélio traz as seguintes definições: a palavra 'natural' vem do latim *naturale*, significando "de ou referente à natureza (...); produzido pela natureza (...); em que não há trabalho ou intervenção do homem (...); que segue a ordem natural das coisas (...); inato, ingênito, congênito (...); próximo do instinto; próprio, peculiar (..)" (NATURAL, 1999, p. 1394). O mesmo dicionário define a palavra 'normal' como: "que é segundo a ordem, a norma; habitual ao natural". A palavra 'normal' vem de 'norma', que significa "(1) aquilo que se estabelece como base ou medida para a realização ou avaliação de alguma coisa; (2) princípio, preceito, regra, lei (...); (3) modelo, padrão (...) norma de conduta e de ação (...)" (NORMAL, 1999, p. 1415).

Quando articulamos os termos acima, tendo em vista os sentidos atribuídos a cada um deles isoladamente, é possível discutir alguns sentidos de parto natural e normal. O parto natural é geralmente entendido, na área da saúde, como o desencadeamento fisiológico assistido do nascimento, com intervenção técnica mínima e necessária. O natural do parto, para Nogueira ([2003?]), "é permitir que as coisas sigam seu curso, pois a natureza tem um processo, tem um sentido, um começo e um fim" (NOGUEIRA, [20--]). O dicionário Taber define o parto natural como:

O parto de um feto sem uso de analgésicos, sedativos ou anestésicos. Denominado "natural" porque este método era a única abordagem ao nascimento de uma criança antes do desenvolvimento das modernas técnicas obstétricas. Tanto a mulher e freqüentemente seu companheiro, passam por um período de treinamento meses antes do parto natural. Este treinamento é denominado preparação psicoprofilática para o parto. Mais recentemente, o parto natural veio

incluir uma abordagem mais não intervencionista, com menos suporte tecnológico e mais embasamento no apoio emocional durante o trabalho de parto e o próprio parto, dentro do que for considerado apropriado (PARTO NATURAL, 2000, p. 1310).

Segundo Dicionário Blakiston, o parto natural é a

(...) forma de parto na qual são salientados os aspectos psicológicos, fisiológicos e emocionais a fim de educar a paciente para o trabalho de parto e, quando possível, reduzir ou eliminar o emprego de medicamentos; trata-se de expressão popular. A gestante é educada para o parto natural, tendo conhecimento da anatomia e fisiologia do mesmo e sendo submetida a um regime de exercícios (PARTO NATURAL, [19--] p. 790).

Também nessa definição ressalta-se a necessidade de educar a gestante para o parto natural. Nessa direção, um dos efeitos da articulação dos termos 'parto' e 'natural' em uma mesma expressão parece ser a modificação de sentidos do termo 'natural' como "produzido pela natureza (...); em que não há trabalho ou intervenção do homem (...); que segue a ordem natural das coisas (...); inato, ingênito, congênito (...); próximo do instinto" (NATURAL, 1999, p. 1394) que apresentei acima. Por sua vez, o parto normal pode ser concebido como o desencadeamento fisiológico assistido de um processo que se utiliza de intervenção técnica e medicamentosa, sustentado por um conjunto de normas e rotinas e que geralmente ocorre em instituições de saúde.

Aqui, o efeito da articulação dos termos 'parto' e 'normal', este entendido como algo que "é segundo a ordem, a norma; habitual ou natural" ou "aquilo que se estabelece como base ou medida para a realização ou avaliação de alguma coisa", parece funcionar na direção de instituir o parto que atende a essas características como sendo aquele que está "dentro da ordem das coisas" – uma ordem que parece não estar, necessariamente, presente no chamado parto natural.

A incursão por alguns dos significados comumente atribuídos a esses termos não remete ao objetivo de estabelecer um único sentido ou, ainda, o sentido

verdadeiro e mais correto de cada um deles. Pelo contrário, quero chamar a atenção para a multiplicidade de sentidos dados ao termo 'parto' e aos tipos em que ele se desdobra. Pretendo encaminhar-me, assim, para uma reflexão sobre os efeitos dessa multiplicação de sentidos encontrados no campo da pesquisa, uma vez que grande parte da literatura médica dedica pouco espaço para a problematização desses processos de significação. Tal reflexão torna-se relevante especialmente quando a inclusão ou não do aparato técnico-científico é um dos aspectos que institui 'a ordem das coisas', o que qualifica um tipo de parto como normal e outro como natural, caracterizando políticas que hoje investem na chamada humanização dos processos de parturição.

Em alguns países pobres ou em desenvolvimento, por exemplo, o parto natural é definido como aquele que é, muitas vezes, realizado em domicílio e acompanhado por 'parteiras práticas' que supostamente seguiriam o 'curso natural da fisiologia feminina', sem intervenção técnica especializada ou medicamentosa. Isso não significa que não esteja ocorrendo aí algum tipo de intervenção. Algumas questões são úteis para mapear elementos importantes implícitos tanto nesses significados atribuídos aos tipos de parto quanto nas práticas que eles nomeiam e descrevem. Por exemplo: que tipos de intervenções ocorrem? Por quem são realizadas? Para quem são direcionadas? Em que contextos ou em que situação? Tais perguntas permitem a reflexão e a discussão desses significados e seus efeitos e apontam também para a sua historicidade.

A partir dessa breve reflexão, torna-se possível pensar que algumas características do parto natural foram sendo ressignificadas e incorporadas ao chamado parto normal, na medida em que esse processo se institucionalizou com o advento do uso de instrumentos como o fórceps, com o ingresso da figura do/a

médico/a obstetra e com o sensível avanço de estudos na área de obstetrícia. Atualmente, o desenvolvimento de novas tecnologias enquanto ferramentas de trabalho, vêm despertando muito interesse entre os/as profissionais de saúde e tem estimulado discussões acerca do impacto que elas causam na assistência e no cuidado. Emerson Elias Merhy classifica essas tecnologias como:

[...] leves (como no caso das tecnologias de relação do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso dos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde como a clínica médica, a clínica psicanalítica) [...] e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) (MERHY, 2002, p.49).

É exatamente nesse contexto de medicalização e tecnologização do parto no Brasil que emerge o debate em torno de sua humanização, justificada pela necessidade de superar práticas de atendimento que estariam cada vez mais centradas nas tecnologias leve-duras e duras. O sentido que se pretende atribuir a esse termo deve, pois, permitir o contraponto ao grande avanço tecnológico do século XX e ao seu uso indiscriminado nas instituições de saúde, o que teria contribuído sobremaneira para que o parto deixasse de ser um evento que culturalmente era significado pela 'natureza da mulher' de gestar e parir para ganhar novas roupagens, sentidos e significações, passando a ser vivido como uma experiência tecnificada.

Vivemos um momento em que se torna urgente a necessidade de redução dos índices de mortes maternas e perinatais. Por isso, há um grande empenho da OMS e do Ministério da Saúde, assim como de organizações não-governamentais, para a redução desses índices. Esses órgãos apontam, por exemplo, que um dos fatores que contribuem para a manutenção desses índices é o alto número de cesarianas. As cesarianas realizadas no país ultrapassam os 15% recomendados

pela OMS e expressam o domínio da tecnologia dura no momento do parto e do nascimento. O índice de mortalidade materna no Brasil é de 127 mortes/100 mil nascidos/as vivos/as, número considerado altíssimo (Rede Saúde 2000). Dados mais recentes, segundo indicadores no DATASUS (2001-2002), estimam 69,19 mortes/100 mil nascidos/as vivos/as. Em países desenvolvidos, esse índice oscila *de 6 a 20 óbitos* por 100 mil nascidos/as vivos/as. O óbito materno é entendido como “[...] a morte de uma mulher durante o período gestacional ou até 42 dias após o término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa óbito. Corresponde, portanto, à soma das Mortes Obstétricas com as Não Obstétricas” (BRASIL, 2002, p. 13).

A mortalidade materna, segundo estudos do próprio Ministério da Saúde, é considerada evitável em 92% dos casos e, na maioria das vezes, está relacionada: à falta de acesso das mulheres aos serviços; à qualidade deficitária na prestação desses serviços pelos/as profissionais de saúde, especialmente na assistência à gestação, parto e puerpério, tanto nas zonas rurais quanto nos grandes centros urbanos; à baixa escolaridade e renda familiar das mulheres; ao desemprego; à violência; à gravidez não-desejada e, como conseqüência, a abortos clandestinos (BRASIL, 2004).

Frente a essa problemática, os indicadores de saúde citados apontam para a necessidade de reduzir as taxas de mortes maternas e perinatais com a redução das taxas de cesariana, modificando o atendimento prestado às mulheres gestantes e às puérperas nos hospitais e buscando ‘resgatar’ uma ‘forma mais natural’ de nascer. Nesse contexto, entra em cena, então, a noção de parto humanizado.

O Ministério da Saúde define o parto humanizado como algo que parece ser mais amplo do que a superação da tecnificação do parto. No sentido estrito, refere-se a “(...) um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção

do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal” (BRASIL, 2001, p. 9). No programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN, 2000), encontram-se os princípios para a efetivação da humanização do parto, assim descritos:

Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que este seja realizado de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico; e todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2003 p. 1).

De acordo com o Ministério da Saúde, o parto humanizado revela-se como um recurso substancial ao resgate das tecnologias leves na atenção às mulheres em processo de parir.

Com essa discussão inicial, quero, então, apontar para a impossibilidade da existência de acepções fixas e estritas que assegurem o mesmo sentido ao termo ‘parto’ e aos seus desdobramentos em tipos. É possível pensar que a multiplicação de sentidos para aquilo que se define como práticas usuais ao redor dos diferentes tipos de parto construídos na e pela cultura pode estar interferindo nas formas de atenção e vivências do processo de gestar e parir.

Dessa forma, a discussão central desta dissertação é a problematização das concepções dos diferentes tipos de parto que norteiam a prática dos/as profissionais de saúde a partir dos modelos de atenção ao parto e ao nascimento que estarei discutindo a seguir.

2 ATENÇÃO AO PARTO NO BRASIL: contextos e desafios

2.1 Contextualizando o modelo de atendimento ao parto e ao nascimento no Brasil

Os modelos de atenção ao parto que se constituíram ao longo do último século no Brasil não diferem dos registros históricos dos processos que ocorreram em outros países ocidentais. Até as primeiras décadas do século XX, as mulheres em geral pariam no domicílio com a ajuda de outras mulheres, as quais eram conhecidas como 'parteiras práticas'. A experiência e o conhecimento do processo empírico da reprodução feminina (concepção, parto e puerpério) eram de domínio quase exclusivo das mulheres.

A partir do final do século XIX, no Brasil, vários/as profissionais da saúde compuseram os cenários de atenção ao parto e ao nascimento, entre eles/as: parteiras, obstetrites, enfermeiras e médicos. Conforme Ana Cristina d'Andretta Tanaka (1995) e Márcia Lúcia Mott (2002), no final do século XIX e início do século XX, inúmeras disputas foram travadas na França e Inglaterra entre os médicos e as obstetrites pela assistência ao parto. Gradativamente, a categoria médica foi ganhando espaço. Com menos intensidade, o mesmo processo ocorreu também no Brasil.

As diferentes histórias sobre o processo de institucionalização do parto registram que, naquela época, nos países ocidentais, a presença de médicos só era permitida quando a parturiente corria risco de vida e precisava ser submetida a embriotomia (fragmentação do feto), então considerada uma forma de preservar a

vida da mulher. No Brasil, com o ingresso do profissional médico na obstetrícia em meados do século XX (na Europa, isso ocorreu antes), essa categoria profissional paulatinamente foi assumindo o controle do processo de atenção à saúde das mulheres no período reprodutivo. Como consequência, as atividades de atenção ao parto, antes realizadas por parteiras práticas, obstetizas e enfermeiras, foram sendo substituídas e até mesmo limitadas e proibidas. Nesse contexto, também o processo de reprodução foi sendo ressignificado. Passou de uma experiência pertencente à esfera subjetiva, privada e familiar para um processo essencialmente médico/técnico e hospitalar.

Após o advento da Segunda Guerra Mundial (década de 1940), intensificou-se a institucionalização e medicalização do parto como forma de reduzir a mortalidade materna e infantil (TANAKA, 1995, p. 26). No Brasil, a institucionalização do parto foi provavelmente a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher. Segundo o Ministério da Saúde:

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às Políticas Nacionais de Saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis elaborados nas décadas de 30, 50 e 70 traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no papel social de mãe e responsável pelo lar, pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004, p. 15).

Nos anos 60 foram reduzidos drasticamente os partos domiciliares. Nesse mesmo período, o Governo Federal propiciou, por meio de recursos subsidiados, a construção e expansão da rede hospitalar pública e privada. Essa necessidade foi ainda fortalecida com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Assim, o Estado assumiu a cobertura previdenciária para a população rural e urbana de forma reguladora e autoritária. Privilegiou o modelo biomédico (individual e

assistencialista) em detrimento do modelo sanitarista e orientou os serviços de saúde para o setor privado.

Portanto, até os anos 70, a preocupação com a saúde materna restringiu-se à assistência ao parto. Com o advento das novas tecnologias, da medicalização e da institucionalização do parto, desenvolveu-se a necessidade de parir sob a ótica desse modelo. Este foi gradualmente incorporado à cultura, tendo substituído os conhecimentos acumulados das parteiras, obstetrias e enfermeiras no processo de parturição. As experiências do parto domiciliar, especialmente em centros urbanos, foram então gradativamente substituídas por práticas com predominância das tecnologias duras. É necessário registrar que, em regiões rurais, o parto domiciliar se manteve até as duas últimas décadas.

Segundo Tanaka, “a incorporação do parto institucional não foi acompanhada, em nosso meio, de uma política de saúde que facilitasse a absorção dessa nova demanda nem diretrizes visando à integração, à regionalização e à hierarquização dos serviços de saúde para fazer frente a esse novo procedimento” (1995, p. 37). Enfatizou-se, pois, a necessidade do parto hospitalar sem se oferecerem condições para absorver essa necessidade. Nos anos 70 e 80, o parto hospitalar com tecnologias e rituais médicos e com domínio predominante de cesáreas passou a caracterizar o modo de nascer. A política do INPS não comportava a oferta de leitos para suprir a demanda.

Na década de 80, as políticas de saúde no Brasil tiveram como marco inicial a VII Conferência Nacional de Saúde, com a criação de medidas de ações integradas à saúde através da implantação do projeto PREVSAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde). Com o Decreto de 20 de julho de 1987, definiu-se a competência para os três níveis de governo. Segundo Janine Schirmer (2001),

explicitou-se a responsabilidade federal para a elaboração de um plano nacional de saúde que versava, entre outros temas, sobre as políticas de assistência integral descentralizada.

Ao contextualizar-se o atendimento ao parto e ao nascimento, faz-se necessário articulá-lo também à conjuntura econômica para tentarmos entender o quanto esta atravessava e atravessa os interesses políticos e ideológicos que se manifestam nos modelos assistenciais. Também é necessário resgatar a grande contribuição do movimento feminista para as discussões, tencionamentos e avanços nas políticas públicas de saúde materno-infantil no Brasil.

Para situar a relação entre o feminismo e o tema em questão, recorro a Dagmar Meyer (2003) quando descreve o movimento feminista como dividido em duas ondas. No Brasil, a primeira onda caracteriza-se pelo movimento sufragista, que teve seu início com a Proclamação da República em 1890. Nesse período, as mulheres lutaram pela igualdade civil e política. Essa onda finalizou com a conquista do direito ao voto na Constituição de 1934. É bom recordar que, nesse momento histórico, após a Segunda Guerra Mundial, se aceleraram o desenvolvimento industrial, o êxodo rural e, conseqüentemente, a urbanização. Paralelamente a essas mudanças econômicas, políticas e culturais, a mulher ingressou no mercado de trabalho. Na área das ciências médicas, intensificaram-se os investimentos em pesquisas para medicalização e controle de fecundidade. É nessa época que a institucionalização do parto se efetivou. Os cenários modificaram-se rapidamente. A mulher, a quem antes se atribuía como função primordial a maternidade e a educação dos/as filhos/as, deslocou-se para outras atividades em busca de profissionalização; esse deslocamento foi, de certa forma, facilitado com o controle da fecundidade pelo uso de contraceptivos.

Meyer situa a segunda onda do movimento feminista nos países ocidentais entre os anos 60 e 70 do século XX. De acordo com ela, no Brasil, essa segunda onda está ligada “[...] à eclosão de movimentos de oposição aos governos da ditadura militar e, depois, aos movimentos de redemocratização da sociedade brasileira, no início dos anos 80” (2003, p. 12). Nesse período histórico, delimita-se uma mudança de ‘olhar’ para as questões relacionadas às mulheres, pois investiu-se na produção de conhecimento para: “[...] não só denunciar, mas, sobretudo, compreender e explicar a subordinação social e a invisibilidade política a que as mulheres tinham sido historicamente submetidas” (MEYER, 2003, p. 13).

No campo da saúde, o movimento feminista brasileiro criticou severamente o modelo de assistência reducionista, verticalizado e fragmentado que, em muitas situações, não contemplava as necessidades biológicas das mulheres. Nessa década, os partos já aconteciam de forma institucionalizada, e, como já foi dito, a demanda era maior do que as condições de atendimento oferecidas.

O movimento feminista, com atuação importante na área da saúde, conseguiu acessar e introduzir na discussão da política nacional não só a questão da assistência à saúde, mas também as questões relacionadas às desigualdades de condições de vida entre homens e mulheres, como a dupla jornada de trabalho, atividades domésticas, educação dos/as filhos/as e trabalho em empresa/fábrica. Essa intervenção foi significativa. Articularam-se, por esse viés, as dimensões de corpo e gênero à saúde da mulher.

O argumento que se fortalecia no âmbito da reflexão feminista era o de que as desigualdades sociais e culturais entre homens e mulheres desencadeavam sofrimento, adoecimento e morte com configurações específicas para as mulheres. Essas mobilizações contribuíram significativamente para a construção do PAISM

(Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher). Materializadas nesse programa, na década de 80, surgiram as Políticas de Saúde da Mulher. Tais políticas incorporaram exigências das organizações internacionais, como a OMS e a UNICEF, e reivindicações históricas dos movimentos feministas para a ampliação dos conceitos de saúde da mulher. Assim, o PAISM constituiu-se em uma das mais importantes políticas públicas para as mulheres. O programa contemplou as questões de integralidade e equidade e incorporou também as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços (BRASIL, 1984).

Os programas de atenção à saúde materno-infantil, até então, além de contemplar apenas aspectos biológicos, não previam a integração com outros programas de saúde e não levavam em conta os contextos culturais para trabalhar as necessidades locais das populações. Esse modelo assistencial fragmentado não trouxe impacto importante nos indicadores de saúde das mulheres.

O PAISM foi publicado pelo Ministério da Saúde em 1984, assumindo como áreas estratégicas a saúde das mulheres em todas as fases do ciclo vital e incluindo atividades educativas, preventivas, diagnósticos, tratamento e recuperação. Foram contempladas ainda: adolescência, planejamento familiar, ciclo gravídico-puerperal, prevenção e tratamento de infecções ginecológicas, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), câncer cérvico-uterino e mamário e assistência às mulheres no período do climatério, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. Todas essas atividades 'deveriam' constituir-se em um conjunto de ações com o objetivo de qualificar os níveis de saúde e cidadania da população feminina. A citação a seguir, extraída do texto básico do PAISM, com os objetivos principais da política do Ministério da Saúde - 1985, ilustra os avanços teóricos e políticos do programa:

Em relação à atenção à mulher – objeto primordial desta proposta – os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e municípios, com o objetivo de oferecer atividade de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltada para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmissíveis sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e a assistência para a concepção e contracepção (BRASIL, 1984, p. 6).

A partir do PAISM, inaugurou-se uma nova perspectiva e concepção teórica de saúde. Pela primeira vez, no âmbito das políticas de saúde no Brasil, as mulheres deixaram de ser consideradas apenas nas questões reprodutivas e biológicas e começaram a ser ‘pensadas’ enquanto sujeitos de seu processo de saúde, evidenciando-se, assim, um salto político qualitativo.

Logo a seguir, no ano de 1986, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação da sociedade civil, tendo como resultados a implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) pelo poder executivo e a elaboração da nova Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) pelo legislativo com a Lei nº 8080. Esse cenário de efervescência política facilitou a introdução da discussão sobre os conceitos de saúde reprodutiva e direitos sexuais dentro de uma concepção maior, que envolve a saúde de mulheres e de homens.

No final da década de 80 e no início da década de 90, o modelo de assistência ao parto e nascimento, centrado na intervenção técnica, medicalizada e institucionalizada, começou a ser questionado por órgãos internacionais, como a OMS e o Banco Internacional de Desenvolvimento (BID), e, no âmbito nacional, por organizações não-governamentais (ONGs), como a REHUNA³ e as Amigas do Parto, bem como por grupos de estudos feministas. Tal questionamento deveu-se à

³ Rede Nacional Pela Humanização do Parto e do Nascimento, de que fazem parte: médicos/as (sanitaristas, obstetras e pediatras), enfermeiras obstetras, parteiras, usuárias, formuladores/as

permanência dos altos índices de morte materna e perinatal; altas taxas de partos cesáreos, inúmeras intervenções técnicas e medicamentosas realizadas no transcorrer do parto vaginal, acrescentando os processos de despersonalização e de violência estrutural que expunham as mulheres usuárias do sistema a situações constrangedoras.

Essa breve revisão da constituição do campo de assistência à saúde das mulheres possibilita pensar, então, que os processos que vêm sendo chamados, por um lado, de desumanização, e, como contraponto a este, o de humanização da assistência ao parto e ao nascimento se constituam como efeito e possibilidade de enfrentamento de dificuldades históricas que permeiam várias políticas e formas de organização dos serviços de saúde no Brasil. São os questionamentos que vêm sendo feitos quanto à qualidade e à efetividade dessa assistência que levaram o Ministério da Saúde a buscar outras possibilidades – como essa da humanização – de nela intervir.

O Ministério da Saúde, em parceria com estados e municípios, adotou medidas para a redução de cesáreas e para o incentivo a formas ‘mais naturais’ de parir. A partir daí, vem implementando programas e políticas de saúde da mulher na tentativa de dar conta das exigências de organismos internacionais e dos movimentos não-governamentais. Ainda na década de 90, conforme Schirmer, o “(...) Ministério da Saúde, em conjunto com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), com apoio técnico e financeiro do UNICEF, organização OPAS/OMS e o FUNAP, lançou o projeto Maternidade Segura, com o objetivo de ampliar e melhorar a qualidade de atenção ginecológica e obstétrica para aumentar a eficácia da assistência prestada pelos serviços de saúde e reduzir a morbi-

de políticas, diretores/as de serviços, grupo de mulheres, pesquisadores/as, acadêmicos/as e movimentos populares de saúde, entre outros.

mortalidade materna e perinatal” (SCHIRMER, 2001, p. 10). Segundo a autora, esse projeto propõe o Programa de Maternidade Segura, que integra oito passos:

- 1) garantir a informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher;
- 2) garantir a assistência durante a gravidez, parto e puerpério e o acesso ao planejamento familiar;
- 3) incentivar o parto normal e humanizado;
- 4) ter rotinas escritas para normatizar a assistência;
- 5) treinar toda a equipe de saúde para implantar as rotinas;
- 6) possuir estrutura adequada para o atendimento materno e perinatal;
- 7) possuir arquivo e sistema de informação;
- 8) avaliar periodicamente os indicadores de saúde materno-perinatal.

Em conjunto com o programa de Maternidade Segura, o Ministério da Saúde elaborou as seguintes Portarias :

- a) a Portaria nº 163/98/SAS/MS, que aprova o Laudo da Enfermagem para a emissão da autorização de internação Hospitalar;
- b) a Portaria nº 985/99/MS, que criou o Centro de Parto Normal (CPN), cuja equipe mínima é integrada pela enfermeira obstetra.

A Portaria nº 569/00 instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento, Centros de Parto Normal e o incremento da qualidade do acompanhamento ao pré-natal de forma integral e integrado às mulheres gestantes.

É possível perceber que as portarias referidas vêm ao encontro das mudanças centrais requeridas por órgãos internacionais, governamentais e sociais na atenção à saúde da mulher – especificamente ao parto e ao nascimento. Embora já se tenham passado vários anos desde a proposição desse modelo de atenção ao parto e ao nascimento, o que se observa, especialmente na região em que desenvolvi este estudo, é a existência de um bom aparato tecnológico para gestação de alto risco e leitos disponíveis. Quanto aos demais aspectos norteadores das Políticas e Programas, ainda há dificuldades no que se refere a sua efetiva implementação, como pretendo discutir ao longo desta dissertação.

Após esta breve contextualização dos modelos de saúde para as mulheres que vêm sendo implementados e que sustentam a atenção prestada às mulheres em processo de gestar e parir, cabe situar as interfaces que foram se estabelecendo entre os diferentes campos profissionais de saúde que implantam e implementam essas políticas e programas governamentais.

2.2 Enfermagem e medicina: relações e conflitos entre duas profissões afins na atenção ao parto e ao nascimento

Pensamos que a tarefa da educação é formar seres humanos para o presente, para qualquer presente, seres nos quais qualquer outro ser humano possa confiar e respeitar, seres capazes de pensar tudo e de fazer tudo o que é preciso como um ato responsável a partir de sua consciência social (MATURANA, 2000, p. 10).

A presente discussão focaliza algumas reflexões acerca das relações que, historicamente, a enfermagem e a medicina mantiveram no que diz respeito à

atenção às mulheres no processo de gestar e parir. Essas relações, delimitadas desde os processos de formação profissional, implicam desdobramentos significativos que atravessam os modelos de atenção à saúde no contexto atual. A discussão acerca dessas relações faz-se necessária na medida em que são esses/as profissionais que concebem e implementam as Políticas e os Programas de Saúde e, de alguma forma, vão construindo e significando os modelos de atenção à saúde – neste caso específico, a atenção ao parto e ao nascimento.

Os escassos registros históricos encontrados descrevem que, desde o início das civilizações até o final do século XIX, o ofício de partejar esteve sob domínio da mulher, como já foi sinalizado no capítulo anterior. Com os saberes acumulados nessas práticas, o parto foi adquirindo o significado de um evento que fazia parte da fisiologia e da sexualidade da mulher. Por isso, não necessitava de controles, mas de cuidados. Era um evento que acontecia no domicílio, cujo conhecimento era passado de uma geração para outra.

Ao mergulhar nessa revisão de registros históricos, foi possível constatar que, no Brasil, segundo Dilce Rizzo Jorge, a legislação que regulamenta a ‘arte’ de partejar vem de longa data, desde o século XVI. A autora registra que, “para as mulheres exercerem a arte de partejar, deveriam passar por exames para a aquisição de ‘cartas de examinação’, de acordo com a legislação federal das parteiras” (JORGE, 1976, p. 16). A autora afirma ainda que o primeiro documento legal sobre o ensino de parteira data de 1832, quando foram criadas as faculdades de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro e com elas, a formação de parteiras. No final do século XIX e no início do século XX, a formação das parteiras e das obstetrias, estas últimas com nível secundário, acontecia nas faculdades de Medicina. Nesse período, vários atores participaram nos cenários de atenção ao

parto. Entre eles, parteiras práticas/leigas, parteiras com formação nas escolas de médicos, visitadoras sanitárias que também tinham aprendido em parto, obstetrizas cujo curso técnico era ligado às escolas de medicina, enfermeiras habilitadas em nível de graduação, enfermeiras com especialização em obstetrícia e médicos com residência em obstetrícia. Dessa diversidade de níveis de formação e graus de responsabilização, resultaram inúmeras discussões, conflitos, disputas e exclusão de 'classe', como é o caso das obstetrizas. Houve aproximações e interesse de categorias diferentes.

De acordo com Jorge (1975) e Schirmer (2001) o marco histórico para a enfermagem obstétrica brasileira é o ano de 1949, quando a legislação previu o ensino de parteiras no contexto da enfermagem. Até então, toda a legislação do ensino das 'parteiras' estava contida na legislação de medicina. Jorge lembra que, com a expansão do ensino da enfermagem no Brasil, foram se extinguindo os cursos de obstetrizas. No ano de 1949, reduziram-se de 15 a um único. Saliento que, em função da Lei 775/49, os cursos de obstetrizas fecharam até 1970.

Em 1972, foi aprovado o parecer 163/72, que levou à Resolução 04/77 sobre o Currículo dos Cursos de Enfermagem e Obstetrícia, responsabilizando as escolas de enfermagem pela formação de obstetrizas. Aqui houve a extinção da formação de obstetrizas.

Antes, porém, por mais de uma década (1949 a 1962), houve um período de lutas entre enfermeiras obstétricas e parteiras obstetrizas. As enfermeiras com habilitação em obstetrícia lutavam para garantir o exercício profissional e defendiam a formação profissional, com título de especialização, por acreditarem em uma qualificação mais adequada. Enquanto isso, as parteiras obstetrizas defendiam a manutenção dos cursos anexos às faculdades de Medicina porque entendiam que

sua profissão era diferente da Enfermagem e lutavam para vetar e/ou inviabilizar, de forma legal, o direito das enfermeiras obstétricas ao exercício profissional. Jorge (1975) resgata reportagens de jornais da época divulgando as disputas entre as enfermeiras obstétricas e as obstetrizes.

Um exemplo aparece na reportagem do dia 12 de agosto de 1957 do jornal Folha da Noite (de São Paulo), com o seguinte título: “As cegonhas querem luta aberta”. A mesma reportagem destaca que “... as parteiras querem que sejam restaurados os cursos que existiram até 1949, mas o Ministro da Educação e Cultura propõe a encampação dessa especialização pelas escolas de enfermagem [...]” (JORGE, 1957, p. 85). Na mesma matéria, há uma referência interessante sobre a “guerra fria nos corredores dos hospitais e maternidades, entre enfermeiras e obstetrizes. Trata-se, por enquanto, de uma batalha de bastidores que cresce lentamente nos corredores dos hospitais e ainda não atingiu a fase aguda dos choques diretos das polêmicas íntimas e das discussões abertas na imprensa, rádio e televisão. A qualquer momento, porém, poderá ter início a batalha entre as duas classes de profissionais” (IDEM).

A acirrada disputa entre enfermeiras e parteiras foi longa, incitando os profissionais da medicina a se posicionarem frente a ela. Tal incitação levou o professor Onofre Araújo, diretor da Escola de Obstetrícia de São Paulo, a referir o seguinte: “pela lei, as enfermeiras não podem exercer suas atividades fora do hospital, enquanto parteiras são consideradas livres profissionais”. O mesmo professor também afirmou: “não sou contrário, aliás, ao estabelecimento de mais escolas de obstetrícia de nível superior, desde que sejam dirigidas por catedráticos de medicina” Araújo apud JORGE (1975, p. 88, grifo meu).

No Brasil, a obstetrícia, através dos exemplos citados, tornou-se, ao longo de sua história, campo de uma 'batalha' inicialmente travada na área de Enfermagem que se expandiu até incluir, de modo importante, a área médica. Em primeiro lugar, porque a polarização dessa discussão deve ter dispersado os processos de atenção ao parto prestado pela enfermagem. Em segundo lugar, porque a lei do exercício profissional das enfermeiras obstétricas não as autorizava a exercer sua profissão fora da área hospitalar. Ficaram, então, condicionadas a atuar na atenção ao parto hospitalar, enquanto que as obstetrites eram consideradas profissionais liberais e podiam atuar livremente na atenção ao parto domiciliar. A condição de maior 'autonomia' das parteiras obstetrites justifica-se pela legislação datada de 1955.

Com o parecer 163/72, as escolas de obstetrites foram incorporadas às escolas ou faculdades de Enfermagem, e as obstetrites deixam de ser formadas depois de tantos anos de lutas, com as reformas das universidades brasileiras na década de 70. Essas disputas entre enfermeiras e obstetrites, associadas a outros fatores, parecem ter contribuído de forma significativa para a institucionalização dos atuais modelos de atenção ao parto.

Da década de 40 até a década de 80, muitas modificações foram feitas na legislação e nos currículos de formação das/dos enfermeiras/os. Entre as mudanças mais importantes, destaca-se a registrada em 1972/73, que prevê a formação de enfermeira habilitada – em nível de graduação, com habilitação ou ênfase em obstetrícia. Os muitos cursos de graduação em Enfermagem conservam ainda hoje o título de Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia.

Um outro aspecto significativo quando se instalou o enfrentamento entre as parteiras obstetrites e as enfermeiras obstétricas foi o ingresso lento e gradual da Medicina nas áreas hospitalares, o que atingiu grande relevância a partir das

décadas de 70/80. Com a presença do/a médico/a nos hospitais, associada ao incentivo à hospitalização e à medicalização do parto, desencadearam-se os processos de exclusão das obstetrizas pelo descontentamento das que se mantinham no mercado e fechamento dos cursos. Por sua vez, as enfermeiras obstétricas acabaram não se incluindo no campo de obstetrícia de forma efetiva em função de um número de formandas pouco expressivo e, provavelmente, pela vigilância e regulação exercidas tanto por médicos/as quanto pelos modelos de atenção que se instituíram.

Os aspectos relacionados à hospitalização e medicalização do parto estão ligados intimamente à concepção de *um corpo máquina*, com inúmeras intervenções em nome de um parto com conotação patológica (doença) – um corpo que necessita monitoramento e controle. O que era, até então, significado e tratado como sendo uma ‘experiência primordialmente feminina’ passa a ser concebido como um ato médico.

Na década de 80, a Medicina assume a hegemonia e o monopólio da atenção à gestação e ao parto. O parto constituiu-se em um processo tecnificado, biomédico, derivado de uma formação baseada nos pressupostos do paradigma cartesiano de ciência. Privilegiaram-se as tecnologias leve-duras e duras. Apesar de essa especialidade estar basicamente centrada nas mãos de profissionais tecnicamente qualificados/as e de o parto ser realizado em hospitais dotados de grandes aparatos tecnológicos, a permanência dos altos índices de morbi-mortalidade materna e fetal começa a ser questionada pelos órgãos internacionais e organizações nacionais não-governamentais no final da década de 80 e início da década de 90, assumindo grande relevância no início do presente século.

No decorrer da década de 90, as discussões sobre os modos de parir e nascer tomam vulto também entre os profissionais de saúde - enfermeiro/as e médicos/as. Houve a preocupação em buscar alternativas para atender as mulheres gestantes, parturientes e puérperas com o 'resgate de uma forma mais natural' e menos intervencionista para o parto e para o nascimento. E é esse processo que vem sendo chamado de humanização. De acordo com Carmen Susana Tornquist,

O modelo de atenção ao parto hegemônico no Brasil tem sido denunciado crescentemente por profissionais e movimentos sociais, articulados em torno de um conjunto de valores e práticas identificadas pela noção de humanização da assistência ao parto e ao nascimento (2003, p.420).

Nesse cenário de debates e disputas, vem-se defendendo, por exemplo, a reinserção do/a enfermeiro/a obstétrico/a no processo de cuidar e assistir as mulheres em trabalho de parto, o que é apresentado como uma possibilidade de respeito e promoção humana no processo do nascimento. Essa premissa pode ser problematizada, uma vez que não se trata simplesmente de substituir um/a profissional por outro/a, mas de repensar, dentre outras coisas, algumas das perspectivas subjacentes ao processo de formação, que é predominantemente medicocêntrico, em todas as modalidades de formação na área da saúde.

A reinserção da enfermeira obstétrica no processo de parir está prevista em recomendações da OMS e vem sendo assumida pelo Ministério da Saúde do Brasil. A Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 25 de julho de 1986, e o decreto Lei 94.406, de 8 de julho de 1987, que regulamenta o exercício da enfermagem em seu artigo 9º, prevêm para o/a enfermeiro/a obstetrix ou obstetra com título de especialização, além das atividades privativas da enfermagem, mais as seguintes:

- a) prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;

- b) identificação das distócias obstétricas e tomadas de providências até a chegada de um médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local quando necessário.

O Ministério da Saúde, através da Portaria MS/GM 2.815/98, de 29 de maio de 1998, incluída no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, contemplou e confirmou a Lei do Exercício Profissional no pagamento do procedimento de parto normal sem distócia realizado por enfermeiras obstetras na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI/SUS) e aumenta os valores do parto domiciliar realizado por enfermeiras e parteiras. Dentre as várias modificações propostas, incorporam-se as Portarias nº 163/98/SAS/MS, nº 985/99/MS e nº 569/00, já citadas no capítulo anterior.

Além de todas essas Portarias, em 1999, o Ministério da Saúde iniciou a política de apoio financeiro às universidades para realizarem cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica como forma de capacitar profissionais, conforme a citação:

As políticas adotadas pelo Ministério da Saúde, por meio de ações programáticas que priorizam a atenção básica e mudança do modelo assistencial com vistas à humanização do parto e do nascimento no âmbito do Sistema Básico de Saúde (SUS), integram projeto de trabalho da Área Técnica da Saúde da Mulher. Desta forma, investir na capacitação de profissionais de saúde, particularmente médicos e enfermeiras, para oferecer assistência obstétrica menos intervencionista e iatrogênica, como a que temos presenciado ao longo das últimas décadas, assume prioridade na redução da morbimortalidade perinatal e materna (BRASIL, 2004, p.1).

Como decorrência dessa medida, entre os anos de 1999 e 2002, segundo dados do próprio Ministério da Saúde, foram financiados 77 cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica. O resultado foi a qualificação de

aproximadamente 1.300 enfermeiras/os titulados/as, isto é, com habilidade e competência técnica para assistir o parto.

O incentivo à formação de enfermeiros/as especialistas em Obstetrícia tem gerado inúmeras disputas entre entidades e associações profissionais da Enfermagem e da Medicina, nos campos de atuação da área obstétrica, especialmente em nossa região. Tais disputas causam desgastes desnecessários entre os/as profissionais e provavelmente incidem de forma negativa nos processos de atenção às mulheres durante o período de gestação e parto. Persiste a 'síndrome' do medo, de perder campo de trabalho e clientela e, sobretudo, de dividir o *status* social e os dividendos.

A disputa entre enfermeiros/as e médicos/as na área obstétrica inicia-se, no Brasil, com a exclusão das obstetrizas e com a implantação do modelo biomédico. É inegável que o ingresso maciço de tecnologias duras e leve-duras na hospitalização e medicalização da gestação e do parto origina-se do modelo biomédico. Isso significa, em termos gerais, que o *corpo máquina* torna-se subjetivado pelas intervenções obstétricas. Assim, o início de um 'acordo' entre enfermeiros/as e médicos/as na área de obstetrícia, muito possivelmente, esteve baseado na concepção de um corpo passivo, visto que, o que entrou em jogo a partir da extinção das obstetrizas, não foi a busca por um atendimento mais qualificado, mas uma disputa em torno de um saber científico. O que parece ter acontecido a partir daí foi uma luta travada entre aqueles/as profissionais, tendo, de um lado, a hegemonia médica e, do outro, a frágil sustentação científica da Enfermagem no campo da obstetrícia.

É possível que essas questões tenham relação com o que LoCicero, *apud* Ruth Hitomi Osava (1997, p.101), relata no sentido de uma aproximação das

hegemonias do estilo médico da assistência ao estilo masculino, com lógica distinta da feminina. De acordo com o autor, o 'estilo masculino' não se refere a categorias sexuais, mas a comportamentos de estilos 'masculinos e femininos'. Retomando um pouco mais a idéia de comportamento segundo LoCicero, o estilo masculino, na obstetrícia,

[...] traz uma lógica que favorece a desconexão e uma relação altamente estruturada e hierarquizada que, antes de inspirar segurança, gera medo, desconfiança e dependência. O estilo cognitivo dos obstetras (e das obstetras) apresenta inúmeros paralelos com os padrões de pensamentos masculinos, derivados do modelo científico (LoCícero *apud* OSAVA, 1997, p. 101).

Para autores que trabalham com essa perspectiva de interpretação do problema político, as enfermeiras tendem a envolver-se de maneira mais afetiva e no suporte social, resultando que o modelo feminino se mostraria como menos intervencionista. É importante registrar que, ao introduzir aqui essa discussão, estou assumindo a posição segundo a qual os estilos decorrem de aprendizagens socioculturais e não são, portanto, inerentes a uma dada essência feminina e masculina. Entendidos dessa forma, torna-se possível conceber ou pensar que o confronto entre lógicas e estilos definidos pelo gênero pode ser, também, uma das possíveis razões que ocasionou rupturas na atenção à gestação e ao parto na interface entre Medicina e Enfermagem.

Outra possível razão pode ser depreendida da noção de gênero, conforme aponta Joan Scott (1995). Esta chama a atenção para a centralidade do poder no âmbito das redes em que se definem o masculino e o feminino no contexto do social e da cultura. Nesse sentido, as relações entre médicos/as e enfermeiros/as no campo da obstetrícia são atravessadas e delimitadas também por essas relações de poder que (con)formam os modos pelos quais homens e mulheres vivem e se relacionam no âmbito da cultura (MEYER, 2003, p. 40).

Em função da hegemonia médica, o macropoder mantém-se centralizado, o que, por sua vez, o distancia do poder exercido e conferido à enfermagem nithingaleana, considerando que essas profissões se organizaram de forma distinta também no que se refere ao gênero nas sociedades ocidentais.

Um outro ponto que penso ser de fundamental importância ao retomar essa interface está vinculado com a questão da publicação da Portaria 2.815/98 pelo Ministro da Saúde José Serra, a qual trata do pagamento dos procedimentos realizados pelos/as enfermeiros/as obstétricos/as. Na realidade, muitas/os enfermeiras/os vêm desenvolvendo, há anos, atividades na área, porém sem o devido reconhecimento econômico oficial das políticas públicas e mesmo dos planos privados.

Essa Portaria faz emergir publicamente os conflitos e discussões silenciadas nas microrrelações das instituições, manifestando-se através de mobilizações profissionais em matérias veiculadas pelos jornais, muitas vezes 'picantes', e por órgãos de classe. Assim, as relações nos campos de trabalho acabam por tornar-se ainda mais difíceis devido a essas disputas. Com o ingresso dos/as enfermeiros/as na atenção às mulheres na gestação, parto e nascimento, existe a possibilidade de redução de mercado para a Medicina. Isso parece ser um fator de grande desconforto, uma vez que envolve a defesa de interesses específicos, e mais uma vez a assistência a saúde fica relegada para um segundo plano. Como já foi discutido anteriormente, não se trata aqui de substituir um profissional pelo outro, mas sim de construir uma nova cultura de atenção à saúde das mulheres no processo de gestar e parir.

Hoje, vivemos um contexto de intenso debate em torno de uma reformulação ou ressignificação das práticas da saúde sob esse paradigma chamado

‘humanização em saúde’. Nesses debates, tem ficado evidente que não há um único sentido, mas múltiplos sentidos que se agregam ao termo ‘humanização’ e que dele derivam. De algum modo, percebe-se que essa multiplicidade de sentidos tem impacto direto na produção do modelo de atenção ao parto. No próximo capítulo, estarei discutindo a Política de Humanização da Gestação, Parto e Nascimento como uma proposta desafiadora   constru o de outra cultura de aten o prestada   saúde.

2.3 Humaniza o: um programa governamental que pretende transformar a cultura de aten o às mulheres na parturiza o

Na minha apresenta o e reflexão sobre os programas e as políticas de saúde das mulheres, com ênfase na Humaniza o, adoto uma postura crítica na dire o de problematizá-los, visando   possibilidade de novas constru es e signific es. Posteriormente, estarei fazendo contraponto com o material empírico dos depoimentos dos/as profissionais.

Segundo os textos do referido programa e de acordo com alguns autores, o pressuposto da humaniza o implica mudanças profundas nas formas de aten o prestada, o que sugere uma ‘nova cultura’ da aten o às mulheres no processo de gestar e parir. Conforme os documentos oficiais, desde a década de 80, os Programas e Políticas de saúde das mulheres vêm norteando os cenários de aten o. Como já foi discutido no capítulo anterior, essas políticas surgiram a partir das constru es sociais, das reivindica es dos movimentos feministas e das

exigências de órgãos internacionais para assegurar uma resposta às necessidades de saúde e educação das mulheres. É necessário salientar que o PAISM marcou avanços significativos para a época, com um importante desafio no sentido de dar condições de ‘assistência’ de forma ‘integral’ às mulheres.

O PAISM existe há 19 anos, mas a implantação e a implementação dessa Política não foi suficientemente forte e sustentável para dar conta de modificar os cenários da atenção à saúde das mulheres.

Concordo com Meyer quando afirma que: “[...] a redução da noção de saúde da mulher à dimensão de saúde do aparelho reprodutor feminino ainda continua bastante ativa [...]” (1999, p. 116). No entanto, mesmo que a atenção permanecesse voltada ao aparelho reprodutivo, essa Política, por sua formulação com ênfase na integralidade da atenção, possivelmente contribuiu para os importantes debates sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos que aconteceram em nível mundial e no Brasil desde o final da década de 80 e na década de 90. Em minha perspectiva, todas essas reflexões alavancaram as bases para os desdobramentos posteriores das políticas e programas de humanização do pré-natal, parto e nascimento. Dessa forma, os conceitos de saúde e direitos reprodutivos e sexuais, como um recorte dentro da área de saúde das mulheres, serviram, em primeiro lugar, para delimitar melhor o foco de atenção efetivamente prestado (são os processos implicados na reprodução, no que diz respeito às mulheres). Em segundo lugar, com esse desdobramento, constitui-se o atendimento seguro e de qualidade ao parto e ao nascimento como uma necessidade de saúde, o que depois é expandido com a noção de direito. São essas noções que, de certa forma, estão subjacentes às mudanças propostas com a humanização.

De acordo com Elsa Berquó (2003), o conceito de saúde reprodutiva foi cunhado pela OMS em 1988, motivado pelo surgimento da síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) e pela preocupação com o aumento das DSTs. Segundo o então diretor da OMS naquele período, as questões ligadas à sexualidade e à saúde reprodutiva deveriam enfatizar:

[...] (a) que todos tenham autonomia tanto para a reprodução como para regular a fecundidade; (b) que as mulheres tenham gestação e parto seguros; (c) que o resultado da gestação seja bem-sucedido em termos de bem-estar da mãe e sobrevivência do recém-nascido. Além disso, os casais devem poder ter relacionamentos sexuais sem medo de gestações indesejadas e de contrair doenças sexualmente transmissíveis (BERQUÓ, 2003, p. 7).

Assim, as questões da saúde sexual passam a ser um dever do estado e um direito do/a cidadão/ã. É um dever do estado no sentido de garantir as condições para as vivências sexuais com segurança. Já o/a cidadão/ã tem o direito de exercê-las com liberdade e responsabilidade.

Em 1994, na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, no Cairo, esse conceito de saúde reprodutiva foi debatido, sendo ampliado e ratificado nos termos seguintes:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todos os assuntos concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não à simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que as pessoas possam ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para reproduzir e liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes devem fazê-lo (apud BERQUÓ, 2003, p. 8).

Conforme Sonia Corrêa (2003), o conceito de direitos reprodutivos visando à garantia das condições sociais, jurídicas e políticas a partir do lema feminista “nosso corpo nos pertence” foi elaborado pelo movimento feminista, mais especificamente por feministas norte-americanas, no primeiro encontro Internacional de Saúde da Mulher, realizado em Amsterdam em 1984. Somente na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing, 1995, é que esse conceito foi consagrado num

documento das Nações Unidas, após muitas discussões e refinamentos, com o texto a seguir:

(...) os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter informações e os meios de assim fazer, o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos (BERQUÓ *apud* CORREA, p. 20)

Tais discussões fundamentam-se na plataforma da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em 1995, quando os direitos sexuais foram afirmados como direitos humanos, conforme Ventura:

Parágrafo 96: Os direitos humanos das mulheres incluem o direito a ter controle sobre as questões relativas a sua sexualidade, à saúde sexual e à saúde reprodutiva, de decidir livremente sobre as questões relacionadas a sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência (2003, p. 57).

Tomo também esses documentos, que hoje são compreendidos como direitos humanos, como fontes de reflexão, uma vez que eles contribuíram de forma significativa para a problematização dos modelos de saúde vigentes e para a elaboração de novos programas e políticas de saúde das mulheres no processo de gestar e parir.

Nessa direção, a Política de Saúde da Mulher 2004-2007 chama a atenção para o fato de que a gravidez é considerada um evento relacionado à vivência da sexualidade – portanto, não é doença. Tal concepção, atualmente assumida pelo Ministério da Saúde, desconfigura a organização de uma atenção até então prestada de forma automatizada e verticalizada, em que se subentendia que a gravidez estava associada com morbidade. As mulheres ‘devem ser vistas’ de um outro lugar, não mais como ‘paciente e/ou como doente’, mas como um sujeito com direitos. Isso

traz para os cenários de atenção novos debates no sentido de problematizar muitos aspectos e dimensões do cotidiano hospitalar tomados, na maior parte das vezes, como 'naturais'. Surge a oportunidade de (re)avaliar esse cotidiano de outras formas e com outros olhares, introduzindo outros debates acerca dos direitos das mulheres e assim implicando novas condutas políticas e éticas. A necessidade de transformações não só no que se refere às formas de atenção, como também às condições de vida das mulheres brasileiras, expressa-se em constatações como esta:

As razões da mortalidade materna (RMM) elevadas são indicativos de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, das dificuldades de acesso de serviço de saúde de boa qualidade (BRASIL, 2004, p. 26).

Retomando essa mesma Política, no Brasil, as principais causas de morte da população feminina são:

As doenças cardiovasculares. Destacam-se: o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e do colo de útero, as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrindo casos de AIDS não diagnosticados), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes, e as causas externas (BRASIL, 2004, p. 26).

A citação suscita um repensar nas diferenças produzidas culturalmente pelas questões de gênero, sendo esse possivelmente um dos vieses do equacionamento para o adoecimento das mulheres, o que, de alguma maneira, apresenta repercussões nas condições de saúde no processo de gestar e parir. Penso que, quando uma lei se constrói, ela não se configura como um presente de Deus ou como decorrência do curso natural das coisas – é fruto da mobilização daqueles e daquelas que estão à margem ou sub-representados na legislação vigente. Essas constatações incorporadas e, portanto, legitimadas nos documentos oficiais

reafirmam que algumas transformações estão em curso nos últimos anos. Isso, por si só, justifica um estudo para olhar alguns de seus efeitos mais de perto.

Ao qualificar-se a atenção prestada, entendida aqui como humanização, que traz em seu bojo os conceitos de universalidade, integralidade e equidade, seria necessário lembrar que os processos econômicos e políticos permeiam o contexto da atenção como algo dificultador ou facilitador para a implementação das políticas. O Ministério da Saúde reconhece as profundas desigualdades socioeconômicas, a necessidade de acompanhamento à saúde de cada usuário/a e as graves lacunas que persistem na efetivação dessa atenção (BRASIL, 2003).

No ano de 2000, o Ministério da Saúde regulamentou a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O objetivo fundamental da referida Política é melhorar as relações entre profissionais e destes/as com usuários/as – conseqüentemente, a qualificação na atenção prestada. Essa Política Ministerial apresenta um discurso significativo na medida em que pretende promover uma ‘nova cultura’ de atendimento à saúde, ancorando-se em quatro eixos:

- a) troca e construção de saberes;
- b) diálogo entre profissionais;
- c) trabalho em equipe;
- d) consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo de saúde (BRASÍL, 2003, p. 10).

Assim, o PNHAH assume o pressuposto de que a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais na construção de saúde e de sujeitos. Isso indica também que o PNHAH não pode ser entendido como um programa a mais a ser aplicado nos diversos serviços de saúde, mas como uma Política que opere transversalmente em toda a rede do SUS (grifo meu).

E é esse entendimento de transversalidade que o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento que o Ministério da Saúde assume, derivado do PNHAH e alicerçado em dois aspectos fundamentais da humanização: “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” (BRASIL, 2002, p. 5). Para que isso se efetive, o programa aponta para uma (co)responsabilidade, uma parceria entre profissionais e instituições. Dos/as profissionais, espera-se “atitude ética e solidária”; das instituições, a organização de “modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher” (BRASIL 2002, p.5.). O segundo aspecto fundamental da humanização faz referência “[...] à adoção de medidas e procedimentos sabiamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e com freqüência acarretam maiores riscos para ambos” (BRASIL, 2002, p. 6).

Nessa citação de ‘adoção’ de intervenções, a Política, de certa forma, contempla as recomendações da OMS (1996) indicadas no atendimento ao parto normal. Dentro desse conjunto, as condutas adotadas são classificadas como:

- a) condutas que são claramente úteis e que deveriam ser recomendadas;
- b) condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas;
- c) condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriada;
- d) condutas freqüentemente utilizadas de forma inadequada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Cabe reconhecer os esforços e contribuições que o Ministério da Saúde vem apresentando para que os cenários de atenção em obstetrícia sejam humanizados. Nesse sentido, também são nomeados os Direitos da Mulher no Parto Humanizado, sendo eles:

- a) presença do companheiro ou alguém da família para acompanhar o parto, dando segurança e apoio;
- b) receber as orientações, passo a passo, sobre o parto e os procedimentos que serão adotados com a mulher e o bebê. A mulher bem informada faz melhor a sua parte, ajuda mais;
- c) receber líquidos (água, suco), pois o trabalho de parto pode durar até 12 horas;
- d) liberdade de movimentos durante o trabalho de parto. A mulher pode caminhar sem restrições;
- e) escolha da posição mais confortável para o parto;
- f) relaxamento para aliviar a dor. Pode ser massagem, banho morno ou qualquer forma de relaxamento conveniente para a mulher;
- g) parto seguro, sem muitos procedimentos que podem até atrapalhar em vez de ajudar. É importante verificar sempre as contrações e escutar o coração do bebê;
- h) contato imediato com o bebê logo que nasce. Muito importante para mãe e filho;
- i) alojamento conjunto para que o bebê fique o tempo todo perto da mãe, recebendo seu carinho e atenção;
- j) respeito. A mulher deve ser respeitada, chamada pelo nome, ter privacidade, ser atendida em suas necessidades (BRASIL, 2001).

Esses direitos aproximam-se das recomendações da OMS para parto normal.

Nas últimas décadas, recomendações como essas vêm sendo adotadas e subscritas por organizações civis, como, por exemplo, a Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA) e Amigas do Parto, entre outras, que também estão contempladas na PHPN, como já descrevi anteriormente.

Várias pesquisas mundiais sobre a humanização da assistência ao parto foram divulgadas em diversos documentos, os quais fazem uma importante crítica aos excessos do modelo de atenção intervencionista. A legitimidade da temática da humanização ganha espaço respaldada pela Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, considerando como prioridades:

- a) concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país;
- b) adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal;
- c) ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como a Maternidade Segura e o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além do provimento de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados/as a essa área de atenção e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes dessas redes.

A mesma Política tem como objetivo “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2000, p. 5).

Na minha avaliação como pesquisadora, tais prioridades viriam ao encontro das necessidades e das demandas de atenção se realmente fossem assumidas e implementadas. Parece-me, porém, que há aspectos obscuros e nebulosos nas propostas apresentadas. Do ponto de vista teórico-político, os avanços são considerados significativos e indiscutíveis, mas, no que se refere à implantação e à operacionalização, o processo não avança. Nesse sentido, busco entender melhor para quem essa política foi construída. Para uma parcela de população pobre? Porque quem possui condições econômicas e/ou planos de saúde dificilmente procura atendimento no SUS. Sobre os hospitais privados, não há gerenciamento das referidas Políticas – cada instituição de Saúde constrói sua política interna de autogestão. E, nas instituições subsidiadas pelo SUS, como se faz o enfrentamento dos limites que as questões econômicas impõem aos direitos que as mulheres conquistaram na atenção ao parto? Que dispositivos têm sido construídos para ampliar o debate entre os/as profissionais de saúde acerca dos pressupostos das políticas oficiais para que realmente se efetive uma nova cultura de atenção? Que mecanismos de controle social e mesmo institucional existem para acompanhar esse processo?

Entendo que a ‘humanização’ não se limita apenas a um programa, mas envolve um desafio ético comprometido com a qualificação da vida humana e um chamamento para mudanças nos processos de atenção à saúde nos setores públicos. Assim, para compreender e problematizar as concepções dos diferentes

tipos de parto que circulam e organizam as práticas nos serviços de atenção ao parto se faz necessário incorporar reflexões advindas das produções culturais de corpo e gênero, que serão discutidas no capítulo a seguir.

3 CULTURA, CORPO E GÊNERO: articulando o referencial de análise

No campo feminista e também em algumas vertentes na área da saúde e da enfermagem, não se constitui mais novidade assumir a premissa de que saúde e doença, em sentido amplo, não se reduzem a eventos biológicos, e sim que se constituem como processos amplamente definidos, delimitados e atravessados pelos contextos culturais em que são vividos e experienciados.

Cultura é um conceito amplo bastante complexo que incorpora diversos significados, dependendo da vertente teórica e dos/as diferentes autores/as que o discutem e utilizam. No contexto desta investigação, cultura será entendida “(...) como um conjunto de saberes e práticas implicado com a produção de determinados tipos de sujeitos; um campo de luta em que ‘novas’ práticas são inventadas e ‘velhas’ práticas são revitalizadas (...)” (MEYER, 2002, p. 377). Esse modo de entender a cultura articula-se também à compreensão de que corpo e gênero, eixos que sustentam a abordagem à mulher durante o processo de gestação e parturição, não são biologicamente determinados – são construtos culturais.

Stuart Hall enfatiza o entendimento de que a cultura ocupa um espaço privilegiado e dinâmico na produção dos sujeitos sociais. O autor afirma que tudo o que perpassa e acontece no cenário cultural de nosso cotidiano vai sendo significado e vai dando sentido às nossas ações, constituindo-nos, o que nos permite pensar, sentir e viver como membros de determinados grupos e não de outros (HALL, 1997). Afirma ainda que

os seres humanos são seres interpretativos, instituidores de sentido. A ação social é significativa tanto para aqueles que praticam quanto para os que a observam: não em si mesma, mas em razão dos muitos e variados sistemas de significado que os seres humanos utilizam para definir o que significam as coisas e para codificar, organizar e regular

sua conduta uns em relação aos outros. Estes sistemas de códigos de significado dão sentido às nossas ações. Eles nos permitem interpretar significativamente as ações alheias. Tomados em conjunto, eles constituem nossas “culturas”. Contribuem para assegurar que toda ação social é “cultural”, que todas as práticas sociais expressam ou comunicam um significado e, neste sentido, são práticas de significação (HALL, 1997, p. 16).

Interessa-me o modo como esse autor argumenta a construção das práticas e regulações sociais que nos permitem escolher – e/ou impõem – determinadas formas de viver, organizando e regulando nossas condutas, produzindo significados e nos ‘fabricando’ enquanto sujeitos. Isso significa que as ações sociais constroem-se a partir e dentro de um contexto cultural e, por isso, constituem-se como ações culturais que se “expressam ou comunicam um significado”. Tais ações, disseminadas pelo social, ‘educam-nos como sujeitos culturais’ (HALL, 1997, grifo meu). Isso sugere pensar que “todas as nossas condutas e todas as nossas ações são moldadas, influenciadas e, desta forma, reguladas normativamente pelos significados culturais” (HALL, 1997, p. 41).

Se entendermos cultura a partir desse referencial, compreenderemos que os processos de saúde e doença são definidos e determinados no âmbito da cultura. Se homens e mulheres são diferentemente posicionados e valorados nas diversas culturas, faz sentido pensar que especificidades que delimitam diferenças nos modos de viver saúde e doença são também construídas e/ou significadas nesse âmbito. Nesse sentido, torna-se produtivo trabalhar com o conceito de gênero, uma vez que tal conceito implica assumir que as diferenças percebidas entre mulheres e homens são social e culturalmente construídas, e não biologicamente determinadas.

No que se refere às diferenças e desigualdades sociais entre mulheres e homens, tais distinções foram, por muito tempo (e continuam sendo em algumas culturas), compreendidas e justificadas por diferenças anatômicas, biológicas e

universais que se inscrevem nos corpos. Para contrapor-se a essa noção, estudiosas feministas introduziram o conceito de gênero, que começou a ser usado como uma categoria analítica no início dos anos 80, com os objetivos de: mostrar que não existe uma essência de homem ou de mulher; (re)configurar o caráter fixo, imutável e 'normativo' da produção de sujeitos masculinos e femininos, baseado na diferença entre os sexos; e dar visibilidade à mulher como sujeito, agente social e histórico.

Isso significa considerar que os processos de gestar e parir também derivam dessas construções e agregam os rituais em que os corpos, sempre já dotados de um certo gênero, estão inseridos. Esses rituais não apenas envolvem um corpo, como também ajudam a definir o que esse corpo é e como ele pode ou deve (re)agir em determinadas circunstâncias e condições. Ou seja, são “[...] as práticas de significação lingüística e cultural e os sistemas simbólicos através dos quais os significados [do corpo, da gestação, do parto e da maternidade] são construídos, que permitem às mulheres [e não só a elas] entender suas experiências e definir o que elas devem ser, fazer e sentir” (MEYER, 2000, p. 120) enquanto gestantes, parturientes e mães. Nessa perspectiva, trabalha-se, pois, com “a importante premissa de que características anatômicas como ter ou não ter mamas e útero, funções biológicas como [a gravidez, o parto e] a produção e secreção de leite”, bem como as ações, sentimentos e comportamentos a elas coladas ou delas decorrentes “não têm, em si mesmas, qualquer significado fixo, final e verdadeiro”, uma vez que esse significados “são produzidos e passam a significar algo específico no interior de culturas específicas” (MEYER, 2000, p. 120).

Como se pode ver, nessa perspectiva teórica, assume-se que não só nossas atitudes, comportamentos e ações são marcados pela cultura (conforme, por

exemplo, Meyer (2003), Louro (2000), Lupton (1999), Silva (2000), entre outros), mas também os nossos corpos. É importante considerar, então, que cada época e cada cultura têm formas diferentes de avaliar e problematizar as construções e significações em torno do corpo, o que possibilita ir além daquelas abordagens que o tratam “como substrato biológico naturalmente dado e inquestionável, em cima do qual se erguem, de forma separada e independente, os sistemas sociais e culturais de significados” (SILVA, 2000, p. 31) – abordagens usualmente empregadas na área da saúde. Trabalha-se, em síntese, com o pressuposto de que “o corpo é, ele próprio, um construto cultural, social e histórico, plenamente investido de sentido e significação” (SILVA, 2000, p. 31), e é esse pressuposto que procuro assumir nesta dissertação. Se “o corpo não é dado, mas sim produzido [...], nesse processo, ele adquire as ‘marcas’ da cultura, tornando-se distinto” (LOURO, 2000, p. 61).

É possível, então, considerar que os discursos constitutivos da área obstétrica que sustentam e definem a abordagem aos corpos grávidos reforçam determinadas ‘marcas’, ensinando às mulheres (e não só a elas) sobre o que seu corpo é e como ele deve ser e funcionar durante a gestação, o parto e o puerpério, assim como o modo de lidar com algumas de suas necessidades, produzindo, desqualificando e/ou valorizando outras. Tais ensinamentos incidem sobre os corpos e as subjetividades com que nos deparamos e com que lidamos nos processos de gestar e de parir.

Assim, desde a perspectiva cultural, gerar e parir um novo ser não é um simples ato fisiológico, mas um evento que se desenvolve em um contexto localizado e datado, marcado por mitos, ritos, simbologias. Junto a essa realidade, cada cultura constrói saberes e práticas próprias legitimados e autorizados que passam a definir e regular modos adequados de gestar, parir, assistir e cuidar. Faz-se, portanto, necessário discutir e problematizar os sentidos historicamente

atribuídos ao parto. A partir das contribuições dos conceitos de cultura, corpo e gênero, a compreensão de parto desloca-se de eventos estritamente biomédicos e fisiológicos para o político e o cultural, o que pode fazer uma grande diferença nas práticas de atenção, uma vez que estão implícitos nesses pressupostos alguns dos princípios assumidos pelas Políticas de Humanização preconizadas pelo Ministério da Saúde e pela OMS.

A reflexão sobre os diferentes conceitos de parto na introdução deste estudo pode ser um exemplo da necessidade de ressignificar as compreensões de parto na medida em que termos como 'natural' podem remeter a um processo que seria guiado apenas pela biologia de um corpo feminino, independente da cultura e de gênero. Essa compreensão encaminharia para uma determinada abordagem do corpo durante o parto. Já o termo 'humanizado' poderia também estar incorporando o pressuposto da existência de uma 'natureza humana' boa, que teria sido, de certa forma, desvirtuada pela biotecnificação da assistência hospitalar – o que, por sua vez, implica o estabelecimento de outro tipo de relações entre o corpo que está em trabalho de parto, a tecnologia e os/as profissionais envolvidos/as no processo.

4 METODOLOGIA

4.1 A opção pela abordagem

Esta investigação teve como propósito realizar uma análise qualitativa dos 'dados' produzidos no decorrer do trabalho de campo. Pela natureza do recorte realizado, a investigação tem características de um estudo de caso. O escopo deste estudo valeu-se de distintas contribuições teóricas, bem como dos documentos que veiculam os Programas e as Políticas oficiais de saúde. Com essa abordagem metodológica, posso discutir e analisar as concepções dos/as profissionais de saúde, médicos/as e enfermeiros/as, que atuam no Centro Obstétrico do Hospital a respeito dos diferentes tipos de parto: natural, normal e humanizado.

A opção pelo enfoque qualitativo justifica-se pelas possibilidades de ampliar as discussões e o entendimento sobre determinados eventos, concepções ou fenômenos no decorrer do processo de investigação; aprofundar diversos aspectos de um mesmo contexto, referentes, por exemplo, às divergências, controvérsias, interesses e conflitos que atravessam modos de pensar e fazer como os que investiguei, por estarem imbricados nas construções culturais. A opção pela abordagem qualitativa justifica-se ainda pela argumentação que vim desenvolvendo até aqui e que pode ser sintetizada pelo pressuposto de que “[...] a sociedade é constituída de microprocessos que, em seu conjunto, configuram as estruturas maciças, ou seja, a realidade social não é um dado unitário, mas uma multiplicidade de processos sociais que atuam simultaneamente, em temporalidades diferenciadas, compondo, esses sim, uma totalidade” (VICTORA *et al.*, 2000, p. 34).

Assumindo-se o pressuposto de que a sociedade é constituída de microprocessos que atuam de forma simultânea, é possível fazer alguns recortes para melhor estudá-los. Esse tipo de investigação permite ‘olhar’ os cenários de atuação na atenção obstétrica de diferentes perspectivas, não havendo uma única verdadeira. Com o intuito de apreender a multiplicidade de sentidos envolvidos nas concepções que norteiam a assistência às mulheres em trabalho de parto, o estudo qualitativo – com características de estudo de caso nesta dissertação – mostrou-se como uma alternativa eficaz.

Robert E. Stake sinaliza que, no estudo de caso, “se estuda um caso ou poucos casos, porém estes são estudados em profundidade” (1998, p. 19). Portanto, o estudo de caso não tem a preocupação de generalizar, mas de entender o que acontece no local e nas situações específicas em que ocorre o caso. Pode ser, assim, constituído de apenas um sujeito, um grupo ou mesmo uma comunidade. Conforme Stake, “o objetivo primordial do estudo de caso não é a compreensão de outros. A primeira obrigação é compreender esse caso” (1998, p. 17). Nessa direção, fez-se oportuna a utilização dessa metodologia para investigar como os/as médicos/as e enfermeiros/as que atuam no referido centro obstétrico concebem os diferentes tipos de parto e as possíveis convergências e conflitos que se estabelecem entre essas concepções de atenção ao parto quando se considera o que é preconizado pelas políticas públicas em vigor.

A seguir, apresento o contexto e descrevo o cenário em que foi realizada a referida investigação onde se fundamentam e circulam as concepções de parto que estão em foco neste estudo.

4.2 O cenário da investigação

A presente investigação realizou-se em um Hospital Público de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul, que possui 257 leitos de internação, de atenção múltipla. Destes, 25 leitos são destinados à área de obstetrícia. O referido hospital está vinculado à Universidade de Caxias do Sul, voltado para a assistência, o ensino e a pesquisa. Atende somente usuárias/os do SUS e é referência para toda a região que compõe a 5ª Coordenadoria de Saúde na prestação de atendimento de maior complexidade aos 48 municípios. Segundo dados de 2004 da 5ª coordenadoria, esses 48 municípios apresentam uma população total de 1.013.884.

A escolha desse Hospital para realizar a investigação justificou-se pelo fato de ser um Hospital-Ensino (conforme a Portaria Interministerial nº 50, datada de 03/01/05) de referência na região e estar integrado ao Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar (PNHAH) há aproximadamente quatro anos.

A investigação foi realizada no Centro Obstétrico (C.O.), 3ª andar do referido Hospital, por ser esse o setor onde se desenvolve a atenção à mulher em trabalho de parto. O setor possui seis leitos para o pré-parto, distribuídos em duas salas onde as mulheres são atendidas durante o trabalho de parto. Quatro leitos estão localizados em outra sala, destinada ao processo de recuperação das mulheres no pós-parto imediato. Há uma sala para realização de partos via vaginal, uma para partos cesáreos e uma terceira que pode ser utilizada para ambos os tipos de parto, dependendo da necessidade. No ano de 2004, foram realizados 1.541 partos, sendo que, desse total, 467 foram partos cesáreos e 1.074 partos 'normais'. A taxa de ocupação/dia do C.O. não é realizada. Ela só é realizada na Unidade de Internação

Obstétrica (I.O.), setor que possui 25 leitos. Em 2004, a Unidade prestou atendimento para 6.648 mulheres (incluindo as mulheres que internam por complicações no processo gestacional), com uma média de permanência de 3,20 e taxa de ocupação/dia de 91,07%.

A equipe de enfermagem do C.O. está vinculada ao Grupo de Enfermagem do Hospital. É composta de quatro enfermeiros/as assistenciais cuja função está mais para o gerenciamento do setor. Durante o dia, as enfermeiras fazem carga horária de seis horas e, no período noturno, plantões de doze horas. Quinze técnicos/as e cinco auxiliares de enfermagem também fazem parte da equipe do centro obstétrico cujos profissionais se dividem nas vinte e quatro horas do dia.

Na área de formação em enfermagem, duas escolas de técnicos/as de enfermagem realizam seus estágios práticos. Há também o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul (UCS). Em nível de graduação, em torno de 30 alunos/as por semestre realizam estágios práticos no referido setor, divididos/as em grupos de seis. Nos cursos técnicos e de graduação em enfermagem, toma-se o cuidado, ao serem realizadas as escalas de estágios, para que não se sobreponham duas turmas em um mesmo horário.

Quanto à equipe médica, o hospital mantém 14 médicos/as contratados/as, especializados/as em obstetrícia, para trabalhar no Centro Obstétrico. Cada profissional realiza plantão de 12 horas. Durante o dia, permanecem de plantão dois médicos ou médicas e, no horário noturno, um/a médico/a contratado/a. O setor conta com cobertura médica e enfermeiras nas 24 horas do dia. Ainda na área médica, conta-se com a presença dos/as residentes RI, RII e RIII, por turno, e mais os/as estudantes do Curso de Graduação em Medicina da UCS. Os/as alunos/as do curso de graduação em medicina permanecem no setor mesmo nos períodos de

férias como estagiários/as voluntário/as. Portanto, como local de ensino, está permanentemente com estudantes. Há um grande número de pessoas que circulam diariamente no referido setor, sendo essa circulação maior no período letivo.

4.3 Caracterização dos participantes

Dentre os/as profissionais que trabalham no Centro Obstétrico, foram considerados informantes todas as enfermeiras e os/as médicos/as do referido setor, totalizando quatorze médicos/as e cinco enfermeiras. Quatro enfermeiras atuavam no C.O. Durante o período em que fiz o trabalho de campo, ocorreu a saída de uma enfermeira e, por consequência, o ingresso de outra. Foram entrevistadas, então, cinco enfermeiras.

O critério da escolha desses/as profissionais foi as respectivas habilidades e competências profissionais que o nível superior confere em relação à atenção ao parto e ao nascimento. A seguir, estarei apresentando e discutindo aspectos que me pareceram relevantes acerca do perfil dos/as profissionais entrevistados/as, para depois dar início à discussão dos dados. Dentre as tantas informações, selecionei aspectos como: idade, sexo, formação e tempo no local do serviço.

Das cinco participantes entrevistadas da enfermagem, todas eram do sexo feminino (100%). Apenas uma possuía especialização em enfermagem obstétrica. Duas possuíam curso de especialização em outras áreas de conhecimento. Uma estava cursando especialização em outra área; uma outra não tinha nenhuma formação em nível de especialização. Na faixa etária dos 25 aos 30 anos, havia três

enfermeiras. Quanto ao tempo de serviço, atuavam no local respectivamente: uma havia duas semanas; uma havia 18 meses; e a terceira havia quatro anos. Dos 31 aos 35 anos, havia uma enfermeira com dois anos de atividades no setor. E havia ainda uma enfermeira de 55 anos que atuava no setor há cinco anos. Das enfermeiras entrevistadas, uma informou que nada 'sabia' a respeito das políticas de saúde, assim como acerca das concepções de parto. Foi realizada a entrevista com esta enfermeira, mas não foram utilizadas as informações geradas.

Dos/as 14 profissionais participantes da área médica, quatro eram do sexo feminino (28.6%) e dez do sexo masculino (71.4%). Na área médica, 100% dos/as profissionais possuíam residência em ginecologia e obstetrícia. Sete dos/as médicos/as realizaram curso de especialização em áreas diversas, e uma médica possuía título de mestrado em educação. Quanto ao tempo de permanência no serviço, 13 profissionais da medicina atuavam no setor desde que este foi aberto, há seis anos, e apenas um havia ingressado há oito meses. Com relação à faixa etária, dos 30 aos 35 anos, foram encontrados/a seis profissionais: uma médica e cinco médicos; dos 36 aos 40 anos, duas médicas; dos 41 aos 45, quatro profissionais: três médicos e uma médica; de 46 a 50, um médico e um médico dos 60 aos 65 anos. Diante de tais informações, evidenciam-se alguns dados que julgo pertinentes e relevantes na medida em que apontam alguns distanciamentos entre as duas profissões. Esses distanciamentos produzem, provavelmente, formas desiguais na atenção e possivelmente operacionalizam diferentes poderes e saberes nos centros de atenção, sugerindo um grande desafio de aproximação interdisciplinar entre as profissões.

Nessa direção, destaco três aspectos que podem ser considerados como marcadores significativos nas inter-relações entre medicina e enfermagem nesse

contexto. O primeiro, enquanto que, entre as profissionais enfermeiras, apenas uma possuía curso de especialização em obstetrícia, na medicina, todos/as possuíam residência na área. Esse é um aspecto que pode ser mobilizado como um componente para interrogar a consistência e a legitimidade do saber/fazer obstétrico dessas enfermeiras na área obstétrica. Um segundo aspecto diz respeito às relações de gênero que se estabelecem nesse contexto, uma vez que, na enfermagem 100% eram do sexo feminino e, na medicina, apenas quatro profissionais eram do sexo feminino, sendo dez do sexo masculino. Para finalizar, o terceiro aspecto seria a alta rotatividade das enfermeiras no setor; se comparada com a rotatividade dos/as médicos, constata-se que apenas um foi substituído desde a abertura do serviço. Esses aspectos converteram-se em diferenças significativas entre uma categoria e outra, tanto em conhecimentos técnicos e de políticas de saúde, quanto nas relações de poder e na 'familiarização' com o setor.

4.4 Trabalho de campo

Na primeira quinzena de julho de 2004, foi encaminhado o projeto de pesquisa para a Comissão de Ética em Pesquisa do referido Hospital e para o Comitê de Ética da Universidade de Caxias do Sul. Num primeiro momento, fiz contato com a coordenação dos serviços de enfermagem e de medicina para apresentar o projeto e combinar minha inserção no setor. Na primeira quinzena de setembro, recebi a autorização do Comitê de Ética da Universidade de Caxias do Sul e iniciei as entrevistas, concluindo-as na segunda quinzena de outubro.

Após a autorização do meu ingresso no campo pelos coordenadores das referidas áreas, organizei a listagem com os nomes dos/as profissionais e estabeleci os primeiros contatos. É importante registrar que os contatos com os/as profissionais participantes foram realizados pessoalmente no hospital. Identificava-me como mestranda e apresentava, de forma sintética, o tema desta pesquisa (por vezes, percebia-me sendo observada com certa desconfiança, possivelmente pelo fato de ser enfermeira. Isso gerava muito desconforto, ansiedade e o temor de possíveis 'dificuldades' para efetivação do trabalho de campo). Em seguida, fazia o convite para participar da pesquisa; após o aceite, agendava local e hora conforme a disponibilidade do/a participante. Essa estratégia foi positiva na medida em que conheci pessoalmente os/as profissionais que atuavam no campo. Possivelmente esse contato tenha favorecido o aceite de 100% dos/as profissionais para participar da pesquisa.

Antes de ingressar no campo para a coleta de dados, realizei teste piloto das entrevistas com cinco profissionais da área de saúde, sendo que três atuavam na área da obstetrícia. Essas entrevistas não compuseram o *corpus* desta investigação, mas foram discutidas e analisadas com a orientadora, derivando desse exercício ajustes significativos para o formato que a entrevista assumiu no processo efetivo de investigação. A entrevista semi-estruturada foi a ferramenta utilizada para a coleta de dados que, segundo Maria Cecília de Souza Minayo:

A ordem dos assuntos abordados não obedece a uma seqüência rígida e, sim, é determinada freqüentemente pelas próprias preocupações e ênfases que os entrevistados dão ao assunto em pauta. A quantidade de material produzido tende a ser maior e com grau de profundidade incomparável com relação ao questionário, porque a aproximação qualitativa permite atingir regiões inacessíveis a simples perguntas e respostas (MINAYO, 2004, p. 122).

A entrevista era gravada e seguia o roteiro do instrumento (Apêndice A), abordando os temas já definidos. Durava de 40 a 80 minutos, dependendo do envolvimento do/a profissional, das respostas e do número de interrupções que ocorriam. Por opção de uma participante, uma entrevista não foi realizada na área hospitalar. As demais foram efetivadas no Centro Obstétrico. Isso, por vezes, causou algumas dificuldades na seqüência da entrevista devido às interrupções de colegas do setor em situações de emergência, urgência ou mesmo em função do aumento da demanda de atendimento em alguns plantões. Frente a algumas situações específicas, como, por exemplo, o aumento de demanda, a entrevista agendada nem se iniciava, era suspensa e reagendada para uma próxima vez em que o/a profissional estivesse disponível no plantão. Outra situação peculiar que se apresentou como fator dificultador no processo de coleta dos dados foram as inúmeras trocas de plantão entre os/as próprios profissionais médicos/as. Agendávamos, e, no dia e hora marcada, ao chegar no hospital, era informada de que o/a médico/a havia trocado de plantão com o/a colega. Nessas situações, eu aguardava até conseguir contato com o/a profissional e agendava novamente um horário.

Durante a entrevista, alguns/mas médicos/as deixavam transparecer, pelo tom de voz e pela linguagem corporal, seu desconforto e indisposição para conversar sobre o tema em questão. Esse desconforto esteve muito presente quando se traziam para discussão as políticas de saúde no que se refere a intervenções técnicas. Alguns/mas profissionais mostraram-se muito receptivos/as, participando ativamente das discussões, trazendo falas pertinentes e relevantes para a investigação, muitas vezes até se adiantando no foco.

4.5 Procedimento de análise de informações

Para mapear o que foi proposto e contemplar os objetivos desta investigação, optei pela análise de conteúdo, próxima da análise de conteúdo temática proposta por Minayo, que visa a “ultrapassar o nível de senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas e observações” (2000, p. 203). A autora afirma que “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2004, p. 209).

Para operar com o método de análise de conteúdo temático, a autora desdobra-o em três etapas: 1ª etapa - Pré-análise, que pode ser decomposta em duas atividades: a) leitura flutuante: “consiste em tomar contato exaustivo com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo [...]”; b) constituição do *corpus*: “organização do material de tal forma que possa responder a algumas normas de validade (...)” (MINAYO, 2004, p. 209). Na etapa inicial, são organizadas as unidades de registro ou unidades de significação. Na segunda etapa, é feita uma ‘leitura transversal’ e o enxugamento da classificação por temas mais relevantes, denominados unidades de contexto ou categorias temáticas, que envolvem as unidades de significados do conteúdo das falas coletadas nas entrevistas. Na terceira e última etapa, são originados os temas centrais sugeridos pelas questões norteadoras da investigação.

Para esse tipo de análise, fez-se necessário, inicialmente, ordenar os dados obtidos na análise dos documentos e das entrevistas. Em um segundo momento, os dados foram classificados através de repetidas leituras dos textos com o objetivo de captar as idéias centrais e relevantes para a análise final deste estudo. As informações foram geradas e compiladas por meio das entrevistas semi-estruturadas. Após a transcrição das entrevistas, prossegui com a leitura integral dos textos para melhor identificar os conteúdos das falas, buscando apreender seus sentidos. Para a análise de conteúdo, centrei-me em depoimentos que apresentavam as convergências e divergências acerca das concepções de parto que constituem o foco desta investigação.

Para dar conta dos objetivos deste estudo, a análise realizada foi sistematizada em unidades de significação exploradas, no capítulo que segue , em três seções:

- a) O que se diz sobre os diferentes tipos de parto .**
- b) Relações entre a polissemia do termo parto e a assistência ao parto.**
- c) Algumas possibilidades e limites das Políticas de humanização do parto e do nascimento**

4.6 Fontes documentais analisadas

Além dos profissionais médicos/as e enfermeiras que atuam na atenção às mulheres no processo de parir e que contribuíram de forma efetiva e contextual com as concepções a partir do trabalho vivo, o exame de documentos das Políticas e Programas do Ministério da Saúde forneceu elementos importantes para a análise realizada nesta pesquisa.

Para investigar as concepções de parto que permeiam a atenção à mulher no processo de gestar e parir, utilizei especificamente como fonte de estudo os seguintes documentos:

- a) o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) - Bases de Ação Programática, do Ministério da Saúde brasileiro, de 1985;
- b) as Recomendações da OMS no Atendimento ao Parto Normal;
- c) os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, também do Ministério da Saúde brasileiro, de 2004;
- d) e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, portaria nº 569/00.

4.7 Algumas considerações éticas

Antes da realização das entrevistas, foi fornecido aos/as participantes o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE), que figura no Apêndice B. As entrevistas foram realizadas após o aceite e a assinatura do Termo, garantindo-se e respeitando-se as normas e os regulamentos de pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Aos/as entrevistados/as, foi solicitada a permissão para que as respostas fossem gravadas e posteriormente transcritas, sendo que a abordagem foi realizada pela pesquisadora; as fitas, após a transcrição, serão guardadas por cinco anos. Os sujeitos do estudo foram entrevistados individualmente, em hora e local previamente combinados. Foram esclarecidos quanto às dúvidas que surgiram durante o desenvolvimento da pesquisa. Nenhum/a dos/as participantes fez objeções a participar. Ficou pactuado com os/as participantes que, após o término da investigação, terão acesso aos resultados. Por motivos éticos, os nomes dos/as participantes foram omitidos, preservando-se sua identidade.

5 CONCEPÇÕES DE PARTO NO CONTEXTO INVESTIGADO

Momento de sentir a vida concreta e viva saindo de nossas entranhas. Vida que sentimos e carregamos durante nove meses, fazendo-se em nós e fazendo-nos com ela. Momento de construção não só da outra vida, mas da mesma, nossa de mulher. De estar presente, de dizer, de querer. Nem só de dor, nem só de medo. Momento de ser, de querer e de poder, de gritar e andar, chorar e sorrir. Inteireza de ser precisando estar. Querendo estar junto, com quem auxilie. Sentindo nossa força e nosso orgulho de ser e poder colocar mais dois pés no caminho da vida.

Ângela Arruda

Escolhi essa epígrafe para iniciar a apresentação das minhas análises pela riqueza literária com que a autora traduz as emoções, os sentimentos, a complexidade de vivências que, em sua perspectiva, são experienciadas pelas mulheres no processo de gestar e parir. De certo modo e mesmo que esteja aqui fazendo um exercício que procura demonstrar a impossibilidade da existência de concepções unitárias e homogêneas acerca do mundo, da vida e dos eventos que a compõem, é também dessa forma que eu aprendi a sentir e a viver o ofício de enfermeira obstétrica. E é exatamente o meu desconforto com o que se passa com as mulheres que vivenciam seus processos de parir nos centros obstétricos que me trouxe a este programa e a este tema/problema de pesquisa.

O objetivo deste capítulo, como indica o título, é explorar e discutir a multiplicidade conflituosa de sentidos contida nos termos “parto natural”, “parto normal” e “parto humanizado” que atravessam e constituem o fazer profissional de médicos/as e enfermeiras no contexto investigado. Nesse sentido e reportando-me, em termos gerais, às discussões apresentadas nos capítulos anteriores, quero lembrar, de início, que as falas aqui discutidas foram enunciadas em um dado tempo

e lugar e podem, portanto, não representar outras experiências vividas em outros cenários do Brasil, o que precisa ser considerado quando se trata de estudos que elegem abordagens culturais e privilegiam o estudo de casos, como faz esta investigação.

Feito o alerta, indico que este capítulo de análise apresenta e discute, em um primeiro momento, as unidades temáticas que aglutinam significados atribuídos pelos/as profissionais aos diferentes tipos de parto, explorando as convergências, sobreposições, ambigüidades e divergências que emergem quando esses significados são colocados em relação, com o objetivo de tornar visíveis a multiplicidade e a heterogeneidade que os compõem. No segundo momento, estarei analisando e discutindo algumas das possíveis implicações desses significados para os modos de organizar e executar a assistência ao parto. Para isso, tomo como referência a linguagem legitimada pelos Programas e Políticas de Saúde e pelos conhecimentos que balizam a formação acadêmica no que se refere ao parto natural, normal e humanizado, inserindo essa discussão no contexto mais amplo do referencial teórico que sustenta minha investigação.

5.1 O que se diz sobre os diferentes tipos de parto

No contexto investigado, é possível perceber que a expressão parto natural tem sido traduzida de cinco modos predominantes, quais sejam:

5.1.1 Parto natural

5.1.1.1 Parto natural como sinônimo de parto sem intervenção técnica e medicamentosa

É possível perceber que há um consenso entre médicos/as e enfermeiras participantes desta investigação de que o parto natural significa, em síntese, “respeitar a natureza fisiológica da mulher”. Essa compreensão desdobra-se em dois movimentos distintos no contexto da prática desses/as profissionais: para alguns/algumas, uma significativa redução nas intervenções técnicas e medicamentosas; para outros/as, sua ausência, como se pode ver nos excertos de fala registrados a seguir:

O natural é aquele onde eu tenho a menor intervenção possível (Participante 10).

O parto natural, [aquele em] que tu não mexes, o parto [em] que tu não interferes (Participante 11).

O parto natural é aquele parto que tu deixas evoluir e não fazes absolutamente nenhuma intervenção (Participante 6).

Parto natural é aquele em que não se lança mão de nenhum tipo de medicação (Participante 4).

Essas concepções, além de convergirem com algumas das definições já discutidas em capítulos anteriores, condizem com recomendações feitas pela OMS relativamente ao parto normal em documento publicado em 1986. Segundo esse documento, as recomendações descritas nas “condutas que são claramente úteis e que deveriam ser recomendadas” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p. 1) para o parto normal incluem: “Não utilizar método invasivo nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e sim métodos como massagens e técnicas de relaxamento” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986, p. 2). Embora as Políticas e Programas de Saúde não possuam nenhuma definição explícita para o parto natural, utilizam o termo como base da Política de

Humanização do Parto e do Nascimento. Esse documento da OMS, de certa forma, assume a concepção de normal significando não-intervenção.

Há, igualmente, uma produção de conhecimentos sobre o parto e o nascimento que legitimam essa compreensão dos/as profissionais. Michel Odent (2002), por exemplo, vê o nascimento como um processo inerente à existência e à vida humana no qual, apenas em alguns casos, há necessidade de intervir. Ele assegura que as mulheres estão naturalmente capacitadas para dar à luz e argumenta que isso é possível sem o uso rotineiro de tecnologias. Defende que as mulheres devem realizar seus partos em ambientes aquecidos, pequenos, com pouca luz e com total privacidade para que elas se sintam seguras e protegidas nesse espaço acolhedor. Dessa forma, estariam produzindo determinados hormônios facilitadores do processo de parir, inclusive atenuantes da dor.

Se retomarmos o conceito de cultura que assumi nesta dissertação, ou seja, como um campo de disputas em torno da significação do parto e do nascimento, posso delimitar, já nesta primeira unidade temática, alguns dos processos de significação que permitem que aquele grupo de profissionais se expresse dessa forma, neste tempo e contexto. Essa cultura articula, de maneira conflituosa e em rede, um conjunto de saberes e práticas que emergem: de estudos científicos (vertentes mais ou menos alopáticas da medicina obstétrica); de saberes, crenças e “tradições” que instituem ou assumem uma dada natureza feminina (“naturalmente capacitada” para um parto sem intervenções); de interesses políticos (de organismos internacionais e governamentais, como a OMS e o Ministério da Saúde, de movimentos sociais, como o feminismo e os movimentos da desmedicalização do parto e do nascimento); de interesses econômicos de grupos e instituições diversas

(os hospitais, os grupos corporativos de profissionais, a indústria farmacêutica), dentre outros.

Essa rede de significação, atravessada e dimensionada por relações de poder de alcance distinto, está implicada na produção de um determinado consenso sobre formas de sentir e de viver os processos reprodutivos. É ela que permite que determinados significados de parto sejam pensados e verbalizados por determinados sujeitos num determinado contexto; que, dentre tais sujeitos, se indiquem aqueles mais legítimos e autorizados; e que uma certa uniformidade e estabilidade sejam garantidas a esses sentidos compartilhados. É esse processo, sempre aberto e inacabado, que explica as convergências e, sobretudo, as divergências, as sobreposições e as ambigüidades que pretendo enfatizar ao longo desta análise. Uma delas, já enfatizada nesta unidade temática, é a sobreposição entre os termos “parto natural” e “parto normal”, que exploro melhor a seguir.

5.1.1.2 Parto natural como sinônimo de parto normal

As falas citadas na seção anterior já indicaram algumas sobreposições e distanciamentos entre os termos “parto natural” e “parto normal”.

É possível considerar que essa sobreposição decorre de definições como a da Organização Mundial da Saúde, que define como normal o parto “(...) de início espontâneo, de baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre a 37^a e a 42^a semanas completas de gestação”

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p. 4). Essa definição indica a proximidade entre parto normal e natural.

Nas falas a seguir, reaparece a associação entre o tipo de parto e a presença ou ausência de intervenções técnicas e de medicação, que aqui compõem o que se entende por normal:

Normal é o que for mais natural por via vaginal. O que for com menos intervenção possível e o mais natural possível pode ser considerado normal (Participante 1).

O parto natural é um parto normal, entende? (Participante 14).

Expressa-se aí o entendimento de que o parto normal não comporta intervenções, e é nesse sentido que ele se torna sinônimo de natural. Mario Sebastiane (2005), no entanto, entende que parto natural e parto normal não devem ser tomados como sinônimos, uma vez que o primeiro é realizado em casa (emergindo, aqui, portanto, o sentido de parto domiciliar) e praticamente não tem intervenções de quem o assiste, enquanto que, no parto vaginal (tomado em nossa cultura como normal, de acordo com a descrição do autor), os/as profissionais encontram satisfação mediante as intervenções técnicas enquanto expressão de sua “arte obstétrica”. Sendo assim, cada tipo de parto estaria fortemente influenciado por um modelo de atenção e atravessado por ‘alguns interesses’, já discutidos anteriormente. Ainda para Sebastiane, os/as profissionais deveriam ter clareza das diferenças entre as tipologias de parto para propor à parturiente a escolha de qual delas deseja vivenciar.

Diniz (2001) amplia essa discussão quando argumenta que o que tem sido chamado de parto normal nos centros de atenção é o chamado parto vaginal dirigido, aquele que rotineiramente é conduzido pelo técnico, com a mulher imobilizada ou semi-imobilizada, privada de alimentos e líquidos via oral, com administração injetável de ocitocina para o encurtamento do trabalho de parto, em

posição litotômica no período expulsivo, seguindo normalmente a rotina de episiotomia e episiorrafia e com eventual uso de fórceps. Nesse sentido, normal diz respeito à norma, à regularidade. Com tal entendimento, o significado de parto normal parece ficar o mais distante possível do de parto natural.

Quando se discute o que vem sendo considerado como parto normal atualmente pelo conhecimento acumulado e referencial bibliográfico, é possível afirmar a existência tanto da sobreposição quanto de alguns distanciamentos e divergências importantes entre as concepções de parto natural e normal.

5.1.1.3 Parto natural como sinônimo de parto humanizado

O que se apresenta nesta unidade temática é a convergência ou sobreposição entre os termos natural e humanizado, que será apenas indicada aqui para ser posteriormente retomada e discutida na análise de “parto humanizado”:

Natural diferencia, aí, para mim... com menos intervenções e mais próximo do parto humanizado. Daí, seria o parto assistido pela enfermeira e pelo médico. Com menos intervenção possível, com mais respeito à privacidade da paciente, com mais respeito humano, com mais respeito às necessidades individuais de cada paciente. Seja na posição, seja na forma de ganhar, seja atendendo às necessidades mais pedidas por ela (Participante 3).

De acordo com o referencial utilizado, o parto natural pode ser considerado como parte do entendimento de parto humanizado; por isso aproximam-se, embora neste último, segundo o Ministério da Saúde, haja uma complexidade maior do que o proposto pelas definições de parto natural encontradas nas literaturas.

Em sua fala, o profissional também sinaliza a inclusão de outro/a profissional, que não um médico, na atenção ao parto e ao nascimento, sendo essa uma das

posições defendidas tanto pela OMS quanto pelo Ministério da Saúde. Outro aspecto que aparece é a associação entre parto natural e humanização, com a mulher escolhendo a posição para parir, considerada pelo profissional como um direito.

5.1.1.4 Parto natural como um evento que faz parte da “natureza da mulher”

A concepção de parto natural tomado nesta unidade temática como sinônimo de parto vaginal converge para os aspectos anatômicos da via de parto, mas torna-se conflituosa com as discussões e reflexões realizadas até então. Em um primeiro momento, porque parto natural, parto normal e parto humanizado se apresentaram com alguns desdobramentos característicos encontrados em cada tipologia, embora todos sejam realizados ‘via baixa’; em um segundo momento, pelas contribuições trazidas pelos Estudos Culturais e utilizadas nesta investigação. As concepções registradas a seguir suscitam tais reflexões:

O natural... ele é natural porque é via baixa. A criança vai nascer assim, vamos dizer, sem intervenção maior do médico. É por isso que ele se chama natural. Não tem como a gente dividir isso (Participante 13).

É preciso lembrar que, de acordo com alguns dos referenciais utilizados, o parto natural é definido como “o parto de um feto sem o uso de analgésicos, sedativos ou anestésicos. Denominado natural porque esse método era a única abordagem ao nascimento de uma criança antes das modernas técnicas obstétricas” (PARTO NATURAL, 2000, p. 1310).

Nessa mesma fala, o sentido de parto natural está também associado a uma dada 'natureza' feminina, entendida e orientada pela biologia anatômica e fisiológica, independentemente da cultura onde a mulher está inserida. Jane Flax (2002) aponta para uma dicotomia entre o que se entende por cultura e natureza ao afirmar que “nós construímos determinadas coisas como natureza e outras como cultura e não pensamos sobre a forma em que nós mesmos somos natureza” (p. 377). Essa dicotomia entre natureza e cultura parece fazer-se presente no recorte de fala a seguir:

O parto é um evento fisiológico de terminação de uma gravidez, quer dizer isso aí. E a mulher, ela é preparada, a natureza a fez preparada para isso, e tudo leva que tenha isso... (Participante 14).

Esse discurso considera uma dada essência biológica feminina de gerar e parir. Tal entendimento faz parte da construção discursiva da medicina desde o século XVII no empenho em estabelecer e justificar as diferenças entre o masculino e o feminino pelo caráter biológico. A condição biológica que dá sustentação às distinções masculino e feminino encaminhava as mulheres para o exercício da maternidade, vista como capacidade biológica 'natural' desvinculada das construções culturais. Isso, de certa forma, está posto em alguns enunciados encontrados neste estudo, prevalecendo os aspectos que reduzem o gênero ao sexo. Essa fala específica reafirma, assim, a dificuldade de assumir o gênero como construção cultural, condição que posiciona a mulher em determinados espaços e lugares devido a sua anatomia e fisiologia – como o lugar de gestar e parir – porque a natureza a habilitou para isso.

Louro (2002) diz que as primeiras afirmações desenvolvidas em torno de gênero foram as de (des)construção de sinonímia entre gênero e sexo. Enquanto sexo é reportado à identidade biológica, gênero refere-se à construção social dos sujeitos masculinos e femininos. As discussões travadas nesse campo de estudos

que então se instituíam procuravam e procuram deslocar as mulheres do lugar que sempre ocuparam – ou seja, o da reprodução da espécie e da educação dos filhos – para o campo político e cultural como sujeitos históricos.

A partir desse entendimento, a feminilidade e a maternidade começaram a ser questionadas e modificadas através da inconformidade e perseverança dos movimentos de mulheres e algumas vertentes dos estudos feministas. Estudiosas de tais vertentes insistem em problematizar a questão de outro lugar para

[...] romper a equação na qual a colagem de um determinado gênero a um sexo anatômico que lhe seria 'naturalmente' correspondente resultava em diferenças inatas e essenciais, para argumentar que diferenças e desigualdades entre homens e mulheres eram social e culturalmente construídas e não biologicamente determinadas (MEYER, 2003, p. 15).

De certo modo, esse entendimento de 'colagem biológica' continua muito forte, permeando os cenários de atenção à mulher também na parturição, em especial no campo investigado. Embora tenham-se ampliado os debates acerca desse tema com a problematização das diferenças e desigualdades entre homens e mulheres, através das discussões de gênero, entendido como sendo atravessado e dimensionado por relações de poder, os tensionamentos provocados por essa abordagem nos processos de atenção ao parto e ao nascimento ainda continuam muito frágeis para provocar mudanças significativas. Em determinados graus, 'essa colagem' tem funcionado para explicitar o que seja um 'parto bom', considerando-o ou relacionando-o ao 'jeito' de ser mulher em determinadas culturas (pelo aspecto da anatomia e da fisiologia) no desempenho do parto – uma mulher que teria sido 'premiada' com uma 'boa natureza'. Uma vez que a mulher traz em sua 'essência' essa possibilidade implícita, espera-se que tal seja explicitada de acordo com a necessidade 'natural' no transcorrer do parto.

As mais diferentes formas de abordagem técnica têm sido desenvolvidas historicamente nos centros obstétricos quando esse ‘desempenho ou essa competência biológica’ não se apresenta espontaneamente e em tempo hábil determinados pelo conhecimento técnico. Com o passar do tempo, tais abordagens técnicas passaram a ser incorporadas nos centros de atenção, hoje tidas (no campo investigado) como intervenções rotineiras, sendo necessária sua aplicabilidade para que as mulheres possam parir com sucesso. Há também aqui uma dicotomia, pois, ao mesmo tempo em que se explicita a biologia como uma ‘natureza prodigiosa’ das mulheres e, nesse imaginário, segundo Tornquist (2002), como a celebração do feminino, defende-se com veemência a necessidade das tecnologias leve-duras e duras como ‘norma’, o que discutirei posteriormente.

De acordo com os referenciais e documentos oficiais utilizados neste estudo, tais concepções e posicionamentos são fatores que dificultam a implementação de práticas obstétricas a partir de outras perspectivas, como, por exemplo, as que respeitam as diversidades culturais e os direitos conquistados pelas mulheres. Os conceitos de cultura, gênero, saúde reprodutiva e sexual que vinham sendo debatidos, muito embora numa ordem mais acadêmica do que social, gradualmente estão sendo incorporados nos discursos oficiais, mas não se constituem, ainda, como subsídios comuns às práticas rotineiras nos cenários de atenção à mulher. Talvez decorra disso o fato de os/as profissionais de saúde não conseguirem transversalizar tais discursos e incorporá-los nas práticas do cotidiano de atuação.

5.1.1.5 Parto natural como sinônimo de parto domiciliar

A concepção de parto natural como sinônimo de parto domiciliar não se caracteriza como ambigüidade, de acordo com as literaturas, se considerarmos que os partos realizados no domicílio não utilizam as tecnologias e medicações que temos disponíveis nos centros obstétricos, o que não significa a ausência de outras tecnologias, como, por exemplo, segundo Merhy (2002), as tecnologias leves, já discutidas anteriormente. Na fala a seguir, o participante 01 traz o entendimento de parto natural como sinônimo de parto domiciliar e de certa forma ‘sem’ intervenção técnica e medicamentosa. Sendo que o participante 06 reforça este entendimento, retomando a perspectiva de uma ‘natureza boa e fora da cultura’, ao mesmo tempo em que assegura que o parto natural é um evento cada vez mais raro.

Parto natural, bom eu vivi uma experiência de parto natural. Estava na UBS (Unidade Básica de Saúde) e recebemos uma ligação de uma pessoa que uma mulher estava em trabalho de parto. Propus-me a ir até a residência. Eu cheguei com toda aquela ansiedade profissional e ela já tava no período expulsivo. Senti-me até mal por chegar assim....Tava todo aquele cenário tranquilo sabe...e a coisa acontecia...a criança nasceu bem. Daí que eu vi o quanto a gente é intervencionista. Foi uma experiência maravilhosa. (Participante1).

O parto natural, para mim, é aquele parto em que tu não fazes absolutamente intervenção nenhuma, o que é cada vez mais raro (Participante 6).

Nesse recorte de fala, o profissional reforça a construção histórica e cultural do parto natural como sinônimo de parto domiciliar com ‘ausência absoluta’ de intervenções. O Dicionário Ferreira, ao referir-se à palavra ‘natural’, define-a como quando ‘não há intervenção do homem’ (NATURAL, 1999). Já Nogueira ([20--]) assegura que, para a realização desse tipo de parto, é só permitir a ação da natureza.

Desde essa perspectiva, é questionável se o parto ‘natural’ é tão natural assim ao desconsiderar as construções culturais, tidas nesta investigação como um

conjunto de saberes que impõe determinadas formas de viver, educando-nos e fabricando-nos como sujeitos culturais. Tornquist enfatiza que, como “[...] qualquer ação, o parto é também uma construção social. É preciso, portanto, aprender a parir” (2002, p. 489). Concordo com a autora, pois são inegáveis os muitos conhecimentos que foram sendo construídos ao longo da história na área de obstetrícia, desde a presença da parteira à beira do leito da parturiente no atendimento ao parto domiciliar até o modelo vigente, incorporados nas práticas de atenção com o objetivo de facilitar o processo de parturição. Independentemente do local onde o parto é realizado, há aspectos nele e dele ‘aprendidos’ na cultura, mesmo no parto domiciliar, que podem ser compreendidos aqui como incorporação de práticas a partir de tecnologias leves. Há, portanto, uma certa ambigüidade no enunciado do profissional ao assegurar que não se faz intervenção.

O parto natural, tomado nessa acepção de ‘não’ intervenção ou a partir da incorporação das tecnologias leves, seria cada vez mais raro porque os partos passaram a acontecer em centros obstétricos, com a disponibilidade e utilização do aparato das tecnologias leve-duras e duras, que fazem parte da atenção institucionalizada e que (co)respondem a atendimentos de maior complexidade. Segundo alguns autores que defendem o parto natural, muitas vezes lança-se mão dessas tecnologias sem muito critério, caracterizando intervenções danosas e iatrogênicas. Não estou, com isso, negando sua necessidade, mas sim questionando sua aplicação universal. Conforme os/as próprios/as profissionais que participaram deste estudo asseguraram ao longo das discussões, há a utilização rotineira das tecnologias leve-dura e duras.

Na fala abaixo, reaparece a concepção técnica e medicamentosa na atenção ao parto:

O médico se preocupa só com a parte técnica da assistência. O bem-estar [biológico] da mãe e do feto. Esquece o lado emocional, esquece o bem-estar da paciente durante o trabalho de parto. Não por não estar preocupado... Não passa pela cabeça dele o bem-estar da mãe e do bebê. Nós fomos formados para fazer um trabalho técnico (Participante 16).

[...] A nossa prática é intervencionista, nós fomos treinados para isto (Participante 7).

Como já foi discutido em passagem anterior, esses recortes de fala apresentam a perspectiva de profissionais formados/as por currículos centrados no campo biológico, não se levando em consideração as relações entre corpo, saúde e cultura. Ou seja, não se considera de que forma a cultura está implicada naquilo que se entende, se faz e se vive como sendo saúde e considerando-se, dentro disso, o parto. No campo investigado, as práticas usuais de atenção às mulheres permanecem centradas na visão biologicista sendo, possivelmente, essa realidade histórica um dos problemas para a implementação de outras propostas para que se visibilize a mulher em sua integralidade como um ser com uma história que vai além de sua história clínica reprodutiva.

Segundo Diniz, o modelo de atenção dispensada à maioria das mulheres brasileiras no processo de parturição pode ser avaliado como humilhante, com um número abusivo de intervenções sobre um corpo saudável e empobrecido em termos de experiência humana e familiar. A autora também argumenta que a “violência durante o ciclo gravídico e puerperal é uma das faces menos conhecidas e mais trágicas do fenômeno da violência de gênero, implicando consequência graves para a saúde física e mental das mulheres” (DINIZ, 2001, p. 48).

Embora esse modelo venha sendo questionado e debatido amplamente na tentativa de desestimulá-lo, conforme afirmação dos/as profissionais no campo investigado mantém-se praticamente inalterado. A fala a seguir resgata aspectos que convergem novamente para a concepção de parto natural, mas torna-se

ambígua com a concepção anterior quando assegura a possibilidade de realização do parto natural em ambientes institucionais. Mostra-se, novamente, a multiplicidade de desdobramentos de concepções no mesmo contexto de atuação desses/as profissionais e os conflitos estabelecidos nas práticas.

O parto natural é tu deixares evoluir sem intervir. E não precisa sair de dentro do hospital... (Participante 11).

Segundo Mott (2002), o parto natural deixou de ser exercido pelas parteiras desde que o parto foi institucionalizado no século passado, quando a atenção às mulheres passou a ser pautada exclusivamente pelo saber/fazer médicos. Foram, então, sendo incorporadas as tecnologias leve-duras e duras de forma lenta e gradual. Esses processos, apontados para os aspectos do cotidiano de trabalho balizados pelo fazer técnico, parecem ter se tornado dificultadores para a ampliação do debate e para a possibilidade de incorporação de novas práticas, já que o saber técnico passou a ser visto como o suporte mais “seguro” para a produção de saúde dos sujeitos. Possivelmente, deriva dessa “segurança” a utilização de determinadas normas e rotinas ancoradas numa determinada perspectiva com as seguintes marcas: a separação da mulher de seus familiares; a perda de privacidade, de identidade, de autonomia; a privação de ingesta hídrica e alimentos; a restrição de movimentos; a utilização de medicamentos e intervenções técnicas durante todo o processo de parir. Esse modelo de atenção para a mulher em trabalho de parto e de parto cercado de intervenções técnicas e medicamentosas propiciou uma nova compreensão – inicialmente, pelo saber/fazer médico e, posteriormente, por sua incorporação à cultura – hoje tida como parto normal, que será analisada na próxima unidade de significação.

5.1.2 Parto normal

Os enunciados encontrados na seção anterior indicaram aspectos conflituosos e distanciamento entre as concepções expressas nas interfaces do parto natural quando relacionadas com parto normal ao destacarem as práticas estabelecidas no cenário de atenção. Porém, a concepção de parto normal foi traduzida com muita familiaridade pela maioria dos/as profissionais e pode ser entendida em um grande eixo com dois importantes desdobramentos, que podem ser considerados articulações históricas dos/as profissionais, com certo grau de cumplicidade e dependência entre elas:

5.1.2.1 Parto normal como sinônimo de um parto com intervenções medicamentosas e técnicas associadas a regulamento institucional e, ao mesmo tempo, como sinônimo de ato médico.

Essa concepção de parto normal como sinônimo de parto institucional, com intervenções técnicas e medicamentosas, vai em direção ao argumento de Diniz (2001) acerca do parto normal, já citada anteriormente, e apresenta uma conotação de 'normatização' da atenção prestada às mulheres, regulando e prescrevendo os modos como elas devem ou não se portar nos centros obstétricos mantidos pelo SUS, ao menos no tempo e lugar desta investigação. Nesse sentido, a atenção às mulheres configura-se em um 'alinhamento' das condutas e procedimentos previamente estabelecidos, independentemente do contexto cultural de onde procedem essas mulheres, provavelmente para manter a 'ordem' no serviço.

Por outro lado, também é possível pensar em desdobramentos da própria instituição como gestora do processo que impõe ou aprova o estabelecimento de tais regulações assistenciais aos/às (e dos/as) profissionais. Desde esse entendimento, ocorre um efeito cascata na medida em que a atenção prestada, enquanto produto final do processo, contempla outros aspectos que não os sujeitos envolvidos. Essa noção normativa produz um pressuposto de que os/as profissionais devam executar o parto a partir do que as normas ditam. Possivelmente, o produto de tais discursos são sujeitos fixados em posições essencializadas no interior dos processos de trabalhos já incorporados como 'naturais', bastante distante da perspectiva que enfatiza a dimensão da construção histórico-cultural do gênero. Partindo desse pressuposto, desconsideram-se as marcas pessoais e culturais que inscrevem as mulheres em determinado tempo e lugar, como está descrito no depoimento a seguir:

No parto normal, a paciente chega e se interna. São feitos os procedimentos normais: a tricotomia quando necessário, o enema. O enema é feito praticamente em todas as pacientes. Em relação ao atendimento técnico, a episiotomia é praticamente feita de rotina (Participante 7).

As intervenções tomadas aqui pelo profissional como 'normais', realizadas no cotidiano de trabalho, estão naturalizadas a partir de uma concepção medicalizada. Para a OMS, são condutas prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996) e que se distanciam da concepção de parto normal por ela definida.

A noção de 'norma' anunciada pelo profissional está de acordo com Ferreira (NORMA, 1999), entendida como algo que é segundo a ordem, que se estabelece como base ou parâmetro para a realização ou avaliação de alguma coisa. Nesse sentido, parece instituir e/ou constituir o modelo de atenção 'normal' para as mulheres em trabalho de parto. A atenção prestada, então, está dentro ou a partir de

uma ordem em que as mulheres todas são enquadradas nas mesmas intervenções técnicas como em uma 'linha de montagem', segundo Diniz (2001) e Osava (1997). A normatização é o que tem significado, pois produz aquilo que conta enquanto aspecto quantitativo no bom desempenho profissional. A tônica destas duas palavras, 'norma' e 'rotina', pode ser balizadora de um modelo de atenção prestada às mulheres no trabalho de parto e parto.

Ao descrever-se como é operacionalizada a atenção ao parto normal como sinônimo de parto institucional, com intervenções técnicas e medicamentosas, aparece uma prática que contempla a atenção centrada na técnica, e não nas mulheres, como pode ser conferido também na fala a seguir:

Talvez fique, para mim, mais forte aquele parto tradicional, normal, hospitalar, vaginal... Posição litotômica, feito pelo médico, na maioria das vezes... Com bastante intervenção e uso de medicações (Participante 3).

As recomendações da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986) destacam que parto normal é aquele que evolui com menos intervenção possível do técnico, considerando como mais adequado o respeito ao desenvolvimento da fisiologia que ocorre no processo de parturição, incentivando práticas menos intervencionistas e medicamentosas, só sendo utilizadas estas últimas em situações de necessidade comprovada.

Essa posição da OMS também se mostra ambígua, em um primeiro aspecto ao considerar o parto normal como sinônimo de parto natural e, em um segundo, ao defender um modelo de atenção 'mais natural', mas não incluir a possibilidade de opção para as mulheres quanto ao tipo de parto que desejam experienciar.

Segundo as perspectivas históricas utilizadas, foi a partir dos avanços científicos da medicina e do domínio das tecnologias leve-duras e duras que a hegemonia médica se instituiu, propiciando a construção da concepção atual de

parto normal, distante do que a OMS defende. Porém, ambas as formas de atenção estão transversalizadas por relações de poder e acabam por transformar o direito conquistado pelas mulheres em obrigações. Isso pode ser analisado no recorte de fala a seguir, pelo lugar autodenominado pelo profissional:

Temos aqui uma equipe, com um profissional médico contratado que é a autoridade máxima em parto e cesárea e detém o conhecimento [...]. Tem um ditado que diz: Deus no céu e o médico na terra. Resumidamente, é isso [...] (Participante 16).

Essa afirmação remete-me à construção cultural e histórica dessa área de conhecimento. Nessa construção, entram as implicações dos saberes e das disputas entre as duas profissões, medicina e enfermagem, já discutidas no capítulo 2. Imbricadas nesse processo, estão as relações de gênero e de saber/poder da obstetrícia, particularmente na forma como essas construções se transferem e se manifestam nas práticas de atenção ao parto compreendido e defendido pela categoria médica 'como ato médico', ao mesmo tempo em que se amplia o debate por vários segmentos sociais na tentativa de buscar alternativas para qualificar a atenção às mulheres no processo de gestar e parir.

Não é novidade que o poder hegemônico da área médica vem se perpetuando de forma centralizadora ao longo do último século. É possível problematizar essa forma de entender as relações de poder pelas distintas construções históricas e atuações das duas categorias profissionais na atenção às mulheres. De certa forma, essa problematização já se tornava relevante por ocasião do trabalho de campo.

Das concepções de poder apontadas pelos/as profissionais, advém uma visão unilateral em que as enfermeiras, em sua relação com os médicos se apresentam como se fossem profissionais desprovidas de poder. Denise Gastaldo (2003) discute as relações de poder como práticas constitutivas do trabalho da categoria de

enfermeiros/as, questionando fortemente a idéia de que (nós, enfermeiras) não temos poder. De acordo com Scott, gênero é entendido em duas partes “subconjuntas”, mas “inter-relacionadas”: “(1) Gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1995, p. 86).

Essa definição é partilhada por grande parte de teóricos/as que se dedicam ao estudo dessa categoria analítica. Mas, quando se referem às relações de poder em que os homens e as mulheres estão mergulhados/as, afirmam que são sempre carregadas de sentidos próprios de cada cultura e de seu tempo histórico. A partir dessa perspectiva, o poder não é visto como algo que emana somente de uma instituição, de um lugar, como um elemento que se possui e que age somente numa direção, mas de ‘poderes’ pluralizados e difundidos em várias direções, que se desenvolvem como ‘teias ou redes’ por todo o cenário cultural e social (MEYER, 2000; VEIGA-NETO, 1998).

Gastaldo assegura que a categoria de profissionais enfermeiros/as exerce poder igual ao de outros grupos e afirma: “Eu creio que de diferentes maneiras exercemos poder e somos um grupo profissional muito poderoso com grande influência sobre os indivíduos e a população. Geramos conhecimentos e influímos em decisões políticas” (2003, p. 1). Ela também questiona o significado dado ao poder pela categoria de enfermeiros/as como ação repressiva e sugere uma ampliação de concepção. Nesse sentido, defende o poder como um exercício de relações de influências e como uma maneira de (re)pensar o desenvolvimento de uma prática que atinja a coletividade positivamente para uma gestão de cidadania.

Concordo também com a autora quando sinaliza que os/as profissionais enfermeiros/as vivem sentimentos contraditórios por participarem ativamente da

própria opressão e alimentarem a consciência de que não dispõem de poder, cuidando muito mais em manter as instituições em funcionamento do que do bem-estar dos/as usuários/as, dessa forma privilegiando pouco ou nada a qualificação profissional e obviamente, o empoderamento da categoria, o que também se reflete no saber/fazer da enfermagem obstétrica.

Tais desdobramentos sugerem que as disputas de poder travadas no interior dos centros de atenção estão também relacionadas com as múltiplas modalidades de assistência prestadas às mulheres pelos/as profissionais médicos/as e enfermeiros/as. Em termos culturais e históricos, os/as médicos/as e enfermeiros/as foram formados/as a partir do referencial que valoriza a dimensão biológica do corpo feminino e do corpo masculino. Possivelmente, nas disputas internas das categorias profissionais de médicos/as e enfermeiros/as, reproduzam-se mais fortemente modelos de atenção voltados para os marcadores biológicos no processo de gestação e parturição, o que se caracterizaria na substituição apenas de um profissional por outro sem a perspectiva de mudanças significativas na atenção prestada às mulheres nos centros de atenção, como a interrogação da consistência do saber /fazer obstétrico de enfermeiros/as no campo investigado.

Com essa problematização, os resultados das disputas nas relações de poder estabelecidas entre as duas categorias de profissionais de saúde também funcionam como articuladores da manutenção ou da construção dos modelos de atenção pelo tensionamento que se produz no processo de trabalho. Desde esse entendimento, no campo investigado, há uma multiplicidade de interesses profissionais que também dificultam a promoção de uma atenção que não a daquela fundada no modelo biológico. Fortalecem-se, assim, as já acentuadas condições desiguais entre profissionais e usuárias, conseqüentemente acarretando danos maiores à saúde das

mulheres e aos neonatos. As mulheres raramente manifestam conhecimento de seus direitos, segundo o que pode ser extraído do conteúdo das falas de alguns/algumas profissionais ao se auto-intitular como 'autoridades máximas'. A fala abaixo também aponta para essa reflexão ao sugerir o que segue:

Olha, parto normal... entende-se como parto normal o parto vaginal, a posição habitual de o nenê nascer. Uma mesa ginecológica, porque é uma posição que dá tranqüilidade e dá segurança para o obstetra (Participante 16).

Essa fala reforça a possibilidade de entendimento do parto como um ato médico. Em conformidade com isso, o parto normal é aquele que 'dá tranqüilidade ao médico', posicionando-o como agente da ação. A história da obstetrícia mostra que esse campo de conhecimento produziu determinados modos de parir que, de certa forma, dão mesmo mais segurança para o/a técnico/a. Foi assim que ele/a aprendeu o exercício da profissão na atenção ao parto, e sua segurança está no domínio da técnica. Não estou, *a priori*, desqualificando o modelo; mas creio que, a partir desse saber-poder profissional, a parturiente é deslocada do centro do processo para uma posição de coadjuvante passiva ou dirigida e, na maior parte dos casos, subjetivada por uma lógica de cultura hospitalar que possivelmente desconsidera suas necessidades individuais e possíveis escolhas. Mas também é possível que algumas parturientes se sintam mais tranqüilas e seguras nesse modelo de saber/fazer obstetrícia. Não me sinto autorizada a descartá-lo, mas a problematizá-lo por ter se manifestado dentre as três tipologias discutidas como a única exercida no campo investigado. Faz-se necessário, então, ampliar as possibilidades de outras perspectivas de atenção que não só esta nomeada aqui como sendo o 'parto normal'.

Com esse modelo de obstetrícia moderna, originou-se a prática da posição ginecológica, que facilitava o emprego do fórceps. Odent assegura que essa posição

é "...a pior alternativa possível para a mãe e o bebê" (2002, p. 10). Com as mulheres deitadas de costas, o útero com o bebê comprime os grandes vasos sanguíneos, provocando redução do aporte de sangue oxigenado que entra e sai da placenta e inviabilizando a utilização da lei da gravidade como um aspecto considerado facilitador do parto. Além de afetar a evolução fisiológica do parto, a posição favorece a exclusão das mulheres do lugar central do processo de parturição. Deitadas em uma mesa, em posição ginecológica, debaixo de fortes luzes, cercadas por técnicos/as treinados/as, sendo observadas e monitoradas permanentemente, recebendo ordens de comando todo o tempo sobre o que devem ou não fazer, as mulheres mostram-se vulneráveis, não participam do processo e exigem pouco ou nenhum resguardo de seus direitos de cidadania.

É possível pensar que a partir dessa lógica as mulheres, sobretudo aquelas que são, por necessidade, usuárias do Sistema Único de Saúde, submetem-se à cultura de atenção estabelecida e oferecida possivelmente não aspirando a outras, o que pode ser conferido no estudo de Joice Lizandra P. Ferreira (2005). Em uma amostragem com 50 puérperas (pós 'parto normal' imediato), 96% delas relataram ter recebido medicação (ocitocina) para agilizar o trabalho de parto e parto, enquanto que 4% não receberam porque, ao chegarem ao hospital, o bebê já estava nascendo. Os procedimentos técnicos e de rotina realizados em C. O. (como, por exemplo: enema e tricotomia) foram realizados em 86% das parturientes. Quanto aos partos, 98% foram realizados em posição litotômica, sem que as mulheres pudessem escolher a posição em que gostariam de parir. Com relação ao acompanhante, 64% das mulheres relataram que desconheciam esse direito, enquanto que 36% solicitaram o ingresso do familiar, o que foi negado a 26%. Somente a 10% das mulheres foi 'permitido' o ingresso de familiares. Porém, 70%

das mulheres afirmaram que voltariam ao mesmo serviço caso tivessem outra gestação. Esses dados são significativos e remetem, em um primeiro momento, à reflexão acerca do grau de politização dessa população feminina e, em um segundo momento, à entronização de uma única possibilidade de parto, o que se transforma, portanto, num imperativo. Não estou fazendo defesa de que essa tipologia seja mais ou menos adequada. A questão é que não se tem outra alternativa.

É possível também pensar que, de tal modelo deriva que as mulheres acabam convivendo com graus elevados de conformidade em termos de posicionamentos políticos e transferem ao/à técnico/a a responsabilidade pelo sucesso do parto. Cada mulher que chega em um centro obstétrico traz sua experiência de vida, derivada de suas construções culturais, o que influencia de forma substancial o processo de parturição. A partir da concepção de que parto é tomado como 'normal e sinônimo de um ato médico' (como é possível derivar também dos dados acima citados), possivelmente nada disso é valorizado e contemplado. O que se contempla nesse modelo é o poder/saber e o querer do/a profissional, como o que segue:

Eu acho que tem uma coisa de conduta individual, apesar de que estar trabalhando num serviço de referência SUS, que é organizado através de uma rotina, tudo aqui tem rotina... Tu és muito autônomo aqui; então, tu acabas definindo condutas. Tu defines condutas. Se o plantão é teu, tu vais definir condutas (Participante 9).

A partir desses enunciados, reafirma-se, nesse modelo, o poder ainda muito centralizado na figura do/a médico/a e a não-inclusão de outros profissionais no desenvolvimento de um trabalho de equipe. Destaco aqui os distanciamentos entre os discursos oficiais, as contribuições advindas dos referenciais utilizados nesta investigação e as práticas que se manifestaram no campo investigado.

Compreendendo que esse modelo de atenção não está dado como algo 'natural', mas como uma construção histórica e cultural, então concordo com Meyer quando afirma que:

Nada é "natural", nada está dado de antemão, toda a verdade – mesmo aquela rotulada de científica – é parcial e provisória e resulta de disputas travadas em âmbito do social e da cultura e pode, por isso, ser questionada (MEYER, 2003, p. 11).

Desse modo, essas práticas de atenção são entendidas como construtos culturais e passíveis de questionamento pela sua provisoriedade temporal e local. Na medida em que se ampliam os debates acerca do modelo fragmentado de atenção que se convencionou e que, de certo modo, está naturalizado como a única forma de as mulheres parirem em centros hospitalares sob o olhar e controle técnico, onde os/as médicos/as e as tecnologias se transformaram no centro do processo, é possível problematizar e garimpar outros modos de saber/fazer obstetrícia, sendo esse um tema público e político e não algo da ordem do privado.

5.1. 3 Parto humanizado

Nesta unidade de significação, ao mapear as concepções mais relevantes que circulam sobre 'humanização', foi possível constatar que o termo 'humanizar' vem adquirindo vários sentidos ao longo das últimas décadas. No contexto investigado, não se mostrou diferente. É possível pensar que as concepções advindas das políticas oficiais passaram a ser atribuídas e incorporadas mais como um 'modismo', tomado como 'termo da hora' ou, como sugere Tornquins (2002),

‘como moeda corrente’ nos discursos institucionais e em diversos campos de atuação profissional, do que como internalização de tal prática.

Suely F. Deslandes (2004) chama a atenção para o sentido do verbo ‘humanizar’, que, ao seu ver, ainda não foi suficientemente discutido. Essa afirmação de Deslandes foi constatada com muita frequência nas falas dos/as profissionais acerca das concepções de parto humanizado. No contexto investigado, a expressão parto humanizado tem sido traduzida em três diferentes direções como sinônimo de:

5.1.3.1 Parto humanizado como sinônimo de ‘conversar mais com a mulher e permitir a entrada de um familiar’

Esses dois aspectos – *conversar*, dando mais atenção às mulheres, e *permitir* o ingresso de um acompanhante no pré-parto – mereceram destaque por permearem as entrevistas com os/as profissionais e estarem sendo tomados como sinônimo de parto humanizado, apontando para uma visão estreita e reducionista do termo. Segundo o programa de humanização do Ministério da Saúde, a “presença do familiar e a orientação às mulheres” são apenas dois aspectos que fazem parte do conjunto de condutas que darão o significado de humanização ao parto e ao nascimento, sendo assegurados pelo Ministério da Saúde como um direito das mulheres. Justifica-se a presença do companheiro ou de alguém da família que a mulher escolher para acompanhar o parto como fator de apoio e tranquilidade à parturiente, não sendo obrigatório e nem entendido aqui como elemento indispensável para que a mulher se sinta bem. Também há necessidade de as

mulheres receberem todas as informações e orientações, sendo esse envolvimento facilitador do processo de parto pelo viés da parceria, confiança e vínculo.

Essas duas posições, defendidas pelo Ministério da Saúde como um direito das mulheres, são entendidas como um 'incremento' pelo/a profissional ao mapear os avanços no serviço a partir da implantação da Política de Humanização, conforme a fala:

Com a humanização, houve um incremento no lado do cuidado, da orientação com as pacientes, da participação do esposo e da família. A gente conversa bastante, hoje em dia, sobre o que está acontecendo. Eu acho que está melhor (Participante 19).

Enquanto o profissional acima afirma que houve uma 'melhora' na atenção prestada a partir da implantação da Política de Humanização, é possível problematizá-la se compararmos esse avanço com o estudo de Ferreira (2005) já citado anteriormente. A autora informa que, ao entrevistar as puérperas, 60% das mulheres não foram informadas acerca dos procedimentos que estavam sendo realizados em seus corpos. Esse dado evidenciado por Ferreira aponta para uma divergência de concepções ao considerarem-se práticas já instituídas.

Também é possível problematizar atravessamentos conflituosos encontrados entre os enunciados dos/as profissionais. Enquanto alguns/algumas argumentam acerca das mudanças na atenção promovidas a partir da implantação das políticas de humanização, outros/as descrevem como tais práticas se efetivam no mesmo cenário de atenção e apontam para o distanciamento ou a ausência de avanços, a começar pela inexistência de práticas dialógicas entre equipe (médicos/as e enfermeiras) e entre profissionais e parturientes. O conflito parece estar estabelecido entre o que o documento oficial enfatiza sobre a humanização e como isso se efetiva no processo de atenção:

Para humanização, eu vejo alguma teoria e pouca prática...O mínimo, o mínimo. Às vezes, quase nada... A partir do momento em que eu

vejo rotineiramente residente... Aquele médico que está fazendo um exame de toque. Introduzindo os dedos na vagina da mulher, tirando, jogando a luva no lixo e virando as costas sem dizer nada para a paciente, por que fez, o que está acontecendo, como vai ser... Não sinalizando nada até mesmo para a equipe que está do lado para que, juntos, a gente possa interagir da melhor forma possível. A partir do momento em que vejo isso, é a coisa mais distante possível de um parto humanizado. É aumentar a tensão da paciente, o medo e, assim, a possibilidade de mais intervenção, de mais distócia. Isso, para mim, se distancia muito do parto humanizado. Um toque vaginal demanda muita psicologia para a paciente. O que aconteceu? O que pode ser feito? O que ela pode esperar? O que ela pode fazer para se ajudar? O que o profissional que está do lado pode fazer para ajudar? Familiar, às vezes... Então, eu acho isso muito distante (Participante 3).

Essa fala contextualiza um cenário em que as mulheres que procuram o serviço são gerenciadas por pressupostos de atenção marcadamente biológicos e tecnicistas e novamente retoma as questões de poder centralizado em determinados modos de ser e de agir caracterizados como sendo médicos ao discutir as interfaces das relações médico/a-enfermeira/usuária. Fico me questionando o quanto é possível discutir as propostas de humanização articuladas a outras contribuições teóricas, como é o caso deste estudo, enquanto pouco ou nada de mudança estão sendo incorporadas nas práticas. Talvez por falta de outras possibilidades de escolhas, as mulheres continuam aceitando este modelo de atenção.

A partir do depoimento do profissional acima, é possível questionar também até que ponto está sendo respeitado os direitos humanos, pela forma intervencionista e autoritária com que os/as profissionais abordam as mulheres podendo ser considerada como 'violação' da integridade física e emocional. Também nesse mesmo depoimento está contemplada, de forma detalhada, a maneira como os corpos das mulheres grávidas vêm sendo freqüentemente 'invadidos' sem consentimento, sob o olhar refinado de um conhecimento preso à materialidade biológica de um corpo desconectado de uma história e de uma cultura que produzem sua identificação. Isso é particularmente importante se considerarmos

que o corpo feminino, nos centros obstétricos, são acessado freqüentemente em sua dimensão biológica: a natureza feminina de dispor-se a parir e tornar-se objeto das rotinas institucionais e das ações dos profissionais de saúde. Segundo Michel Foucault

Forma-se então uma política de coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política” que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que se operem como se quer, com as técnicas segundo a rapidez e eficácia que se determina (FOUCAULT, 1986, p.127).

O mesmo autor assegura também que a disciplina exigida produz corpos submissos e dóceis. Ao concordar com Foucault, entendo que os corpos das mulheres no centro obstétrico investigado parecem tornar-se organismos de meticulosa atenção meramente funcional, segmentados e fixados na ‘natureza feminina’ de submeter-se ao parto, minuciosamente descritos pelos conhecimentos que norteiam a formação dos/as profissionais de saúde, e coloco em questão a visão exclusivamente biológica no processo de atenção.

O depoimento a seguir indica a importância da presença da família no processo do trabalho de parto e parto como um aspecto favorável para a humanização, mas com outro entendimento que não o defendido pelos documentos oficiais: não para dar apoio às mulheres, mas para contribuir na ‘educação’ dos/as profissionais.

O familiar aqui dentro é uma coisa que nos força a mudar a nossa postura, e é aí que a gente se sente incomodado. Porque aí assim é... Não é que a gente não vai ter uma postura respeitosa, mas, às vezes, aquelas piadinhas... Aquela coisa... Porque, às vezes, a presença do familiar dentro, não que seja nos fiscalizando, mas nos força a nos educar. A gente ter uma postura... Isso, para algumas pessoas, parece muito invasivo, e, no início, é um pouco, porque toda aquela coisa, assim... (Participante 11).

A fala aponta para aspectos divergentes entre as concepções dos/as profissionais entre si e destes com aquelas dos documentos oficiais. Como na seção anterior, a presença do familiar é vista como ‘incremento’ na implantação da política de humanização, mas no recorte acima o profissional enfatiza a presença do familiar como algo incômodo e desconfortável que “força” os/as profissionais a se ‘educarem’. Indicando assim, que os/as profissionais no exercício da atenção às mulheres no processo de trabalho de parto e parto tecem comentários desagradáveis e constrangedores, o que não é mais novidade, comportamento que possivelmente seria reduzido ou inibido com a presença do familiar. Sinaliza a fragilidade de conhecimentos dos/as profissionais acerca dos direitos das mulheres, pois esse tipo de relação gera insegurança nas mulheres, contrariando o que enfatiza o conceito de saúde reprodutiva – que as mulheres tenham parto seguro e bem-sucedido.

Tais considerações parecem-me básicas e necessárias para se iniciarem movimentos que sinalizem mudanças, mesmo que pequenas, priorizadas pela PHPN. A presença do familiar torna-se incômoda e desconfortável para os profissionais que insistem em dificultar seu ingresso, mas, no meu entendimento, essa presença aparece como possibilidade de contribuição para um modo de fazer obstetrícia como controle social. É o que sugere o recorte da fala a seguir:

Dificuldade muito grande de colocar uma pessoa [familiar] aqui dentro, que desconhece as atitudes dos médicos e da enfermagem e fica cuidando tudo. Isso aí, eles [os médicos] tem uma restrição... Eles têm medo disso, da indagação, das perguntas... De ficarem duvidando do teu procedimento... Então, isso aí, a gente notou bastante dificuldade... O Hospital tem essa preocupação de montar o projeto da humanização (Participante 2).

Nessa fala, está explicitada novamente a fragilidade do trabalho de equipe atravessado por relações de poder ao transferir-se a decisão do ingresso ou não de

um familiar para o/a profissional médico/a, vendo-o/a como autoridade para 'permitir' ou não sua presença no centro obstétrico. Essas relações de poder estabelecidas reforçam o significado do parto como ato médico e, de certa maneira, sinalizam os conflitos e tencionamentos de interesse no mesmo espaço entre médicos/as, enfermeiros/as, usuários/as e instituição. Se, por uma perspectiva, existe um modelo estabelecido pelo saber/fazer obstetrícia ressignificado e centralizado na categoria médica, por outra, as instituições (SUS) que mantêm economicamente esse fazer estão sendo pressionadas a redimensioná-lo para responder às exigências internacionais e dos movimentos sociais internos, conforme expressa o profissional ao relatar "a preocupação do Hospital em montar o projeto de humanização" (participante2).

A proposta de humanização com um conjunto de medidas que visa a reduzir a tecnologização e introduzir outras alternativas mais naturais coloca em conflito o saber biomédico e a alternativa naturalista. Embora muitos profissionais defendam um acordo entre as duas vertentes, parece que os debates contemporâneos vêm apontando para a substituição de uma tipologia de parto por outra, e não estão sendo apresentadas outras 'opções' a quem necessita do atendimento.

A partir dessa falas, denotam-se os distanciamentos dos pressupostos das políticas oficiais, das discussões e conquistas dos movimentos feministas e dos discursos profissionais que circulam e constroem efetivamente os modelos de atenção prestados. Aqui é possível retomar especificamente as políticas de saúde da mulher e os avanços desde o PAISM até as últimas proposições, já discutidas no referencial teórico, relacionando-os com a fragilidade das concepções encontrada nas falas dos/as profissionais.

5.1.3.2 Parto humanizado como sinônimo de parto normal e parto natural

A concepção de parto humanizado como sinônimo de parto normal e natural já foi discutida anteriormente. Ao retomar, avalio que essa concepção reaparece com um outro desdobramento, sinalizando compreensões generalistas, englobando as diferentes tipologias de parto ao mesmo tempo em que há uma tentativa dos profissionais de diferenciar os tipos de parto. Isso vai ao encontro dos documentos oficiais, que, de alguma forma, usam essas três definições de parto como sendo coisas diferentes e, em alguns aspectos, conflitantes. Os/As profissionais, ao mesmo tempo em que fazem um esforço para apontar diferenças entre os tipos de parto, assumem que um é igual ao outro e, na medida em que natural e normal passam a ser iguais a humanizado, estão também construindo a noção de que todo parto, se não é natural e não é normal, é desumanizado. Dessa maneira, os/as profissionais (re) colocam essas compreensões de forma conflituosa, diferentemente do que apresentaram em cada tipologia anteriormente. Essas concepções podem ser conferidas nas falas a seguir:

Tem parto normal que é o parto humanizado, e, para mim, é tudo junto [...]. Tu não vais separar... parto humanizado do parto normal, é a mesma coisa. O parto normal deve ser humanizado, e o natural... ele é natural porque é via baixa e a criança vai nascer (Participante 13).

O que aparece, então, é uma certa sobreposição entre uma tipologia e outra, o que favorece que se problematizem, nesta análise, os sentidos agregados à noção de 'humanizado'. Para alguns/algumas profissionais entrevistados/as, o parto humanizado distingue-se como um tipo particular de parto; para outros/as, constitui um atributo inerente a todos os tipos de parto, excluindo-se os partos cirúrgicos. Isso

faz uma grande diferença no cotidiano dos serviços de saúde, pois implica mudanças substanciais nas formas de abordagens práticas.

Na fala a seguir, o profissional agrega a necessidade de “educar as mulheres” para que se efetive um parto humanizado, o que possibilita responsabilizá-las pela desumanização caso não sejam ‘educadas’. Simultaneamente, o profissional sinaliza uma sinonímia entre as três diferentes tipologias pelo viés da educação das mulheres:

O parto humanizado começa no processo educacional que a nossa mulher tem que ter antes de engravidar, durante a gravidez, para que tudo isso desemboque num processo de parto natural, normal, humanizado, como queiram chamar (Participante 12).

Os partos natural, normal e humanizado, pelo olhar dos/as profissionais, podem ser traduzidos novamente como algo único. De acordo com a fala do profissional, o processo ‘educacional’ é defendido como uma forma de encaminhamento para a efetivação e o sucesso do parto, independentemente da tipologia. Isso torna possível pensar em dois desdobramentos, sendo o primeiro entendido de acordo com Tornquist ao afirmar que:

[...] a pedagogia do parto e a didática da gestação, sugeridas pelos manuais para mulheres grávidas, seriam uma socialização consciente, necessária para recuperar instintos perdidos [...] , que foram desaprendidas na medida em que o parto deixou de ser assunto para mulheres e passou para o campo médico (2002, p.489).

A citação suscita a necessidade de repensar a fragmentação da atenção produzida pelo conhecimento ocidental, baseado no Paradigma Cartesiano pela possibilidade de aproximação de conhecimentos produzidos nas culturas, como sugere a autora. Conforme Aminatta Forna, tomando como referência os discursos médicos e psicológicos contemporâneos, “a maternidade (...) se tornou progressivamente ativa e intervencionista. O trabalho agora começa na concepção” (1988, p. 14). A mesma autora lembra que se espera que a futura mãe se abstenha

de líquidos que contenham substâncias psicoativas, como, por exemplo, café, chá e álcool, e de alimentos como queijos frescos e outros não-pasteurizados; a futura mãe também deve evitar o estresse e exercícios físicos que lhe causem exaustão. Esse tipo de conteúdo é comumente apresentado, discutido e veiculado em muitos manuais, revistas, jornais, entre outros meios de comunicação que propõem receitas ‘prontas’ de como gerar e parir um/a filho/a feliz e saudável, caracterizando-se em uma pedagogia cultural. Por esse entendimento ‘educacional’, derivado do olhar técnico, também é possível pensar em um controle constante sobre o corpo, o qual, segundo Débora Lupton, não está mais solitário:

Ao final do século XX, a mulher grávida vê-se cercada por uma teia complexa de discursos e práticas direcionadas para a investigação, controle de seu próprio corpo. Por não se tratar mais de um corpo solitário, mas de um corpo que abriga a possibilidade de outro ser humano, à medida que a gestação vai ficando mais visível, tanto mais as mulheres se tornam objetos dos conselhos, das avaliações das outras pessoas. A maior parte destes julgamentos e conselhos são direcionados aos riscos, tanto àqueles que ameaçam a própria saúde quanto, muito mais intensamente, aos que ameaçam o bem-estar do bebê (1999, p.60).

Concordo com a afirmação de Lupton no que se refere à preocupação dos/as profissionais com relação à concepção ‘patológica’ atribuída ao processo gestacional e ao parto. Esses discursos fortalecem e reforçam as relações de poder/saber entre profissionais e usuárias, assim como o modelo de atenção.

Forna também entende que “existe um complicado conjunto de normas morais e legais regendo até que ponto uma mulher pode ser responsabilizada pelo que faz com seu próprio corpo na medida em que afeta uma criança antes de nascer” (1999, p. 24). Fica implícita uma maneira vital, determinada, para ser mãe. É provável também que as mulheres se sintam temerosas e até culpadas caso não consigam corresponder às expectativas dos/as profissionais. A partir dessa reflexão, justifica-se a concepção do profissional sobre a necessidade de ‘educar’ a mulher,

não para que ela aprenda, conheça e ‘curta’ seu corpo e reflita sobre seu processo de gestação e parto, mas para condicioná-la ao monitoramento e ao controle.

5.1.3.3 Parto humanizado como conjunto de ações que devem estar presentes em qualquer tipo de parto

Na política de HumanizaSUS, Brasil (2003), a concepção de humanização é ampla e significativa na medida em que defende a necessidade de convocar e comprometer a todos – gestores/as, trabalhadores/as e usuários/as – em um pacto democrático e coletivo na direção de produzir saúde e sujeitos. Para isso, asseguram-se a troca e a construção de saberes permanentemente através de práticas dialógicas, a necessidade de trabalho em equipes e o fortalecimento do vínculo da equipe entre si e com o/a usuário/a. Muito próximo a esse entendimento, aparece a concepção de humanização nas falas de alguns/algumas dos/as profissionais:

Quando tu estás falando em parto humanizado, tu estás falando de uma coisa mais profunda do que só humanizar o parto. Tu estás humanizando a relação enfermeiro/paciente ou médico/paciente. É a mudança de paradigma, não é meia dúzia de norminhas... (Participante 11).

Trabalho de parto humanizado é tanto para parto quanto para cesárea (Participante 9).

Devo concordar com a afirmação do profissional quando registra que não são políticas ou normas que mudam um paradigma e que o processo de humanização também é uma construção intraequipe e está transversalizada em qualquer tipologia de parto. Porém a trama de possibilidades e limites vai para além, por depender da

cultura, dos interesses institucionais, econômicos, políticos, de disputas entre categorias profissionais, de condições de trabalho, entre outros. Esse entendimento de “humanizar” precisa ser ampliado, conforme sugere Deslandes (2003) ao discutir alguns significados associados à humanização. Ela lembra que autores como Foucault (1977; 1979) e Rosen (1979) referem-se a alguns desdobramentos do uso de tecnologias leve-duras e duras quando descrevem a emergência do hospital moderno como uma

[...] constituição organizacional que [...] impõe aos “pacientes” o isolamento, a despersonalização e a submissão disciplinar de seus corpos (e subjetividades) a procedimentos e decisões que sequer compreendem. Em outras palavras, essa forma de tratar o “doente”, que em nome da “rigorosa prática científica” aparta-o do seu convívio familiar e social e não lhe reconhece seu discernimento ou competência para tomada de decisões, constituiu, por muito tempo, a tônica organizacional hospitalar (DESLANDES, 2003, p.9).

Essas observações certamente são compatíveis com as práticas usuais de atenção à saúde da mulher e contrapõem-se às premissas incorporadas às chamadas políticas de humanização. A mesma autora questiona se existem espaços para mudanças estruturais e para a implementação de novos conceitos e práticas voltadas para a humanização da atenção à saúde, “considerando a organização e estrutura física das instituições (...), a formação biomédica, as relações de trabalho e sua lógica de produção (...)” (2003, p. 8). Concordo com Deslandes, pois penso serem esses os atravessamentos conflituosos que permeiam os centros de atenção.

Apesar das dificuldades e limites implicados na definição do termo ‘humanização’, a implementação de uma atenção ao parto e ao nascimento organizada a partir dos pressupostos embutidos no programa poderia ser tomada não como a única, mas como uma das possibilidades de se iniciarem mudanças nas formas de atenção. Em um primeiro momento, a questão da transformação de uma atenção centrada na técnica para uma humanizada não deve ser a substituição, mas

a incorporação de *práticas dialógicas*, ou seja, uma nova cultura de relação entre os/as profissionais que atuam na área obstétrica nos processos de trabalho, com as usuárias e com a organização institucional. A melhora da qualidade na atenção prestada ao parto e ao nascimento envolve mais do que uma ‘nova roupagem’ das relações terapeuta-usuário/a, como propõem os documentos oficiais.

Concordo com Minayo, em seu artigo intitulado “Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas” (2004), quando destaca alguns pontos fundamentais para a humanização do setor saúde. O primeiro deles é a colocação da pessoa no centro da relação com o outro. Nesse aspecto, a autora salienta que não basta o/a profissional ter boa vontade e tratar o/a usuário/a com delicadeza, nem mesmo criar um ambiente favorável de atenção à saúde. Mais que isso, é necessário reconhecer a humanidade do outro: sua capacidade de pensar, de expressar intenções e de interagir.

Um segundo ponto importante discutido por Minayo é o entendimento do ser humano como síntese de seus atos. Boltanski (1979), citado pela autora, evidencia a freqüente situação vivida pela categoria médica, tensionada entre a idéia de missão, lógica comercial e projeto de investigação. De acordo com essa posição, a lógica comercial e o cálculo dos custos/benefícios são fatores determinantes da práxis, dificultando ou reduzindo o sentido de solidariedade e cumplicidade humanas vividas na intersubjetividade.

Um terceiro ponto indicado por Minayo refere-se à presente continuidade do modelo médico tecnicista e instrumental, divergindo dos esforços de humanização da atenção à saúde. Como outros/as autores/as já citados/as na presente reflexão, Minayo também defende que o sentido de humanização seja problematizado, melhor conceituado e explicitado, de forma que se possam mudar intersubjetivamente

crenças, atos e aparatos do setor saúde. Possivelmente, então, o parto poderá ser vivido e experienciado conforme a explicitação da profissional a seguir:

Parto humanizado é quando tu te envolves com a família... O parto humanizado é quando a gente consegue retirar, assim, não é retirar, é diminuir o máximo das intervenções e deixar a mulher atuar nesse parto... Fazer com que ela atue no seu parto, o que é muito difícil em função de todas as condutas aqui dentro. Quando ela participa, quando a família participa, quando tem a valorização do contexto familiar... Quando eu a trato com respeito, com dignidade, com individualidade... Quando eu valorizo o processo dela... Para mim, isso é humanizar. É estar junto e se fazer presente e, ao mesmo tempo, tu deixares ela atuar (Participante 1).

Infelizmente, ao mesmo tempo em que a profissional defende esse jeito de conceber o parto humanizado, denuncia a inviabilidade em função da cultura assistencial estabelecida. Penso que o processo de humanização deva agregar outras vertentes de conhecimento e deva passar por muitas mentes, muitas mãos e muitos corações para que ocorra a construção de uma nova cultura de atenção, o que possivelmente transita pela formação, enfocando o comprometimento profissional e institucional e responsabilizando os/as usuários/as, homens e mulheres pelo exercício do controle social e da cidadania. A efetivação da atenção humanizada deve exigir muito mais do que Programas e Políticas, porém estes contribuem para uma 'sintonia afinada' no sentido de ampliar os debates, aprofundar as reflexões e incorporar condutas para a ressignificação da abordagem de um parto eminentemente tecnicado e biológico para um evento cultural e político.

No próximo capítulo, estarei analisando e discutindo algumas das possíveis implicações desses significados para os modos de organizar e executar a assistência ao parto.

5.2 Relação entre a polissemia do termo parto e a assistência ao parto

Como indica o título, neste capítulo, em um primeiro momento, estarei discutindo e analisando algumas implicações das diversas concepções discutidas no capítulo anterior, como elas vêm sendo construídas culturalmente, como atravessam e interferem nos modos como a atenção ao processo de parturição é executada pelos profissionais. Num segundo momento, discuto e analiso algumas possibilidades e limites da política de humanização no cenário investigado.

Nas discussões e análises realizadas no capítulo anterior, os achados indicaram uma multiplicidade de concepções atribuídas às diferentes tipologias de parto natural, normal e humanizado, constatando-se um borramento entre fronteiras e também no interior de cada uma delas. Esse borramento de fronteiras mostrou que, em muitos aspectos, tais tipologias se sobrepuseram, se confundiram, se aproximaram e, em outros, se distanciaram, com posições ambíguas e confusas. Denotou-se, então, que não há concepções fixas, mas sim polissêmicas, não só nos discursos dos/as profissionais, mas também nos referenciais utilizados como ferramentas desta discussão, como, por exemplo, a OMS e o Ministério da Saúde. Porém, ao discutir-se a materialização de tais concepções polissêmicas, as falas relativas à efetivação dos partos no contexto analisado remetem para a convergência de dois tipos de parto: normal e cesárea.

Ninguém aqui fala em outro tipo de parto; é normal ou é cesárea (Participante 2).

Essa fala sobre “parto normal” confirma Diniz (2001) quando esta enfatiza que é o único tipo de parto vaginal que ocorre nas instituições hospitalares

brasileiras. Tal entendimento circula tanto nas comunicações verbais entre profissionais quanto nos registros de prontuários.

Foi o quê? Parto normal ou parto cesáreo? Também nos prontuários, você pode olhar que é só isso que tem registrado (Participante 2).

Assim explicita-se o modelo de atenção que pauta e movimenta permanentemente o serviço onde o entendimento de “parto normal” se naturalizou e passou a ser habitual, traduzindo-se de forma distante e conflituosa quando se relaciona com os pressupostos defendidos pelas OMS e as Políticas de Humanização. Os/As profissionais, ao apresentarem apenas dois tipos de parto como sendo os realizados na referida instituição, demonstram a dissociação das concepções entre o que se pensa e o que efetivamente se produz no processo de trabalho relativo aos diferentes tipos de parto.

Expõe-se, assim, que a atenção prestada pelos/as profissionais entrevistados/as obedece a padrões, a ordens, a rotinas do serviço e, obviamente, a duas tipologias de parto. Isso se dá na medida em que as práticas de atenção para as mulheres em trabalho de parto e parto estão pautadas pelo modelo biomédico (técnico e medicamentoso), ancorado no saber/poder do profissional e possivelmente na ‘rigidez’ de um ‘protocolo’ de rotina de serviço, o que não (co)responde à polissemia encontrada nos discursos.

Nesse sentido, pode-se pressupor que existe uma baixa qualidade de atenção às mulheres, com excessiva utilização de medicação e, freqüentemente, com a utilização abusiva de intervenções técnicas. Isso vem reafirma as condições das mulheres como coadjuvantes no processo de parturição, expondo-as a situações de risco e constrangimento, especialmente se forem atendidas pelos SUS, conforme indica o recorte de fala a seguir:

Eu noto muito esta diferença do SUS e do particular, entende... Às vezes, até comentam... 'Ah, se fosse particular, seria de uma forma; como é aqui, é de outra forma' (Participante 2).

A fala exemplifica o diferencial no atendimento para mulheres que possuem melhores condições econômicas e/ou planos de saúde em comparação com as mulheres que necessitam exclusivamente do atendimento pelo SUS.

Esse entendimento dos/as profissionais favorece possíveis reflexões acerca das possibilidades de construção de fronteiras na qualidade de atenção entre os grupos que pertencem e os que não pertencem a determinadas classes sociais. Sugere também limites para as mudanças no modelo de atenção, tendo-se presente o quanto são lentos e dolorosos os processos de construção e desconstrução de determinadas práticas culturais. Segundo alguns/algumas profissionais, essas fronteiras entre público e privado já estão incorporadas na cultura.

A própria população coloca isso que eu te falei, parto normal como coisa de pobre. Pobre, ganha de parto normal no plantão, rico, marca cesárea com seu médico no hospital privado, né? (Participante 11).

[...] isso é uma coisa cultural (Participante 7).

Com esse desdobramento, o modelo de atenção “desqualificado” e culturalmente nomeado como “parto normal” vem sendo construído nas últimas décadas como algo “natural” se for prestado pelo SUS. (Esta pode ser uma das implicações polissêmicas encontradas nas interfaces discutias anteriormente.) Justaposta a esse entendimento, está transversalizada culturalmente, então, a concepção de “parto normal” associada à atenção prestada às mulheres pobres e a de parto cesáreo como atendimento ‘diferenciado’ para pessoas com poder aquisitivo, conforme enfatiza participante 11.

Hall (1997) advoga que a cultura constrói determinadas instâncias que autorizam ou legitimam as nossas ações, produzindo-nos e fabricando-nos enquanto

sujeitos. Ao concordar com o autor, articulo os conteúdos de fala dos/as profissionais e tomo aqui um texto da Bíblia que, a meu ver, pode ser entendido como uma instância importante de produções acerca do parto nas culturas judaico-cristãs que é o contexto desta investigação. Louro (1995), ao discutir a formação do coração e da mente cristã, afirma que essa construção vai dos corpos até as almas e novamente retorna aos corpos. Desde essa perspectiva a religiosidade contribui significativamente na construção dos sujeitos.

As implicações de tal concepção judaico-cristã remetem aos aspectos das relações de gênero, tão arraigadas na cultura local e transversalizados na atenção como ‘destino’ das mulheres em gestar e parir. Para discutir o que a Bíblia ensina sobre o que o parto é e como ele pode ser vivido pelas mulheres e pelos/as profissionais, trago: “O Senhor Deus disse à mulher: multiplicarei os sofrimentos de teu parto; darás à luz com dores, teus desejos te impelirão para o teu marido, e tu estarás sob o seu domínio” (BÍBLIA, 1982. p.51.).

Os efeitos de significados que um texto cultural como a Bíblia coloca em circulação podem ser conferidos, com frequência, nas falas de mulheres gestantes nas práticas de pré-natal ao referenciarem o temor do parto por via vaginal. Também reaparecem em expressões usadas comumente muitas vezes em tons jocosos para referir-se a algo doloroso e/ou negativo, por exemplo: “como as dores de parto”, “demorado como parto”, entre outras. O mesmo texto da Bíblia remete também a uma dada configuração das relações de gênero e corpo ao posicionar a mulher como submissa ao homem, reforçando, assim, a “naturalização” das diferenças entre homem e mulher e delimitando o lugar que a mulher deve ocupar em relação ao homem. A autoridade transcendental atribuída a esse texto, no contexto de determinados grupos religiosos, não apenas legitima essas noções como também as

naturaliza na medida em que as apresenta como ordens divinas atemporais. De certa forma, o parto é apresentado aí como um processo de expiação e de punição dolorosa ao qual a mulher deve se submeter, de preferência, em silêncio.

Segundo o olhar de alguns/algumas dos/as profissionais, entre os muitos fatores que contribuem para a não-implantação da PHPN, está a cultura de parto cesáreo que já circula como forma “natural” de nascer. Nesse sentido, o próprio Ministério da Saúde reconhece sua contribuição e aponta como derivação dessa construção a perda de “autonomia” da mulher no parto, relacionando-a com a intensa medicalização que o corpo feminino vem sofrendo nas últimas décadas. Indica-se o uso excessivo de intervenções cirúrgicas (cesáreas), enfocando três fatores determinantes: “O maior pagamento dos honorários profissionais para cesárea, pelo antigo Inamps, a economia de tempo e a realização clandestina da laqueadura tubária no momento do parto” (BRASIL,2003, p.19). Possivelmente são esses alguns dos motivos para instituir-se uma cultura pró-cesárea, ao mesmo tempo em que se fortalece a relação assimétrica entre médico/a e usuária.

Os/As próprios/as profissionais apontam que os planos de saúde e a estrutura hospitalar montada são promotores dessa modalidade de parto devido aos baixos valores pagos para o/a médico/a permanecer muitas horas em um centro obstétrico acompanhando a evolução de um trabalho de parto. Minayo tem razão quando discute os tencionamentos (no capítulo anterior) vivenciados pela categoria médica entre a missão, a lógica comercial e a investigação.

A gente está sempre numa correria, e são poucos os profissionais que querem perder (entre aspas) esse tempo do trabalho de parto. Porque um trabalho de parto demanda, no mínimo, às vezes, cinco, seis horas, e o profissional não quer ficar todo esse tempo longe do consultório, longe da sua vida pessoal com trabalho de parto. A cesariana é uma hora, com horário marcado. Então, é uma comodidade para o profissional e para a paciente (Participante 8).

Aqui existe uma cultura totalmente favorável à cesárea... Se tu fores ver as estatísticas de cesárea, no plano de saúde... A Unimed beira os 98% de cesárea. Não existe naturalmente parto normal nos convênios. Então, as pessoas acabam tendo a idéia de que isso é o normal hoje em dia. Já o atendimento pelo SUS é diferente... (Participante 7).

Nesse entendimento, o parto cesáreo como a forma “natural” de nascer encontra-se em destaque nos planos de saúde privados, o que, de certa forma, contribui para a construção de significados discutidos anteriormente, de parto normal traduzido como sinônimo de atenção prestada para pobres.

O aumento das taxas de cesárea no Brasil desde as décadas de 70/80 tem sido motivo de muitas discussões em muitos segmentos sociais, pois o país recebeu o título de campeão mundial nesse tipo de intervenção. Atualmente, as defesas desse procedimento direcionam-se para três aspectos. Alguns autores defendem que o procedimento cirúrgico para o parto deve seguir um protocolo de avaliação e só deve ser efetivado quando há riscos para a mãe e o feto. Outra vertente, intitulada cesarianistas, defende a universalidade do procedimento. Segundo Jorge Rezende, “a Natureza não pôde seguir o seu destino, a Arte traçará seu rumo (2002, p.483)”. O mesmo autor intitula-se cesarianista “pelo ser integral a proteção à vida materna e também a irrestrita proteção à vida do concepto (2002, p. 483)”. Dessa forma, defende o parto cesáreo como um procedimento universal em qualquer situação, disponibilizado com o aprimoramento das tecnologias leve-duras e duras. A terceira vertente, que, segundo Aníbal Fagundes (2004), é a que mais vem ganhando destaque na atualidade pelos que defendem o parto cesáreo, recai sobre o argumento de que é um direito da mulher escolher a via de parto, cabendo ao médico apenas acolher a decisão das mulheres. Dessa forma, estariam contemplados alguns dos aspectos já discutidos neste estudo.

5.3 Algumas possibilidades e limites das Políticas de humanização do parto e do nascimento:

Ser humano, ser sujeito, ser pessoa, ser “eu”, ser corpo, ser alma, ser espírito.. .diferentes possibilidades de desdobrar os sentidos do Ser. Seriam mesmo desdobramentos tão diferentes? Não seriam, todos eles, termos que designam componentes, implícitos ou explícitos, daquilo que aprendemos a definir como Ser Humano? (MEYER, 2001, p.22)

Nesta unidade de significação, discutirei algumas possibilidades de avanços contidas na Política de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN), e, ao mesmo tempo, alguns limites que permitem o borramento de fronteiras entre o modelo de atenção encontrado no campo investigado e os pressupostos contidos na referida Política.

O conceito de humanização é amplo, e, à medida que fui discutindo e aprofundando as construções deste estudo na perspectiva da Política de Humanização do SUS e na PHPN, me dei conta de que também o termo Humanização pode ser considerado polissêmico desde os significados atribuídos e discutidos pelos/as profissionais, assim como pelas literaturas revisadas para esta investigação.

Esse conceito de humanização do parto tem toda uma filosofia nacional para tentar argumentar para essas mulheres que elas não vão sofrer, é só isso. A tentativa de argumentação de que vai ser uma coisa mais tranqüila. Aí, tu fazes massagens, tu pões no chuveirinho, pões pular em cima da bolinha, tudo isso, mas a gente está fazendo de conta que não está doendo, que ela não está sofrendo e que aquilo tudo é bom para ela... (Participante 10).

Esse “jeito” de entender a proposta de humanização parece-me tão provocativa, equivocada e conflituosa quanto à daquelas vertentes que defendem

com radicalidade a universalização do parto desmedicalizado. Entretanto, é preciso considerar que há estudos apontando que, quanto mais tranqüilo, acolhedor e familiar for o ambiente de trabalho de parto e parto, muito menor será o número de intervenções e intercorrências que comumente se apresentam no modelo biológico e intervencionista (ODENT, 2002; BRASIL, 2003).

A defesa de intervenções alternativas tem sido criticada de forma severa pela vertente da medicina científica. A defesa na manutenção de tecnologias leve-duras e duras e a crítica e rejeição para substituição por tecnologias leves, possivelmente pelo fato que essa última garante menor remuneração além de demandar maior tempo de trabalho. A crítica volta-se, também, para a ampliação da equipe, com a presença da enfermeira obstétrica, o que sugere novamente uma redução de ganhos para a categoria médica e perda de *status* e hegemonia; critica-se, ainda, a presença do familiar no processo de parturição. Penso que a ampliação da equipe, juntamente com a presença do familiar, facilitaria o que posso chamar de (re) democratização de poderes nos centros de atenção.

Tais perspectivas são defendidas pela Política e já se encontram instituídas em alguns centros de parto. Essas condutas vêm apontando para uma melhora também no vínculo e no respeito entre profissionais e usuárias. Acredito que essas intervenções possibilitem uma atenção qualificada como aspectos facilitadores para o processo de parturição, o que não significa a isenção total da dor. Alguns/algumas profissionais, no mesmo cenário investigado, já defendem a inclusão de um modelo de atenção menos intervencionista. Vejamos a fala a seguir:

A falta de cuidado humano traz complicações no processo de parir na parte técnica. Porque, se você fizer o parto de uma paciente que está tranqüila, está consciente, sabe o que vai acontecer com ela, é uma coisa. E você fazer um parto de uma paciente que chega aqui tensa, nervosa, angustiada, com medo.... Onde todo mundo lá fora disse para ela que aqui dentro ela está entrando para um matadouro,

porque é essa a sensação que as pessoas têm lá fora, de que parto normal é só sofrimento, é só dor e só tristeza (Participante 12).

Essa fala aponta para os significados atribuídos culturalmente ao parto normal, o que confere um certo grau de proximidade com a análise na seção anterior, quando a execução do parto normal é destinada para mulheres atendidas pelo SUS. Por outra perspectiva de reflexão, é necessário que se retorne a alguns questionamentos, como, por exemplo: Quem são as mulheres que a Política de Humanização busca atingir? Quais são os dispositivos para implantação e implementação da referida Política? Quanto ao ingresso dos/das enfermeiros/as nessa especificidade, qual é o respaldo dado pelos órgãos públicos no exercício da profissão em termos de autonomia e remuneração ?

Além desses questionamentos, a Política apresenta limites que merecem ser problematizados e discutidos amplamente pois assim como o modelo encontrado no campo investigado, não contempla as construções culturais, também estas, não estão defendidas na Política de Humanização do Parto e do Nascimento. Ao mesmo tempo em que a Política defende os direitos das mulheres na atenção ao parto e ao nascimento também assegura que todo o processo deve estar “ [...] de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico “ (BRASIL, 2003, p. 1). O que remete a certa ambigüidade de compreensão, pois desde este entendimento reforça o poder/fazer/ médico e técnico. Um outro aspecto de fundamental importância encontrado na Política e que pode ser problematizado são as noções de direito que estão subjacentes as propostas de mudanças enfatizadas, uma vez que sujeita as mulheres a um outro imperativo de parto, conforme a fala a seguir:

Elas [as mulheres] só se sujeitam porque o SUS imprime a elas essa obrigação de ganhar de parto normal, mas por opção, não. E a gente

fala 'ah, a mulher tem o direito de escolher a sua via de parto'. Mas a paciente não pode optar; isso não é humanizar. Porque eu posso e tu podes, a gente pode porque tem plano de saúde, a gente tem o direito de negociar isso com o médico, mas eles não. Se eles pedirem, a gente bota a culpa em quem? No Ministro da Saúde? Nas Políticas? Na falta de dinheiro? Não sei o quê... (Participante 10).

O profissional aponta um aspecto conflituoso e delicado pelas dissonâncias dos posicionamentos da medicina científica, do poder e saber/fazer médico e das instituições que financiam o atendimento pelo SUS, o que já discuti. A OMS recomenda no máximo 15% de partos cesáreos em função do risco à saúde das mulheres nesse tipo de parto. Como decorrência desse posicionamento, são adotadas medidas pelo Ministério da Saúde com a Política de Humanização com vistas à promoção do parto e do nascimento a partir de práticas que respeitem o processo fisiológico, utilizando-se de forma criteriosa das tecnologias leve-duras e duras com o objetivo de prevenir a morbi-mortalidade materna e perinatal. O Ministério da Saúde estabeleceu a estratégia de cota como forma de limitar e corrigir as distorções das ocorrências de cesáreas nas décadas anteriores. Mas também a lógica da redução do Estado e, por conseguinte, da necessária redução de gastos com saúde está subjacente a essas políticas, o que não pode ser ignorado ou esquecido.

Que direito! Se ela escolher SUS, não vai pagar [a cesárea] porque bateu na cota (Participante 10).

O profissional aponta que no SUS não há opção de escolha quanto às tipologias de parto. As mulheres “devem aceitar” o que “se decide” sobre elas. Parto cesáreo, pelo SUS, é somente com indicação de risco para a mulher ou para o feto e essa é uma decisão tomada apenas pelo médico e está fortemente mediada pela premência de manutenção das quotas nos hospitais públicos e conveniados. Já as mulheres com melhores condições econômicas, que realizam partos no sistema privado de atendimento, podem escolher ‘relativamente à via do parto’, as

tecnologias, a maternidade, o médico, entre outros privilégios disponíveis, no grande “mercado” em que se transformou o processo de gestação e parturição. Isso tudo é possível para quem tem poder aquisitivo. Parece-me ser esse o grande paradoxo da Política de Humanização. Robbie Davis-Floyde argumenta que:

[...] é importante ter uma opção pelo parto em casa, mas não se deve descartar a opção pela cesárea. Qual é a saúde que se busca? Se eu quero operar meu nariz ou se estou muito gorda, e se quero uma cirurgia plástica? O perigo disso não é maior que o perigo da cesárea. Então, ainda que saibamos que a cesárea é mais perigosa que o parto natural, não devemos transformar o direito em obrigação (2002, p.395).

Concordo plenamente com a autora porque defendo a possibilidade de as mulheres poderem optar pela via do parto também no serviço mantido pelo SUS, na mesma direção das possibilidades oferecidas pelos planos de saúde, mesmo considerando que, no atendimento privado, a escolha do tipo de parto que deseja vivenciar seja conferida à mulher apenas ‘teoricamente’, os indicadores de cesárea apontados pelos/as profissionais são indicativos de que as práticas de atenção estão direcionadas ou concentradas na intervenção cirúrgica como escolha única. De toda forma, em ambos os processos, as mulheres pouco ou nada negociam com os/as técnicos/as. Por isso, questiono-me se é possível, em nosso cenário, uma atenção menos intervencionista às mulheres em trabalho de parto e parto considerando, exatamente, os tensionamentos entre as concepções que pautam o poder/saber/fazer profissional, a fragilidade de politização dos/as usuários/as e os posicionamentos institucionais.

Nesse eixo de discussão, penso em três pontos: o primeiro é que as instituições não ampliam o debate com os/as profissionais e a comunidade para discutir as proposições das políticas de humanização (mesmo sendo ONG’s e movimentos sociais diversos envolvidos com a reivindicação dessa humanização). Essa maneira impositiva parece engessar o processo, inviabilizando o movimento

para incorporação de determinadas práticas que contribuam para possíveis mudanças. Um segundo aspecto diz respeito ao modelo econômico vigente quando também estabelece como parte do pacote de humanização a redução de custos para o SUS. Um terceiro ponto foi a constatação da fragilidade de trabalho em equipe e do controle social, com a continuidade de total autonomia ao/a médico/a, sem qualquer controle institucional ou social, tendo-se, por fim, a substituição de um modelo intervencionista por outro menos intervencionista, mas sem abrir espaços para outras possibilidades.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No final de minha apresentação, proponho algumas reflexões para a atenção às mulheres no parto, por estar intelectual, espiritual e profissionalmente envolvida com essa temática. Não me coloco como quem finaliza um processo, mas como alguém que continua no caminho e busca outras possibilidades a partir das reflexões feitas na investigação. Até porque entendi com muitos outros autores que já fizeram esse processo, que a construção do conhecimento é sempre parcial, relativa, provisória localizada e datada, dependendo do refinamento do olhar, é possível evidenciar leituras diversas de um mesmo contexto.

Nessa provisoriedade de construção de conhecimento, entendi que há uma concepção de maternidade disseminada na cultura que enaltece as mulheres no período de gestação e parturição como instâncias de renovação da vida e perpetuação da espécie. Por outro lado, convivemos com um processo de atenção no momento da parturição que negligencia as mulheres, mobilizando agravos e vulnerabilidade a uma grande parcela da população feminina, que já vem experienciando e convivendo com processos de exclusão e discriminação transversalizados por relações sociais desiguais em muitas outras dimensões (dentre elas, classe social, gênero, raça, etc...). A luta pela dignidade e pelo atendimento com qualidade às mulheres no processo de parturição não é somente uma questão de humanização, nem só de igualdade de gênero, mas de pôr em prática as conquistas acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, já consolidadas como direitos humanos.

Este estudo identificou uma polissemia atribuída às diferentes tipologias de parto, com desdobramentos também no interior de cada uma delas; no entanto, foi relevante um achado como fio condutor entre as interfaces de parto discutido. Isto é, independentemente da tipologia o entendimento de que o parto é considerado um ato médico. Tal compreensão deriva do modelo tecnicista e medicalizado, sendo resultante também das construções histórico-culturais transversalizadas por relações de poder.

Essa perspectiva aponta para um modelo de atenção que segue sendo hegemônico, se materializa na concepção de que o parto “normal” como sinônimo de “ato médico” dominante naquele tempo e lugar, sobrepondo a participação mais efetiva das mulheres, de seus familiares e de outros/as profissionais.

A proposta de humanização preconizada pelo Ministério da Saúde pode ser traduzida pela substituição de um parto altamente intervencionista por um modelo menos intervencionista e desta forma torna-se questionável o impacto para mudanças. No campo investigado, as práticas medicalizada seguem emperrando, como se pode ver nas falas dos/as profissionais entrevistados/as.

Dessa forma, foi possível constatar os tencionamentos e conflito existente entre a proposta de humanização, a concepção dos/as profissionais e o que realmente acontece no processo de atenção. Isso se manifestou nas entrevistas de duas formas igualmente problemáticas: a concepção de que as mulheres estão aptas biologicamente para dar à luz e devem fazê-lo a qualquer custo e a concepção que preconiza a incorporação acrítica das rotinas e da norma na execução dos procedimentos para que o/a profissional realize o parto e a mulher possa então dar à luz como coadjuvante do processo.

Com relação às áreas profissionais da medicina e da enfermagem, retomo a relação conflituosa que historicamente tem permeado a convivência entre as duas categorias e avalio a necessidade de (des)construção do que está estabelecido para à atenção das mulheres na área de obstetrícia. Também vejo como necessária uma (des)formatação do processo de formação que ainda está centrado no modelo de atenção técnico, com a inclusão de abordagens que discutam e incorporem temas como cultura, corpo e gênero na formação dos/as profissionais. Além dessa nova capacitação, deve-se pensar que, muito mais importante do que a disputa de espaço entre as categorias profissionais médicos/as e enfermeiro/as, está a qualificação da atenção prestada às mulheres cidadãs.

Há que se pensar também:

- a) Que não existe humanização do parto e do nascimento com mulheres sem um espaço para escuta;
- b) Na ampliação do debate para a politização das/dos usuárias/os no exercício de seus direitos e de sua cidadania;
- c) Na democratização do poder com um processo dialógico entre médico/as, enfermeiras/as e usuários/as comprometidos/as com saúde e com a formação dos sujeitos;
- d) Nos posicionamentos políticos dos cenários de atenção ao parto, pois, além de políticos, eles são éticos ;
- e) Envolvimento maior dos/das enfermeiros/as nessa área de conhecimento com produção e publicação de pesquisa;
- f) Na consolidação dos direitos reprodutivos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo César (Org.). **Antropologia da saúde**: Traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ Relume Dumará, 1998.

BERQUÓ, Elsa. (Org.) **Sexo & vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: UNICAMP, 2003. p. 389.

BÍBLIA. Português. Bíblia Sagrada: Edição Claretina. Trad. Monges Maredsous (Bélgica). Ed. Ave Maria, São Paulo, 1982. p.1632.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 2. ed. Brasília, DF: Assessoria de Comunicação Social, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)** Bases de Ação Programática, do Ministério da Saúde brasileiro, de 1985.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF, 2002. p.18. Disponível em: <<http://saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher.htm>>. Acesso em: 6 jul. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004.p.80.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, 2003.p.199.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização. Brasília, DF, 2003. p. 20.

_____. Ministério da Saúde. **2004, ano da mulher**. Brasília, 2004. (Série E. Legislação de Saúde). p. 186.

CAPRA, Margareth Lucia Paese (Org.). **Protocolo das ações básicas de saúde: uma proposta em defesa da vida**. Caxias do Sul: Prefeitura Municipal, Secretaria da Saúde, 2000. p. 490.

CLADEM. Rede saúde. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: Brasil, América Latina e Caribe**: Diagnóstico nacional e balanço regional (1995/2000). Brasília, DF, 2000. p. 72

CORREA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global de percursos brasileiros . *In*: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Ed. UNICAMP, 2003. p. 17-78.

DATASUS. **Indicadores de mortalidade**: razão de mortalidade materna. Brasília, DF, 2004. Disponível em: www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/c03.htm. Acesso em: 11 jul. 2005.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 7-14. 2004.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. São Paulo, 2001. 245p. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade São Paulo, São Paulo, 2001.

DURO, Carmen Lucia Mottin. **Concepções de maternidade e de cuidado infantil de um grupo de mães da Vila Cruzeiro do Sul/ POA - RS**. 2003. 161p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

FERREIRA, Joice Lizandra. **Parto humanizado**: teoria ou prática? 2005. 61 p. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2005.

FORNA, Aminatta. **Mãe de todos os mitos**: como a sociedade modela e reprime as mães. Tradução de Ângela Lobo de Andrade. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999. 316 p.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Tradução de Ligia M. Ponde Vassallo. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1986. 277 p. il.

FREITAS, Fernando Monteiro de. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: ARTMED, 2001. 624 p. il.

GASTALDO, Denise. **Relaciones de poder en enfermería y salud mental: críticas y retos para el futuro**. In: CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL, 20., Alicante, 10-12 abr. 2003. Alicante, 2003.

GENNARI, Jorge Laerte; Gennari M. Cristina de Souza. **O início da vida**. São Paulo: Antonio Bellini, 1999.

GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999. p.467.

HALL, Stuart. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 16, jul./dez.1997.

_____. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 1998.p. 102.

IGNA, Maria Cláudia Dal. " **Há diferença**"? Relações entre desempenho escolar e gênero. 2005. p167. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

JORGE, Dilce Rizzo. **Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz** (parteira) no Brasil. 1975. 206 p. Tese (Livre docência) – Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1975.

LOURO, Guacira Lopes. **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p . 174.

_____. Corpo, escola e identidade. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 59-75, jul./dez. 2000.

_____. Gênero: questões para a educação. In: BRUSCHINI, C.; UNBEHAUM, S.

(Org.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas; Editora 34, 2002. p.227-242.

_____. Produzindo sujeitos masculinos e cristãos. *In*: VEIGA NETO, Alfredo (Org.). **Crítica pós-estruturalista e educação**. Porto Alegre: Sulina, 1995.

LUPTON, Deborah. Risk and the ontology program. *In*: LUPTON, D. **Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives**. Cambridge: University Press, 1999. p. 59-84.

LUZ, Lia; ROCHA, Patrícia. O parto. **Zero Hora**, Porto Alegre, 13 jan. 2004. Meu Bebê, Caderno Especial, p. 5.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002. p.189.

MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiras/os. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 2, p. 189-195, mar./abr. 2002.

_____. Cuidado e diferença: da integralidade a fragmentação do ser. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 5-20, jul. 2001.

_____. Direitos reprodutivos e educação para o exercício da cidadania reprodutiva: perspectivas e desafios. *In*: Cláudia Fonseca, Veriano |Terto Jr. E Caleb Faria Alves ; Linda Rabem. (Org.). **Antropologia, diversidade e direitos humanos: diálogos interdisciplinares**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2004. p. 87-100.

_____. Gênero e educação: teoria e política. *In*: LOURO Guacira Lopes.; NECKEL Felipe J.; GOELLNER Silvana V. **Corpo, gênero e sexualidade**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 09 -27.

_____. As mamas como constituintes da maternidade: uma história do passado. *In*: MERCADO, Francisco J.; GASTALDO, Denise; CALDERÓN, Carlos. **Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud** – una antología iberoamericana. México: Universidad de Guadalajara, 2002. p.375-401.

_____. Saúde da mulher: indagações sobre a produção dos gêneros. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 23, p. 113-119, mar./abr. 1999.

MOTT, Maria Lucia. Parto. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 7, n. 1-2, fev. 2002.

MYNAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 2000. p.269.

_____. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2004. v.9 p.15-29, 2004.

NATURAL. *In*: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Sec. XXI**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. p. 1394.

NORMA. *In*: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Sec. XXI**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. p. 1394.

NORMAL. *In*: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Sec. XXI**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. p. 1415.

NOGUEIRA, A. T. *et al.* **Parto humanizado**. São Paulo, [20--]. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/>>. Acesso em: 6 jul. 2003.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor**. 2. ed. rev. atual. Florianópolis: Saint Germain, 2002. p. 138.

_____. **O renascimento do parto**. Florianópolis: Saint Germain, 2002. p. 134.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Genebra, 1996. p.53.

_____. **Recomendações da OMS no atendimento ao parto normal. 1986** Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/>>. Acesso em: 6 jul. 2003.

OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar do não médico. Tese Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. 129 p.

PARTO. *In*: TOMAZ, Clayton L. (Org.). **Dicionário médico enciclopédico Taber**. 17. ed. Barueri: Manoele, 2000. p. 2279.

PARTO NATURAL. *In*: BLAKISTON,. .). **Dicionário médico**. 2º ed. São Paulo. Org Andrei Editora S/A. (19--), p.1169.

PARTO NATURAL. *In*: TOMAZ, Clayton L. (Org.). **Dicionário médico enciclopédico Taber**. 17. ed. Barueri: Manoele, 2000. p. 2279.

PEREIRA, Valdina M.; MARANHÃO, Amélia M. S. A.; ANDREONI, Sandra (Org.). **Dispositivos legais relacionados a saúde da mulher e do recém-nascido**: manual. São Paulo: ABENFO-SP, 2002.

POCIELLO, Christian. Os desafios da leveza: as práticas corporais em mutação. *In*: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de (Org.). **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p.115-120.

REZENDE, Jorge de. A falácia do parto humanizado. **Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, SP. Vol.30, nº7, p.405, agosto 2002.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetizes e enfermeiras obstétrica: velhos problemas ou novas oportuniades? **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 7, n. 1/2, p. 449-459, 1999.

ROHDEN, Fabiola. **Uma ciência da diferença, sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. p. 223.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. Cuidados de si e embelezamento feminino: fragmentos para uma história do corpo no Brasil. *In*: _____ (Org.). **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p.121-138.

_____. Descobrir o corpo: uma história sem fim. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 50-75, jul./dez. 2000.

_____. As infinitas descobertas do corpo. *In*: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena (Org.). **Corporificando gênero**. Campinas, 2000. (Cadernos Pagu, 14). p. 235-249.

SCHIRMER, Janine. **Formação da enfermeira obstetra**: contribuição para o resgate da atuação na assistência ao parto e nascimento. 2001. 116 p. Tese (Livre docência em Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiatria). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, pág.-pág. jul./dez. 1995.

SEBASTIANE, Mario. **Parto natural y parto vaginal**. Son una misma cosa? São Paulo, [20--]. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/>>. Acesso em: 15 mar. 2005.

SILVA, Tomaz Tadeu. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

_____. **Teoria cultural e educação**: um vocabulário crítico. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p.154.

STAKE, Robert E. **Investigación con estudio de casos**. Madrid: Morata, 1998. p. 159.

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1995. p. 107.

TORNQUIST, Carmem Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 7, n. 1/2, p. 483-492, 1999.

_____. Humanização do parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 7, n. 1/2, p. 389-397, 1999.

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

VENTURA, Miriam (Org.). **Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos**: síntese para gestores, legisladores e operadores do direito. Rio de Janeiro: ADVOCACI, 2003. p. 117.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH Daniela R.; HASSEN Maria de Nazaré A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. p. 133.

VILLELA, Wilza V.; ARILHA, Margareth. Sexualidade , gênero e direitos sexuais e reprodutivos. *In*: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Ed. UNICAMP, 2003. p. 95-150.

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada

Dados de Identificação:

Profissional: () Enfermeiro/a () Médico/a Data: _____

Iniciais do nome: _____ Idade: _____

Naturalidade: _____

Raça/cor? _____

Grau de instrução: () Graduação () Especialista na área () Mestre () Doutor

Tempo de Graduação? _____ Tempo de Especialização? _____ Tempo de Mestrado _____

Tempo de Doutorado? _____ Tempo neste serviço? _____

1. Explorar como o/a profissional caracteriza os diferentes tipos de parto:

Normal? _____

Natural? _____

Humanizado? _____

2. Explorar se, na ótica do/a profissional entrevistado/a, a assistência prestada à mulher durante o parto nas normas e rotinas que regem a assistência no CO corresponde ao que está previsto nos instrumentos normativos oficiais da OMS e das Políticas de Saúde da Mulher preconizadas em cada tipo de parto.

Justificar a resposta (Por que corresponde ou não? Em que difere e onde se aproxima de quais proposições?)

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisadora: Ivete Lourdes Dutra

Telefone para contato: (054) 91214199

O presente estudo tem por objetivo discutir concepções de parto normal, natural e humanizado que atravessam e conformam as práticas de assistência implementadas no hospital-escola.

Durante o período de investigação, irei realizar entrevistas com os/as profissionais de saúde, médicos/as e enfermeiros/as que trabalham no Centro Obstétrico e que optarem por participar deste estudo. As entrevistas a serem realizadas serão gravadas e identificadas por códigos, garantindo o anonimato e o aspecto confidencial da pesquisa.

A investigação destina-se à elaboração da Dissertação de Mestrado da pesquisadora para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Dagmar E.E. Meyer (FACED/UFRGS – fone: 51-3316-32-67). Os participantes desta investigação terão todos os esclarecimentos necessários para as dúvidas que surgirem durante o desenvolvimento da investigação, assim como terão acesso aos resultados obtidos.

Ao aceitar o convite, por gentileza, assine a declaração a seguir:

Declaro ter sido informado/a das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e que concordo espontaneamente em participar da mesma. Tenho conhecimento de que poderei recusar-me a responder qualquer pergunta e que poderei negar-me a continuar participando do estudo a qualquer momento. Também estou ciente de que a entrevista será gravada e utilizada para estudos e publicações.

Ivete Lourdes Dutra – Pesquisadora.

Assinatura do Sujeito Pesquisado.

Caxias do Sul,/04

APÊNDICE C – Municípios

REGIÃO	MICRORREGIÃO	MÓDULO ASSISTENCIAL		POPULAÇÃO 2004
		SEDE	MUNICÍPIO	
REGIÃO DOS VINHEDOS E BASALTO	Bento Gonçalves	Bento Gonçalves	Total	104.930
			Bento Gonçalves	100.467
			Monte Belo do Sul	2.859
			Santa Tereza	1.604
	Garibaldi	Garibaldi	Total	56.309
			Garibaldi	28.714
			Boa Vista do Sul	2.887
			Coronel Pilar	2.044
		Carlos Barbosa	Carlos Barbosa	22.664
	Veranópolis	Veranópolis	Total	30.572
			Veranópolis	20.774
			Vila Flores	3.310
			Cotiporã	4.059
			Fagundes Varela	2.429
	Guaporé	Guaporé	Total	24.607
			Guaporé	21.463
			União da Serra	1.611
			Vista A do Prata	1.533
	Nova Prata	Nova Prata	Total	36.559
			Nova Prata	20.021
		Guabijú	1.755	
		São Jorge	2.876	
		Nova Araçá	3.425	
		Paraí	6.487	
		Protásio Alves	1.995	
	Nova Bassano	Nova Bassano	8.387	
REGIÃO DAS HORTÊNCIAS	Gramado/Canela		Total	94.057
		Canela	Canela	38.152
		Gramado	Gramado	31.927
		Nova Petrópolis	Nova Petrópolis	18.711
			Picada Café	5.267
	Feliz	Feliz	Total	34.081
			Feliz	12.467
			Alto Feliz	2.859
			Linha Nova	1.618
			Vale Real	4.808
	Bom Princípio	Bom Princípio	10.532	
		São Vendelino	1.797	
REGIÃO DA UVA	Farroupilha	Farroupilha	Total	63.693
			Farroupilha	60.624
			Nova Roma do Sul	3.069
	Flores da Cunha	Flores da Cunha	Total	69.036

		Flores da Cunha	26.813	
		Nova Pádua	2.444	
	Antônio Prado	Antônio Prado	13.908	
		Ipê	5.322	
	São Marcos	São Marcos	20.549	
	Caxias do Sul	Caxias do Sul	396.261	
REGÃO DOS CAMPOS DE CIMA DA SERRA	Vacaria	Vacaria	Total	
			95.392	
		Vacaria	60.756	
		Campestre da Serra	3.229	
		Esmeralda	3.045	
		Monte Al. Campos	3.219	
		Bom Jesus	Muitos Capões	3.025
			Pinhal da Serra	2.346
			Jaquirana	5.204
			São J. Ausentes	3.207
		Bom Jesus	11.361	
		Total	1.518.190	

ANEXO – Carta de Aprovação do Comitê de Ética

ANEXO – Carta de Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

Caxias do Sul, 25 de janeiro de 2005.

Ilma. Sra.
Profa. Ivete Lourdes Dutra

Prezada Pesquisadora:

Informamos que em reunião realizada em 24 de janeiro de 2006, o projeto de pesquisa **“Parto humanizado, parto normal, parto natural: convergências e conflitos que se manifestam nas concepções presentes em uma instituição de saúde”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que emitiu o parecer **favorável** ao desenvolvimento do referido projeto.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Celso Piccoli Coelho
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa