



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

LUCÍLIA MENDES DE OLIVEIRA E SILVA

PARTO HUMANIZADO E EMPODERAMENTO FEMININO – Estudo de caso do grupo
Flore Ser em Uberlândia/MG

UBERLÂNDIA-MG

2019

LUCÍLIA MENDES DE OLIVEIRA E SILVA

PARTO HUMANIZADO E EMPODERAMENTO FEMININO – Estudo de caso do grupo
Flore Ser em Uberlândia/MG

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências Sociais –
Mestrado, da Universidade Federal de
Uberlândia, com requisito à obtenção do
título de mestre em Ciências Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia
Vannuchi.

UBERLÂNDIA-MG

2019

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

- S586 Silva, Lucília Mendes de Oliveira e, 1988-
- 2019 PARTO HUMANIZADO E EMPODERAMENTO FEMININO [recurso eletrônico] : Estudo de caso do grupo Flore Ser em Uberlândia/MG / Lucília Mendes de Oliveira e Silva. - 2019.
Orientadora: Maria Lúcia Vannuchi. Coorientadora: Mônica Chaves Abdala.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Ciências Sociais.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2569>
Inclui bibliografia.
- 1.Sociologia. I. Vannuchi, Maria Lúcia,1954-, (Orient.). II. Abdala, Mônica Chaves ,1958-, (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Ciências Sociais. IV. Título.

CDU: 316

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

Lucília Mendes de Oliveira e Silva

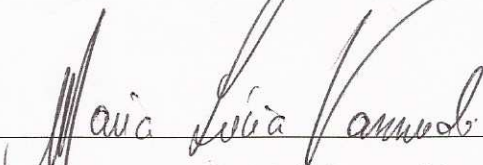
PARTO HUMANIZADO E EMPODERAMENTO FEMININO – Estudo de caso do grupo Flore Ser em Uberlândia/MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – Mestrado, da Universidade Federal de Uberlândia, com requisito à obtenção do título de mestre em Ciências Sociais.

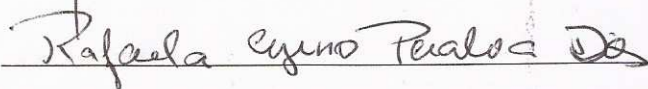
Área de Concentração: Antropologia e Sociologia

Uberlândia, 28 de fevereiro de 2019

Banca Examinadora



Profa. Dra. Maria Lúcia Vannuchi – Orientadora (UFU)



Profa. Dra. Rafaela Cyrino Peralva Dias - Examinadora (UFU)

Profa. Dra. Jeane Félix da Silva - Examinadora (UFPB)

Profa. Dra. Mariana Magalhães Pinto Côrtes - Suplente (UFU)

Profa. Dra. Maria Madalena Gracioli – Suplente (UNESP Franca)

A todas as mulheres que aceitaram participar da pesquisa e tão gentilmente abriram para mim suas casas e suas vivências.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Federal de Uberlândia e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais por possibilitarem a minha formação neste curso.

Às Professoras Doutoras Rafaela Cyrino Peralva Dias, Patrícia Vieira Trópia, Mariana Magalhães Pinto Côrtes, Claudelir Corrêa Clemente e o Professor Doutor Marcel Mano que muito contribuíram para a nossa formação acadêmica por meio das disciplinas que ofertaram.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais que sempre esteve disposta a nos auxiliar e orientar nos momentos de dificuldades.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais pelo fomento que possibilitou maior dedicação na realização deste trabalho.

À minha orientadora, Prof^a. Dra. Maria Lúcia Vannuchi por ter aceitado me orientar e ter realizado esta tarefa com dedicação, paciência e incentivo para que este trabalho ficasse a melhor versão possível. A sua orientação me auxiliou a crescer como pesquisadora e tornou este dia possível.

À Prof^a. Dra. Mônica Chaves Abdala por aceitar ser minha co-orientadora durante o primeiro ano e por sempre estar presente na minha formação, me incentivando e auxiliando sempre que preciso.

Aos meus colegas de turma por terem dividido comigo as discussões em sala de aula, a participação em eventos e a representação nos conselhos do curso. Em especial à Ranna, Leidiane, Tailon e Thiago pela amizade e companheirismo durante os momentos de dúvida e dificuldade que geraram longos áudios de desabafo. Por me ouvirem e auxiliarem eu agradeço.

À Leticia, Daniel e Sônia por, mesmo não cursando o mestrado, estarem sempre dispostos a auxiliar com conselhos, leituras e incentivo.

Aos meus pais Luzia e Alberi por sempre torcerem por mim e me apoiarem em todas as minhas decisões. Ao meu irmão Lucas e minha cunhada Kathryn por tão gentilmente me

acolherem em sua casa durante o trabalho de campo. E ao meu amor e companheiro Watson, por sempre acreditar na minha capacidade, mesmo quando até eu duvidava.

Aos bebês, filhos e filhas das entrevistadas, que me permitiram tomar a atenção de suas mães por um momento e, graciosamente, brincavam e riam para mim durante as entrevistas.

A todos e todas meu muito obrigada!

“E eis que de repente ela resolve então
mudar

Vira a mesa, assume o jogo

Faz questão de se cuidar

Nem serva, nem objeto

Já não quer ser o outro

Hoje ela é UM também”

Pitty – Desconstruindo Amélia

RESUMO

Neste trabalho realizamos um estudo de caso do Grupo Flore Ser na cidade de Uberlândia/ MG, no qual analisamos a preparação das gestantes para o momento do parto buscando entender a relação entre a luta das grávidas por um parto humanizado e o empoderamento das mesmas. No Brasil o parto hospitalar tornou possível salvar a vida de mãe e bebê em casos de gravidez de risco ou complicações no parto. No entanto o país possui uma taxa de cesáreas acima dos 50%, número bem maior do que a recomendação da Organização Mundial da Saúde, que orienta que a taxa deve ser de, no máximo, 10%. Para diminuir as cesáreas desnecessárias e os casos de violência obstétrica o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN) – Rede Cegonha, com um caderno específico voltado para humanização do parto nos hospitais públicos do país. A cidade de Uberlândia possui projetos de humanização do parto em seus dois hospitais públicos, o Hospital Municipal e o Hospital das Clínicas, assim como conta com profissionais atuantes em hospitais particulares e grupos voltados para orientação das gestantes. Com o objetivo de entender como o parto humanizado ocorre nesta cidade escolhemos um dos grupos que luta pela sua defesa e ampliação. O grupo Flore Ser tem, como um dos objetivos, auxiliar as mulheres para vivenciar um parto ativo, humanizado, com menos intervenções desnecessárias e no qual ela possa ser dona do seu parto. Com esse intuito são promovidas várias atividades, como a roda de gestantes, a roda de pós-parto, e alguns cursos para conhecer a fisiologia do parto e aprender os primeiros cuidados com o recém-nascido. Por meio de entrevistas com as mulheres grávidas que participam do grupo foi possível obter dados sobre como ocorre a orientação para o parto humanizado, por quê elas buscam por um parto mais natural e se elas desenvolvem um maior empoderamento nessa situação.

PALAVRAS-CHAVE: Gênero; Parto Humanizado; Empoderamento; Roda de Gestantes; Violência Obstétrica.

ABSTRACT

In this work, we carried out a case study of the Flore Ser Group in the city of Uberlândia / MG, where we analyzed the preparation of pregnant women for the moment of delivery, seeking to understand the relationship between the struggle of pregnant women for a humanized delivery and their empowerment. In Brazil, the hospital birth has made it possible to save the life of mother and baby in cases of pregnancy risk or complications in childbirth. However, the country has a rate of caesarean section above 50%, much higher than the recommendation of the World Health Organization, which indicates that the rate should be at most 10%. To reduce unnecessary caesarean sections and cases of obstetric violence, the Ministry of Health has launched the National Program for Humanization of Prenatal and Birth(PNHPN) - Stork Network, with a specific notebook aimed at the humanization of childbirth in the country's public hospitals. The city of Uberlândia has humanization projects for childbirth in its two public hospitals, the Municipal Hospital and the Hospital das Clínicas, as well as professionals working in private hospitals and groups focused on the orientation of pregnant women. In order to understand how humanized childbirth occurs in this city we choose one of the groups that fight for its defense and expansion. One of the objectives of the Flore Ser group is to help women to experience an active, humanized delivery with fewer unnecessary interventions and in which they can take care of their birth. For this purpose, several activities are promoted, such as the pregnant women wheel, the postpartum wheel, and some courses to learn about the physiology of childbirth and learn the first care with the newborn. Through interviews with pregnant women participating in the group, it was possible to obtain data on how the orientation for humanized delivery occurs, why they seek a more natural birth, and if they develop a greater empowerment in this situation.

KEY-WORDS: Gender; Humanized Birth; Empowerment; Wheel of Pregnant Women; Obstetric Violence.

LISTA DE SIGLAS E ACRÔNIMOS

ABRAHUE – Associação Brasileira de Hospitais Universitários de Ensino

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

IFF/ FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

MEC – Ministério da Educação

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNHPN – Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

ReHuNa - Rede de Humanização do Nascimento

SESC – Serviço Social do Comércio

SISPRENATAL – Sistema de Informações de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Puerpério e Criança

SUS – Sistema Único de Saúde

UAI - Unidades de Atendimento Integrado

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 – ELEMENTOS TEÓRICOS NORTEADORES DA PESQUISA	20
1.1 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO GÊNERO	20
1.2 FOUCAULT E O CONTROLE SOBRE O CORPO	25
1.3 EMPODERAMENTO – QUESTÕES CONCEITUAIS E POLÍTICAS	27
CAPÍTULO 2 – TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO PARTO NO BRASIL: DA VIOLÊNCIA À HUMANIZAÇÃO	33
2.1 HISTÓRIAS E VIVÊNCIAS DAS PARTEIRAS NO BRASIL	34
2.2 DESENVOLVIMENTO DA OBSTETRÍCIA E DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	38
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A MULHER.....	42
2.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PARTO HUMANIZADO.....	50
CAPÍTULO 3 – PARTO HUMANIZADO EM UBERLÂNDIA/MG	60
3.1 GRUPOS DE GESTANTES EM UBERLÂNDIA	62
3.2 PROJETOS DE HUMANIZAÇÃO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS	65
CAPÍTULO 4 – ESTUDO DE CASO DO GRUPO FLORE SER	78
4.1 FLORE SER – PARTO & CRIAS	79
4.2 EXPERIÊNCIA EM UMA RODA DE GESTANTE	84
4.3 QUESTÕES METODOLÓGICAS PARA ANÁLISE DE DADOS.....	88
4.4 MULHERES PARTICIPANTES DO GRUPO FLORE SER	91
4.5 HUMANIZAÇÃO QUE EMPODERA OU EMPODERAMENTO QUE ORIENTA A BUSCA PELA HUMANIZAÇÃO?	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICES.....	122
APÊNDICE A - CARTA DE APRESENTAÇÃO.....	122
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	123
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO.....	124

APÊNDICE D - ROTEIRO AUXILIAR DE QUESTÕES: ORGANIZADORAS DO FLORE SER	125
APÊNDICE E – ROTEIRO AUXILIAR DE QUESTÕES: GESTANTES.....	126
APÊNDICE F – ROTEIRO AUXILIAR DE QUESTÕES: DOULA.....	127
APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E32.....	128
APÊNDICE H – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO A38.....	129
APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO K40.....	130
APÊNDICE J – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO A32.....	131
APÊNDICE K – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO D35.....	132
APÊNDICE L – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO P30.....	133
APÊNDICE M – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO A33.....	134
APÊNDICE N – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO A31.....	135
APÊNDICE O – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO K21.....	136
APÊNDICE P – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO L26.....	137
APÊNDICE Q – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E24.....	138
APÊNDICE R – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO D34.....	139
APÊNDICE S – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO K32.....	140
ANEXO A – BOAS PRÁTICAS E A ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	141

INTRODUÇÃO

Este trabalho problematiza a relação entre o parto humanizado e processos de empoderamento da mulher, entendidos como meios de conquista de sua autonomia. Assim: analisa se o parto humanizado, realizado na cidade de Uberlândia, pode resultar em um maior empoderamento da mulher e se este implica em ressignificação de sua identidade social prioritária de mãe.

A motivação inicial deste trabalho foi resultado da constatação da excessiva quantidade de cesarianas feitas no Brasil. Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde em 2015 e 2016, dos 3 milhões de partos no país, 55,5% foram cesáreas e 44,5% foram partos normais. A OMS sugere que a taxa de cesárias seja, no máximo, de 10% do total de partos; se adequarmos esta referência para o tamanho da população, no Brasil, a taxa deveria estar entre 25% e 30%. Portanto é perceptível a quantidade de cesáreas desnecessárias realizadas com data marcada em gestantes jovens, saudáveis, que sequer entram em trabalho de parto para saber se o parto normal é possível. Muitas destas gestantes fazem parte do meu convívio pessoal, são amigas, parentes ou conhecidas. Uma delas sentia que seu corpo estava se preparando para um parto normal e gostaria de ter passado por tal experiência, mas foi impedida pelos médicos com a alegação de que, por ser diabética, seria arriscado para o bebê. A diabetes realmente requer um acompanhamento diferenciado à gestante, mas no caso, ficou comprovado posteriormente por outros médicos, que o parto normal teria sido possível e sem riscos para o bebê.

Em contrapartida surgem cada vez mais sites, blogs, perfis em redes sociais e congressos que divulgam casos de violência obstétrica e lutam para que o momento do parto se torne mais humano, respeitoso, garantindo maior poder de decisão à parturiente. Foram os relatos das gestantes que tiveram a experiência de um parto humanizado domiciliar com o auxílio de uma doula¹ e uma obstetra², após uma operação cesárea pré-marcada na primeira gestação, e saiu da experiência sentindo-se poderosa e capaz de fazer qualquer coisa que estimulou a criação deste trabalho.

¹É a profissional que dá suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto.

² Obstetra é o(a) profissional formado (a) em Medicina que fez residência em Ginecologia e Obstetrícia podendo acompanhar o pré-natal, o parto normal de baixo ou alto risco e realizar cesarianas. A (O) Obstetriz é a(o) profissional formada(o) pelo curso de Obstetrícia e realiza o atendimento pré-natal e partos de baixo risco. A enfermeira obstetra é aquela com formação em Enfermagem e pós-graduada em Obstetrícia, atua no pré-natal e nos partos de baixo risco mas, devido à sua formação mais ampla, pode atuar em UTI, pediatria, dentre outros.

Por meio de uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo e SESC iniciada em 2010 constatou-se que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto. Muitas dessas mulheres, devido à violência sofrida, podem optar por uma cesárea no segundo parto ou mesmo serem orientadas durante o próprio trabalho de parto a fazerem uma cesárea. As taxas de cesáreas, acima do 50%, indicam uma epidemia de cesáreas desnecessárias, que podem aumentar a taxa de mortalidade infantil e materna.

A OMS define o parto normal como um parto de início espontâneo, de baixo risco durante todo o processo, no qual o bebê nasce de forma espontânea e bebê e mãe ficam bem após o parto. Desta forma o parto não precisaria sofrer tantas intervenções, principalmente se estas forem desnecessárias e puderem atrapalhar o processo de parto normal.

De acordo com Luz (2015) nos países em que o parto hospitalar transformou-se em regra, inclusive no Brasil, as mulheres começaram a procurar alternativas tais como os grupos de gestante, obstetras que estimulem o parto normal, exercícios para preparar o corpo para o trabalho de parto, com o objetivo de conseguir realiza-lo de forma normal e humanizada, seja em casas de parto ou no próprio domicílio. A humanização do parto é entendida como o atendimento respeitoso, não violento, que segue evidências científicas e a evolução do parto da mulher, que escuta as vontades e necessidades da mulher.

O movimento, que tem por objetivo discutir o parto no Brasil e estimular as mulheres a terem um parto humanizado, vem crescendo também na cidade de Uberlândia, na qual foram identificados quatro grupos de gestantes. Estes grupos são importantes por conscientizar as mulheres, em encontros periódicos, para buscarem mais informação sobre como é realizado o parto humanizado na cidade; estabelecem o contato com doulas e parteiras, fazem relatos sobre partos humanizados dentro dos hospitais da cidade. Informações e o conhecimento sobre o processo do parto podem contribuir para que as mulheres se preparem para ter um parto com menos intervenções ou cesáreas desnecessárias.

A temática desta pesquisa tem relevância científica posto que é uma questão candente pois, a análise sobre o parto humanizado e sua importância para o bem-estar da mulher, seja físico ou psicológico, é objeto de vários trabalhos da área da saúde, mas ainda é um tema pouco estudado pelas Ciências Sociais, podendo assim este trabalho ser uma base para estudos futuros. O trabalho também tem relevância social posto que traz novos dados sobre como está ocorrendo o processo de humanização do parto e, consequentemente,

a luta contra a violência obstétrica em Uberlândia. Entender como as gestantes tornam-se sujeitos ativos e questionadores das tradicionais posições hierárquicas dos médicos e como o hospital e os funcionários da saúde estão repensando sua postura no momento do parto é importante para dimensionar o avanço real das políticas públicas para a humanização do atendimento às gestantes e parturientes.

Devido à institucionalização do parto, as gestantes passaram a submeter-se à autoridade médica e a serem vistas como pacientes, sujeitas a uma série de procedimentos compulsórios. Conforme Luz (2015), as gestantes ainda são submetidas a vários procedimentos desnecessários e violentos tais como toques frequentes, ruptura da bolsa, infusão desnecessária de ocitocina artificial (hormônio para acelerar o processo de parto que está transcorrendo bem, diferente do hormônio produzido naturalmente pelo corpo durante o trabalho de parto), agressões verbais e até mesmo físicas.

Os direitos reprodutivos integram o campo da igualdade de gênero, das discussões acerca do direito ao aborto, do acesso à informação, do controle de fecundidade e da liberdade sexual e reprodutiva sem violência. De acordo com Pereira (2011) o conceito de direitos reprodutivos tem início em 1980 como uma estratégia dos movimentos feministas para reivindicar igualdade, justiça social, liberdade e dignidade na função reprodutiva. Os direitos reprodutivos ainda não foram alcançados plenamente, porém as mulheres começaram a refletir sobre sua gravidez e seu parto.

Segundo Nagahama (2005) em 2000 o Ministério da Saúde constituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Portaria 569/2000) com o objetivo de ampliar o direito da mulher ao acesso à saúde e garantir a qualidade do tratamento à mulher, desde o pré-natal até o puerpério. No entanto, a ampliação do acesso não implicou em melhoria da qualidade do atendimento.

Outras formas de violência obstétrica consistem em: recusar atendimento ao parto, impedir a gestante de ter o acompanhante de sua escolha na hora do parto, tratar a mulher de forma agressiva, usar fórceps para a retirada da criança, privar a mulher de comer, de beber ou se movimentar, fazer procedimentos sem permissão ou explicação de sua necessidade, submeter a parturiente a procedimentos para treinar estudantes, dentre outras.

A violência obstétrica não se restringe ao momento do parto. Ela pode ocorrer durante a gestação através da recusa ou negligência de atendimento, humilhações; durante o parto com cesáreas desnecessárias, impedimento da entrada do acompanhante; após o nascimento com o impedimento da mulher de amamentar; ou em situações de abortamento

com a demora no atendimento ou questionamento à mulher quanto à causa do abortamento. A hipótese do trabalho é a de que a preparação da mulher para entender o que é um tratamento humanizado, para conhecer seus direitos durante o pré-natal e o trabalho de parto, para compreender melhor como o seu corpo age e o que esperar neste momento tão importante, mas ao mesmo tempo, natural, enfim a busca por um parto humanizado traz para a mulher uma sensação de empoderamento sobre o seu próprio corpo. A possibilidade de conquista do poder de decisão sobre o corpo no momento do parto, podendo assim repensar a maternidade, a violência a que muitas vezes é submetida, refletir sobre sua condição social de mulher e exercitar o empoderamento sobre o seu próprio corpo.

Este trabalho, que analisa a importância do parto humanizado para o processo de empoderamento da mulher, objetiva entender como ocorre o parto humanizado nesta cidade. Outro objetivo específico do trabalho é avaliar como as mulheres optam pelo parto humanizado e preparam-se para este momento através dos grupos de gestantes. Em seguida analisar, em estudo de caso, como, nos encontros das rodas de gestantes do grupo Flore Ser, estas mulheres dão significado para seus corpos e em que medida o parto humanizado pode transformar o pensamento destas mulheres sobre o próprio corpo. Este trabalho tem também o objetivo de contribuir para a ampliação do processo da humanização do parto através dos dados obtidos na pesquisa e na sua divulgação.

Por fim pretende avaliar se a prática do parto humanizado possibilita a construção de um empoderamento desta mulher, se ela consegue, através do protagonismo no parto, repensar sua condição social de mulher e lutar por mais valorização e equidade de direitos.

O levantamento bibliográfico foi utilizado como um recurso metodológico para conhecer as reflexões teóricas sobre gênero, empoderamento e parto, e para conferir sustentação teórica à discussão do tema, assim como suporte à coleta e à análise dos dados.

Esta pesquisa realizou um estudo de caso ampliado sobre o grupo Flore Ser, de acordo com a perspectiva de Burawoy (2014). Para o autor o estudo de caso ampliado “aplica a ciência reflexiva à etnografia, com o objetivo de extrair o universal do particular, mover-se do ‘micro’ ao ‘macro’, conectar o presente ao passado e antecipar o futuro” (BURAWOY, 2014, p. 42) Por meio do estudo de caso de um grupo de gestantes de Uberlândia pudemos entender como o parto humanizado ocorre na cidade, a influência que os grupos de gestantes têm para a ampliação da humanização no parto e a perspectiva das gestantes ao se prepararem para seu momento de trabalho de parto.

Foram realizadas entrevistas com 13 mulheres, sendo 9 entrevistas com mães que participam do grupo Flore Ser, 2 entrevistas com as fundadoras do grupo e 2 doulas que atenderam as participantes do grupo. A metodologia adotada para a análise das entrevistas semiestruturadas e dos questionários socioeconômicos é a análise do discurso, desenvolvida por Dominique Maingueneu. O autor entende que a análise do discurso remete “à linguagem apenas à medida que esta faz sentido para sujeitos inscritos em estratégias de interlocução, em posições sociais ou em conjunturas históricas” (MAINGUENEU, 1997, p.11) Analisar um discurso implica em pensá-lo como portador de sentido, sendo este mutável porque relacionado às posições sociais e históricas do sujeito que se utiliza do discurso. Por isso as condições socioeconômicas – renda, formação familiar, profissão, escolaridade – são importantes para conhecer o sujeito.

Concernente à estrutura deste estudo, no primeiro capítulo fazemos um resgate do conceito de gênero a partir do seu surgimento nos anos 1950 e passando pelas análises de autoras como Joan Scott e a sua percepção do gênero como uma construção social e diferenciação sexual interpretada socialmente. Por meio das análises de Teresa de Lauretis pudemos avançar ao pensar o gênero, para além da diferença sexual, como uma representação e auto representação, estando esta representação em constante construção. Judith Butler nos traz a percepção do gênero como um aparato discursivo, sempre construído de formas diferentes por sujeitos com características sociais e vivências diferentes. Estas referências teóricas nos auxiliam na compreensão do conceito de gênero, impedindo-nos de ter uma visão binária do gênero, ou entendê-lo como estático ou resumido ao sexo.

A relação entre os gêneros é uma relação de poder que permeia as diversas esferas sociais. Neste sentido é importante também, para pensar o parto humanizado, conhecer as relações de poder presentes no espaço hospitalar, portanto os estudos sobre a disciplina, o controle do corpo e o biopoder desenvolvidos por Michel Foucault são de extrema importância.

Após a discussão sobre gênero e as relações de poder e controle do corpo é necessário aprofundar a discussão sobre algumas origens possíveis para o termo empoderamento, aqui utilizado com a conotação de permitir, conquistar poder, sendo este um processo interno do sujeito. O termo vem sendo utilizado pelos movimentos sociais e pelo movimento feminista como uma arma para a transformação social. Sardenberg (2009)

entende o empoderamento como uma conquista de autonomia e de autodeterminação, sendo esta definição muito importante para a análise dos dados.

O segundo capítulo é voltado para pensar o cenário nacional e local do parto no Brasil. Para isso foi necessário resgatar o processo de institucionalização do parto hospitalar no país e suas consequências para a saúde pública, os estudos de Nagahama (2005) contribuem para tal. A institucionalização do parto é marcada pela passagem do parto caseiro, realizado por parteiras, para um parto realizado no hospital por médicos/as e enfermeiras obstetras. No momento em que o parto domiciliar volta a ser uma realidade é fundamental entender como ele ocorria com a orientação e cuidado das parteiras, detentoras de um saber feminino baseado na vivência.

Foi a partir do desenvolvimento da obstetrícia, enquanto área da medicina, que se fez possível transferir o parto do ambiente domiciliar para o hospital; com isso vieram várias pesquisas para auxiliar no trabalho de parto. Foram estas novas técnicas médicas, utilizadas de forma exagerada e desnecessária, uma das geradoras da alta medicalização do parto, do maior controle médico sobre a parturiente e do aumento dos casos de violência obstétrica. De forma a nos auxiliar a pensar a prática médica no parto, que não necessariamente levou a uma redução nas taxas de mortalidade materna, mas aumentou as taxas de cesarianas, utilizamos-nos das análises de Moraes, Scavone e Tanaka. E, para entender como a saúde pública pensa a mulher e o parto, é fundamental analisar as principais políticas públicas voltadas para a mulher, com enfoque reprodutivo ou não, inclusive as políticas de combate à violência institucional de forma a proporcionar a humanização do parto no sistema público de saúde.

Após entender quais são as orientações para o parto dadas pelas políticas de saúde pública e como o parto se transformou no país no último século o terceiro capítulo investiga a ocorrência do parto na cidade de Uberlândia. A partir das taxas municipais de parto normal e de operações cesarianas, podemos entender como a cidade está em relação ao país e às recomendações da Organização Mundial da Saúde. O movimento de humanização do parto iniciou na cidade em 2010 e desde então surgiram vários grupos de profissionais - obstetras, enfermeiras, doulas - que têm o objetivo de dar o suporte necessário para a gestante ter um parto com respeito e autonomia.

No quarto capítulo, desenvolvemos o estudo de caso do Grupo Flore Ser, focando na roda de gestantes: a história de surgimento do grupo, as organizadoras do grupo, suas

principais atividades e o próprio funcionamento das rodas de gestantes, que são espaços de encontro, abertos para gestantes e acompanhantes, nas quais ocorrem palestras para a preparação para o parto – com temas como a fisiologia do parto, técnicas para diminuição da dor, indicação de profissionais que realizam um trabalho humanizado na cidade - além de ser um espaço de troca de experiências entre as gestantes. Relacionamos, ainda o grupo analisado em estudo de caso com os outros grupos da cidade e a sua importância na trajetória pela humanização do parto na cidade. Trazemos os dados obtidos com a aplicação dos questionários e com a realização das entrevistas com as participantes dos grupos, as organizadoras do mesmo e demais profissionais relacionados à área obstétrica da cidade. Buscamos, assim analisar os dados com base na discussão desenvolvida nos capítulos anteriores e responder aos questionamentos propostos no início da pesquisa. Por fim, apresentamos as considerações finais

CAPÍTULO 1 – ELEMENTOS TEÓRICOS NORTEADORES DA PESQUISA

Para refletir sobre o parto humanizado, à luz da Sociologia, faz-se necessário primeiro entender como conceitos como gênero, desigualdade de gênero e empoderamento foram pensados e repensados ao longo dos anos. Passaremos pelas definições do conceito de gênero de autoras como Joan Scott, Judith Butler e Teresa de Lauretis, entre outras (os). Suas visões críticas sobre as desigualdades entre os gêneros e da construção social da mulher em posição subalterna serão importantes para aprofundar nas relações hierárquicas de controle do corpo que ocorrem no espaço hospitalar entre os/as profissionais da saúde e a mulher em trabalho de parto. Por fim buscaremos algumas das possíveis origens do termo empoderamento, assim como sua aplicação atual pelos movimentos feministas, como uma possibilidade de fortalecimento da posição social e política da mulher.

1.1 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO GÊNERO

O conceito de gênero surgiu nos anos 1950 primeiro no meio médico. Segundo Cyrino (2013) é o psicólogo John Money que, em 1955, define gênero como um atributo psicológico, diferente do sexo ligado ao aspecto biológico humano. É a partir deste estudo que surgiu a ideia de gênero enquanto um atributo individual e psicológico, podendo ser separado entre gênero feminino, gênero masculino e gênero neutro.

Como a autora ressalta, com a classificação médica de gênero feminino e gênero masculino foi posto em questão “como definir o que significa se sentir e se comportar como homem ou como mulher?” (Cyrino, 2013, p 4) O comportamento e o sentimento de ser mulher são fluidos e subjetivos, portanto de difícil definição conceitual. Se pensamos o gênero enquanto construção social é preciso entender que esta construção é situada, heterogênea e dinâmica.

Segundo Scott (1995), autora que rompe com o determinismo biológico de Money, o gênero indica construções sociais e ideias sobre a posição social adequada aos homens e às mulheres; ou seja, a forma como a diferença sexual é interpretada socialmente. A sociedade utiliza-se de sistemas simbólicos para representar e entender o gênero, “para articular as regras de relações sociais ou para construir o sentido da experiência. Sem o sentido não há experiência.” (Scott, 1995, p. 11)

A autora define o gênero como uma forma de significar, normatizar e codificar as relações de poder na sociedade, sendo assim ele implica em quatro elementos inter-relacionados: os símbolos culturais geradores de representações simbólicas; os conceitos normativos que evidenciam as interpretações dos símbolos; as organizações responsáveis por trazer um aspecto de permanência e rigidez à representação binária de gênero; e as identidades subjetivas de gênero.

Segundo Louro (2003), ao estudarmos as relações entre os gêneros não é importante a observação apenas dos sexos, mas do que se construiu relacionado aos sexos. Assim é importante levar em consideração a realidade social em que os/as atores/atrizes estão inseridos (as). Quando pensamos nas construções de gênero como uma análise social e relacional, não buscamos, de maneira alguma, a negação da biologia, mas tentamos focalizar o debate no campo social, pois, “é nele que se constroem e se reproduzem as relações (desiguais) entre os sujeitos” (LOURO, 2003, p. 22)

Segundo Louro (2016) nós investimos muito nos corpos porque os construímos, de acordo com várias imposições culturais, para adequá-los aos critérios estéticos, morais. Podemos entender estes critérios citados como necessários para se definir as técnicas corporais.

As imposições de saúde, vigor, vitalidade, juventude, beleza, força são distintamente significadas, nas mais variadas culturas e são também, nas distintas culturas, diferentemente atribuídas aos corpos de homens ou de mulheres. Através de muitos processos, de cuidados físicos, exercícios, roupas e, conseqüentemente, de diferenciação. Treinamos nossos sentidos para perceber e decodificar essas marcas e aprendemos a classificar os sujeitos pelas formas como ele se apresentam corporalmente, pelos comportamentos e gestos que empregam e pelas várias formas como se expressam. (Louro, 2016, p. 15)

Lauretis (1994) aponta para as limitações de entender-se o conceito de gênero como diferença sexual, como ocorreu nos anos 1960 e 1970, e seus conceitos derivados, como cultura da mulher, escrita feminina, maternidade. A primeira limitação do conceito é colocar as diferenças entre mulheres e homens como diferenças universais, desconsiderando a classe social, etnia, idade, etc., categorias formadoras de um sujeito múltiplo e isto atrapalharia o entendimento das diferenças existentes entre as mulheres. A segunda questão é limitar-se a uma perspectiva patriarcal³ que subsume as diversas

³ De acordo com Tiburi (2018) “O que chamamos de patriarcado também pode ser entendido como o próprio sistema do saber com suas regras, seu controle do conhecimento e da ideia de verdade. No patriarcado, saber e poder unem-se contra os seres heterodenominados como mulheres.” (Tiburi, 2018, p. 71)

configurações históricas que o androcentrismo pode ter. Por isso os escritos feministas desta época focaram na crítica à usual diferenciação sexual na discussão de gênero.

Butler (2016) concorda que se deve questionar as grandes generalizações como a realizada sobre o conceito de patriarcado que, se utilizado como um conceito universal, falha ao responder como a opressão de gênero continua acontecendo atualmente. Da mesma forma como não existe uma cultura feminina, não se pode presumir uma cultura masculina, enquanto termos gerais.

Lauretis afirma ser preciso desconstruir essa imbricação de gênero e diferença (s) sexual (ais) para poder-se pensar o gênero como representação e auto representação, produto de diferentes tecnologias sociais, dentre estas os aparatos biomédicos, os discursos, epistemologias, práticas institucionalizadas e práticas da vida cotidiana. A autora define gênero como uma representação social, sempre em construção, que sofre influência inclusive dos processos de desconstrução do gênero.

Butler (2016) vai além na definição de gênero ao compreender que ele estabelece interseções entre raça, classe, etnia, sexualidade, identidade, ressaltando que o gênero nem sempre se constitui da mesma forma em diferentes contextos sociais e históricos. O sexo poder ser interpretado e ressignificado pelo gênero pois, ao se falar de mulher, pode-se estar falando de um corpo feminino ou masculino; o mesmo ocorre ao se falar de um homem. Pois o sexo não existe sozinho, ele é construído e ressignificado pela sociedade.

Ao analisar as diferentes concepções sobre gênero Butler cita a influência das posições históricas e antropológicas que entendem o gênero como

Uma *relação* entre sujeitos socialmente constituídos, em contextos especificáveis. Este ponto de vista relacional ou contextual sugere que o que a pessoa “é” – e a rigor, o que o gênero “é” – refere-se sempre às relações construídas em que ela é determinada. Como fenômeno inconstante e contextual, o gênero não denota um ser substantivo, mas um ponto relativo de convergência entre conjuntos específicos de relações, cultural e historicamente convergente. (BUTLER, 2016, p. 32)

Esta convergência, por ter uma influência histórica e cultural, transforma de pessoa para pessoa, por isso quando falamos de mulheres existe uma pluralidade de possibilidades do significado de ser mulher. Segundo a autora a ideia de uma identidade feminina única seria uma ficção criada para regular as ações das mulheres e manter as funções sociais tradicionais. A emancipação política, em relação ao próprio corpo, também se torna mais possível de acordo com as mudanças do contexto no qual esta mulher se encontra,

conforme a sua história, sua cultura, suas representações sociais, suas relações e influências.

Butler entende a categoria de mulheres “como uma realização cultural variável, um conjunto de significados que são assumidos ou absorvidos dentro de um campo cultural” (Butler, 2016, p. 194). Desta forma podemos entender o gênero sempre como algo adquirido, apesar de se nascer com um sexo o gênero não é a expressão simples do sexo, ele é a construção cultural variável do sexo. Se o gênero não se limita ao sexo podem existir vários gêneros e várias construções sociais do sexo. Butler (2016) afirma que o sexo é, como definido por Foucault, um ideal regulatório, portanto normativo. O sexo funciona como uma norma assim como produz os corpos que governa.

A autora nega o binarismo homem e mulher, e a separação entre natural e social (neste caso a natureza seria preponderante sobre o social e construiria o gênero) porque este binarismo faz parte de uma matriz heterossexual que se impõe sobre. O gênero não é uma noção estável, portanto deve-se ter uma análise relacional para compreender como ele se apresenta.

Se alguém “é” uma mulher, isso certamente não é tudo o que esse alguém é; o termo não logra ser exaustivo, não porque os traços predefinidos de gênero da “pessoa” transcendam a parafernália específica de seu gênero, mas porque o gênero nem sempre se constituiu de maneira coerente ou consistente nos diferentes contextos históricos, e porque o gênero estabelece interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas. Resulta que se tornou impossível separar a noção de “gênero” das interseções políticas e culturais em que invariavelmente ela é produzida e mantida. (BUTLER, 2016, p.21)

Por ser culturalmente construído o gênero não se resume a sexo, nem é tão fixo quanto o sexo aparentemente é, posto que no contexto das cirurgias de readequação de sexo essa imutabilidade é contestada, portanto o gênero torna-se uma interpretação flexível do sexo. Assim, de acordo com Butler, o sexo não estaria para a natureza como o gênero estaria para a sociedade.

Não se pode dizer que os corpos tenham uma existência significável anterior à marca do seu gênero; e emerge então a questão: em que medida pode o corpo *vir a existir* na (s) marca (s) do gênero e por meio delas? Como conceber novamente o corpo, não mais como um meio ou instrumento passivo à espera da capacidade vivificadora de uma vontade caracteristicamente imaterial? (BUTLER, 2016, p.30)

O risco da ideia de construção do gênero é pensar-se que, por ser construído dentro de uma cultura ele siga a lei ou conjunto de leis desta cultura, tornando-se determinado e

fixo e tendo acultura como seu destino. Sendo assim, o termo construção se localizaria entre o livre-arbítrio e o determinismo. Para Butler o “gênero é uma complexidade cuja totalidade é permanentemente protelada, jamais plenamente exibida em qualquer conjuntura considerada” (2016, p.42). Não tem um ponto central, não é fixo e torna-se uma multiplicidade influenciada pelos diferentes contextos.

De acordo com Scott (1995) a fonte da libertação feminina seria a compreensão do processo de diferenciação entre pessoas de diferentes identidades de sexo/gênero, inclusive no que tange à reprodução da espécie, e às contradições entre a natureza e a ideologia. Segundo Lauretis (1994) o sujeito emergente do feminismo está, ao mesmo tempo, dentro e fora do conceito de gênero por reconhecer as desigualdades e suas origens. Mas para de fato reconstruir o gênero em outros termos é necessário afastar-se do referencial androcêntrico⁴ de sociedade.

Este referencial norteia a presente pesquisa acerca do tratamento da gestante no momento do parto. Durante o trabalho de parto a mulher é entendida como um sujeito frágil, que necessita de orientação e controle. E as relações desiguais entre os gêneros, raça/etnia, classe aparecem neste momento de disputa de poder entre gestante e profissionais da saúde. Com o passar dos anos, e o aumento dos partos hospitalares, o parto foi sendo compreendido pelas (os) profissionais da saúde como algo perigoso para a vida da mulher e da criança. Nesse sentido a fisiologia da mulher deixa de ser vista como capaz de realizar o parto, assim como aconteceu por séculos, e passou-se a considerar a mulher como um ser que não aguenta, ou não precisa aguentar, a dor do parto e que precisa de auxílio para realizar o parto. Ao longo das décadas, em países como o Brasil, as mulheres pararam de conhecer e se preparar para o parto normal e essa necessidade de auxílio se tornou real.

Portanto, não se pode discutir a humanização do tratamento no parto e o respeito às decisões da gestante sem considerar as desigualdades de gênero como uma das razões para

⁴ Androcêntrica é a concepção que visa supervalorizar o pensamento masculino, sendo este orientado por premissas conservadoras, moralistas e machistas. Está intimamente ligada à noção de patriarcado. Entretanto, não se refere apenas ao privilégio dos homens, mas também à forma com a qual as experiências masculinas são consideradas como as experiências de todos os seres humanos e tidas como uma norma universal, tanto para homens quanto para mulheres, sem dar o reconhecimento completo e igualitário à sabedoria e experiência feminina. (VASCONCELOS, Rafael. *Androcentrismo, o que é?* 2013. Disponível em: <http://sobreamulheresucsal.blogspot.com/2013/11/androcentrismo-o-que-e.html> Acesso em 14/05/2018)

o desrespeito e a violência obstétrica. A gestante não é genérica e simplesmente uma mulher, mas uma mulher com identidade de gênero, de classe, de raça/etnia; uma trajetória de vida que é permeada por desigualdade e hierarquia. Hierarquia essa bastante presente durante a gestação, momento no qual o corpo da mulher se torna um alvo de um poder médico através de um monitoramento da saúde da grávida e da criança, por meio de consultas periódicas, exames, restrições alimentares, entre outras. Esse controle não é padronizado cientificamente, ele pode mudar de profissional para profissional, ou de país para país.

1.2 FOUCAULT E O CONTROLE SOBRE O CORPO

As análises sobre o corpo surgem nas Ciências Sociais no século XX ligando este corpo moderno ao indivíduo, ao seu inconsciente, e inserindo-o nas formas sociais da cultura, inclusive enquanto corpo sexuado. Desta forma constitui-se a tensão entre o corpo e o controle social sobre o corpo, controle este criado e exercido culturalmente, que não ocorre da mesma maneira sobre todos os corpos; ele muda de acordo com o gênero do indivíduo em questão.

Para Foucault (2016) o domínio e a consciência sobre o corpo foram possíveis por causa de múltiplas formas de investimento do poder sobre o corpo, tais como os exercícios, a exaltação do corpo belo, a nudez trazendo a consciência sobre este corpo e suas necessidades.

A disciplina - transmitida pelo hospital, pela escola e outras instituições - é uma técnica de poder que funciona como rede ao atravessar as instituições e o aparelho de Estado. Esta técnica atua sobre os corpos de mulheres e homens, utilizando a punição e a vigilância como mecanismos de adestrar e docilizar o sujeito. Faz-se necessário que o sujeito, ao ser controlado, torne-se mais dócil e, portanto, mais útil para a sociedade. A disciplina é, ao mesmo tempo, massificadora e individualizante pois, o indivíduo deve seguir as mesmas obrigações que os outros, mas possui seu próprio espaço categorizado. O poder disciplinar se exerce tornando-se invisível enquanto submete o indivíduo a uma visibilidade obrigatória (vigilância).

Ao pensar as formas modernas de regulação social Foucault entende que vivemos em uma sociedade de vigilância e controle, controle este exercido por meio de um

biopoder. O biopoder é uma nova forma de poder, não mais focada como força negativa baseada na proibição, ela agora é uma força positiva preocupada com a administração e o cultivo da vida.

O biopoder não suprimiu o poder disciplinar, ele o integrou como uma técnica disciplinar. Enquanto a disciplina se dirige ao ‘homem-corpo’ o biopoder se dirige ao ‘homem-espécie’. Passa-se assim do controle individual para o controle das massas.

Este poder não está centrado em uma única instituição, mas está diluído em todos os setores da sociedade por meio das relações sociais. É pela análise do poder nas relações periféricas que se consegue uma análise profunda de como o poder torna-se onipresente nas estruturas sociais. Neste sentido é importante estudar como a instituição hospitalar reproduz essas relações e técnicas de controle.

No ambiente hospitalar a gestante se encontra em uma posição desigual de poder em relação aos médicos (as) e profissionais da enfermagem. O poder disciplinar atua com toda força ao definir quantos acompanhantes a parturiente pode ter, em qual posição ela pode ficar no quarto (se deitada, sentada ou, como em alguns casos, proibindo a gestante de andar), sendo a (o) médica (o) a autoridade máxima sobre quais interferências acontecerão ou não no trabalho de parto. O poder de decisão da mulher sobre o próprio corpo é transferido, nem sempre voluntariamente, para os profissionais supostamente detentores de maior saber teórico sobre o parto.

O parto é uma possível etapa da vida sexual da mulher e, por isso, pode ou não estar vinculado ao prazer, mas vivemos há décadas a negação dessa relação entre parto, sexualidade e maternidade. A maternidade acaba reduzida a um acontecimento reprodutivo e o parto a ser um domínio médico.

O arsenal tecnológico da obstetrícia moderna, voltado para o controle de riscos (sempre superestimados); a assepsia hospitalar; as atitudes mecanicistas dos profissionais; os procedimentos impessoais da rotina hospitalar, que dificultam ou impedem a privacidade e a intimidade deserotizam totalmente o trabalho de parto, funcionando como mecanismos de defesa contra os temores e as ansiedades diante dos conteúdos ligados ao erotismo do momento. (BIO, 2015, p. 55)

A principal questão é se a técnica médica integra o conhecimento da sabedoria feminina, um conhecimento baseado na vivência e no respeito à fisiologia do feminino. A boa assistência especializada pode salvar vidas e prevenir problemas graves de saúde, mas o uso desnecessário de intervenções pode desumanizar a assistência e tornar a experiência

do parto, em últimos casos, em um ato de violência. Para o aumento do respeito aos conhecimentos da mulher e uma tomada de decisões que leve em consideração a opinião e escolhas da mulher é necessário repensar a posição de desigualdade dessa mulher na sociedade. O conceito de empoderamento vem sendo utilizado com o objetivo de repensar as desigualdades entre os gêneros, de forma a estimular as mulheres a analisarem suas condições e buscarem, coletivamente, as transformações sociais e políticas destas condições.

1.3 EMPODERAMENTO – QUESTÕES CONCEITUAIS E POLÍTICAS

A palavra empoderamento é uma palavra criada recentemente, cujo uso se tornou comum no Brasil nos últimos anos associada a movimentos sociais, tais como os movimentos feministas e os movimentos negros. Sua origem remete à palavra inglesa *empowerment* que tem a conotação de autorizar, permitir, dar poder a dar autoridade oficial. Mas estas definições não expressam o aspecto de conquista, avanço, do sujeito ativo no decurso de se empoderar; o empoderamento seria mais do que a simples transferência ou doação de poder. Para a Filosofia e a Educação o empoderamento é um processo interno de conquista do sujeito.

De acordo com as análises de Leila Valouro (2016) a palavra foi desenvolvida conceitualmente, seguindo este sentido de conquista de poder, no país por Paulo Freire que, junto com outros conceitos como ‘Educação Bancária’, ‘Conscientização’ e ‘Cultura do Silêncio’, utilizou a expressão empoderamento para pensar a instituição que realiza por si mesmo as mudanças necessárias para se fortalecer e evoluir. Freire utiliza o termo para representar a conquista de liberdade do oprimido, a libertação da dependência econômica, ou física, ou de outra natureza. Para se libertar de fato o sujeito precisa rejeitar a imagem do opressor e preencher seu lugar com autonomia e responsabilidade. Esta autonomia é uma construção do sujeito e não uma dádiva proporcionada pelo opressor.

Mesmo percebendo a importância da ação individual Freire vai além ao pensar o empoderamento como uma libertação de uma classe social oprimida. Para Baquero (2012) Freire pensa o empoderamento como um processo de ação coletiva, realizado na interação entre indivíduos na qual existe um desequilíbrio de poder. O empoderamento baseia-se em um processo de conscientização, da passagem do pensamento ingênuo para a consciência

crítica que se dá na relação dialética entre homem e mundo. O autor pensa a conscientização como a tomada de posse do real.

Para Rute Baquero (2012) o termo empoderamento vem sendo utilizado por áreas como a Educação, Ciência Política, Sociologia, Psicologia, com diversos sentidos, mas é perceptível a importância de duas dimensões do termo: a educativa e a política. A utilização recente do termo está ligada aos movimentos emancipatórios - negro, feminista, dos homossexuais - no entanto a tradição da palavra *Empowerment* remete à Reforma Protestante, iniciada no século XVI, que possibilitou o empoderamento das pessoas através da tradução da Bíblia para o idioma local. Por meio da tradução a Bíblia torna-se acessível a todas as pessoas e cada um tem a oportunidade de ser protagonista de sua própria religiosidade, construída agora em uma relação mais próxima entre o fiel e a Igreja.

(...)empowerment é um conceito que tem raízes na Reforma Protestante. Contemporaneamente, se expressa nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da "ação social", presentes nas sociedades dos países desenvolvidos, na segunda metade do século XX. Nos anos 70, esse conceito é influenciado pelos movimentos de autoajuda, e, nos 80, pela psicologia comunitária. Na década de 1990, recebe o influxo de movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social, entre as quais a prática médica, a educação em saúde, a política, a justiça, a ação comunitária. (BAQUERO, 2012, p 175)

Outra área do conhecimento a desenvolver empoderamento como um conceito foi a Administração. Segundo Mills (1996) o empoderamento, ou delegação de autoridade, é uma abordagem a projetos, baseada na delegação de poderes de decisão, autonomia e participação dos funcionários na administração da empresa. Esta técnica de gestão parte da ideia de descentralização do poder e autonomia na tomada de decisões. Com esta técnica é possível melhorar a produtividade e a qualidade do trabalho, aumentando a confiança e colaboração entre liderados e líderes.

Além destas utilizações ainda é possível encontrar o termo empoderamento no Budismo enquanto uma tradução da palavra *wangkur* que significa o ritual que introduz a pessoa à mandala de um determinado Buda, autorizando a prática das liturgias tântricas correspondentes.

Por meio desta análise breve sobre a origem do termo empoderamento percebe-se quantas áreas diferentes utilizam-na e dão novos sentidos à mesma palavra. Sendo utilizado na religião ou nas análises sociais, entendido como um processo de doação ou conquista de poder, sendo focado na ação individual ou coletiva algumas características são

constantes, como a autonomia e a tomada de decisões de um sujeito anteriormente oprimido ou subjugado. A partir desta discussão conceitual, retomamos a perspectiva norteadora deste trabalho que é o empoderamento compreendido dentro das análises de gênero e como um conceito utilizado pelos movimentos feministas.

O empoderamento feminino surge com os movimentos de direitos civis nos Estados Unidos na década de 1970, mas se popularizou a partir dos anos 1980. Atualmente ele é considerado um conceito importante por buscar garantir às mulheres a possibilidade de repensar sua condição desigual e buscar mais igualdade e respeito. Melo (2014) apresenta em seu texto algumas das principais definições de empoderamento, começando pelo feminismo que entende como:

uma importante ferramenta de transformação social que proporciona um fortalecimento das posições social, política e cultural das mulheres mediante a redistribuição do poder dentro das relações sociais e intersubjetivas. Magdalena León (2000) afirma que para o movimento feminista, o empoderamento feminino implica, necessariamente, transformações na ordem social visando a diminuição das desigualdades de gênero. Para Venegas (2005), o processo de empoderamento é um caminho subjetivo, pessoal, onde cada mulher deve empoderar-se a si mesma, mas que para isso é preciso que haja meios que tornem visíveis e conscientes as desigualdades de gênero. (MELO, 2014, p.1337)

Através destas diferentes definições podemos perceber como o conceito pode ser utilizado de maneiras diversas. Enquanto Magdalena León pensa o empoderamento como uma arma de luta por transformação social utilizado por um movimento social e político Venegas coloca o foco no indivíduo como se transformador da ordem social. Outra autora a definir empoderamento feminino é Mageste (2008), que o entende

(...) como ideia de as mulheres poderem decidir sobre sua própria vida nos espaços públicos e privados, bem como exercer poder nos espaços em que são tomadas decisões acerca das políticas públicas e de outros acontecimentos relativos aos rumos da sociedade e que interferem direta ou indiretamente sobre os seus interesses. Existem duas perspectivas para se considerar o empoderamento (ROMANO, 2002). A primeira é a abordagem de empoderamento, que coloca as pessoas e o poder no centro dos processos de desenvolvimento, ou seja, parte-se da premissa de que a ação social leva à transformação. E a segunda é o processo pelo qual as pessoas, as organizações e as comunidades percebem sua competência para produzir, criar e gerir e assumem o controle sobre seus próprios assuntos, sobre sua própria vida, agindo em prol de uma mudança nas relações de poder existentes. (MAGESTE, 2008, p. 2)

Se considerarmos a mulher apenas como um indivíduo capaz de, através de uma ação individual, transformar sua realidade e ampliar sua liberdade na sociedade. Podemos

resvalar para um voluntarismo, como se apenas dependesse da vontade da mulher de se libertar das opressões e violências de gênero. E nesta disputa por maior liberdade na sociedade o movimento social faz-se necessário porque as transformações sociais são graduais e ocorrem quando uma parcela da sociedade reivindica a mudança.

O processo de empoderamento implica em desenvolver capacidades para superar as desigualdades e privações, além de construir novas opções, exercer a capacidade de escolha e implementá-las. Conclui-se assim que as mulheres, ao se empoderarem, questionam as relações patriarcais e exercem o controle sobre o próprio corpo, sua sexualidade, o direito de ir e vir, e repudiam as decisões unilaterais masculinas assim como a violência sofrida (seja física, moral, psicológica).

De acordo com Sardenberg (2009) o empoderamento de mulheres consiste na conquista da autonomia e da autodeterminação. É, ao mesmo tempo, um instrumento/meio e um fim em si mesmo. Por meio do empoderamento as mulheres libertam-se das amarras opressoras do gênero e questionam seus lugares sociais, a ideologia e as relações de poder com o objetivo de acabar com o patriarcado.

Porém, este conceito não tem o objetivo de transformação social no nível de redução da pobreza, fim da sociedade capitalista, fim das guerras. Mesmo as feministas sendo a favor da maior parte destas pautas o empoderamento é mais utilizado com o objetivo final de acabar com o sistema patriarcal e as desigualdades de gênero. O conceito de empoderamento é polissêmico e resultante de diferentes visões sociais, por isso é difícil definir apenas um objetivo final para sua utilização

A autora ressalta a visão errônea do empoderamento como um processo totalmente individual. Para se efetivar a crítica e desconstrução das desigualdades é necessário se unir as ações individuais com as ações coletivas. Ao se compreender os processos históricos que geram as desigualdades de poder torna-se necessária uma ação coletiva, solidária, para transformar estas estruturas sociais. Esta transformação das estruturas de subordinação ocorreria através de mudanças radicais na legislação, no direito de propriedade e outras instituições que reforçam a dominação masculina. O poder adquirido pela mulher pode ser entendido também como “o controle sobre recursos materiais, intelectuais e ideologia.” (Sardenberg, 2009, p. 5)

Para que o empoderamento ocorra: a pessoa precisa ser “desempoderada” para se empoderar, ninguém empodera o outro porque é um processo auto reflexivo; o

empoderamento tem relação com a construção da autonomia e capacidade de tomar decisões, empoderamento é um processo, em relação ao outro, e não um produto (não existe um estágio de empoderamento absoluto).

Neste trabalho entendemos o empoderamento como um processo importante na luta pela redução das desigualdades de gênero, mas o conceito vem sendo utilizado na mídia, em campanhas publicitárias, na internet em geral de forma esvaziada em relação ao seu aspecto de luta por transformação social. Na atualidade vemos a utilização deste conceito como algo ligado ao consumo e à capacidade “feminina” de lidar com jornadas duplas, triplas, ou quádruplas de trabalho.

Conforme Lara (2016) a ideia de *girl power*, vendida nas redes sociais, propagandas, na literatura, considera a mulher como um ser forte de acordo com as dificuldades que ela superou para alcançar uma posição alta no emprego, de acordo com quais produtos de beleza ela utiliza, com a forma pela qual ela consegue cuidar da casa, dos filhos, do marido, do trabalho e ainda de si mesma.

Esta ideia de mulher poderosa reduz as condições desiguais entre mulheres e homens, até entre as próprias mulheres de classe e etnia diferentes, à compreensão meritocrática em que as mulheres que se dedicaram mais conseguiram alcançar seus objetivos e aquelas que não alcançaram o sucesso não se esforçaram o suficiente. Os cuidados com a beleza deixam de ser uma expressão de amor próprio, autoconstrução de uma imagem, para se adequar a um padrão de beleza socialmente imposto.

Junto com esta ideia de subordinação vem a necessidade de controle, da mente e do corpo, desta mulher, como na análise sobre controle por meio do biopoder, apresentada anteriormente. Na sociedade contemporânea a mulher, principalmente a de classe média e alta, não está mais restrita ao âmbito da casa e da família, então a forma de controle social desta mulher deve mudar. Como nos mostra Lara (2016) este controle adquire uma característica de pretensa liberdade de escolha para a mulher, que passa pelo consumismo capitalista, pela maior administração produtiva da vida e pelo acúmulo de funções. A liberdade não se torna ilimitada, pois as possibilidades de escolha são pré-determinadas e influenciadas pela ciência, a mídia, entre outras.

Para Griffin (1991) é a percepção da mulher enquanto uma construção social que permite questionar o caráter aparentemente absoluto e natural da opressão masculina. Na medida que o conceito de gênero surgiu como um elemento importante para pensar como

são construídas as representações sociais dos sexos, um avanço importante que o conceito trouxe foi o de pensar que se as representações são formadas na sociedade então são passíveis de transformações.

É através do questionamento sobre a atual construção da mulher que podemos compreender os aspectos da opressão social sobre a mulher e começar o processo de sua retomada do poder sobre si mesma de forma a destruir as desigualdades e opressões. Afinal é por meio do conhecimento das desigualdades entre os gêneros que a crítica social se faz possível, bem como as mudanças no sentido de maior espaço de voz, redução das desigualdades e fim da violência de gênero.

O feminismo é fundamental nesta luta por ser o movimento que iniciou o processo de compreender a construção social do gênero e questionar essa construção como geradora de hierarquias, violências, preconceitos. O feminismo abre espaço para as mulheres relatarem a si mesmas e tentarem acabar com os padrões sociais que atingem todas as mulheres. Em uma sociedade sem desigualdade e opressão de gênero a mulher não precisaria necessariamente negar ou aceitar a maternidade para garantir sua liberdade, ela poderia escolher e, assim, exercer sua autonomia. A autora Eliane Bio (2015) aponta para a capacidade da fisiologia feminina de criar e gestar a vida, seja gerando um bebê, seja gestando a si mesma.

Com o conceito de empoderamento emergem novas representações sociais da mulher na sociedade. Uma das representações é que a mulher pode conquistar poder sobre si mesma e, com isso, diminuir as desigualdades e opressões. Nesta perspectiva a mulher é um agente importante na luta contra o machismo/sexismo e na construção de uma sociedade mais igualitária. Uma mulher empoderada busca respeito, autonomia e controle sobre seu próprio corpo e sua vida. Com a institucionalização e medicalização do parto o avanço médico teve como consequência a perda da autonomia da mulher, assim como a redução do controle sobre seu corpo no espaço hospitalar, nesse momento tão específico e marcante na sua vida. A mulher foi perdendo seu protagonismo para, cada vez mais, tornar-se uma paciente a ser monitorada, sofrendo intervenções sem a sua autorização ou o seu conhecimento.

CAPÍTULO 2 – TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO PARTO NO BRASIL: DA VIOLÊNCIA À HUMANIZAÇÃO

Para analisar como o parto ocorre atualmente é preciso compreender como ocorreu a mudança do parto domiciliar, praticado a princípio por parteiras, para o parto hospitalar, institucionalizado, realizado por enfermeiras (os) e obstetras. O desenvolvimento da obstetrícia possibilitou o surgimento de procedimentos importantes para salvar a vida da parturiente e da criança em situações de risco, no entanto, quando esses procedimentos são utilizados de forma rotineira e desnecessariamente eles podem tornar-se uma violência obstétrica. Para reduzir os casos de violência surgem políticas públicas, criadas pelo Governo Federal e por governos de estados, para garantir a atenção à saúde da mulher de forma respeitosa e humanizada.

De acordo com Nagahama (1995) o parto foi institucionalizado no país de forma progressiva após a Segunda Guerra Mundial e, apesar da hospitalização ter sido responsável pela queda de mortalidade materna e neonatal ela também foi utilizada de forma simbólica para retirar a individualidade e decisão femininas, que ficariam submetidas ao obstetra.

Para Scavone (2004) momentos como a gravidez, o parto e a amamentação são momentos do cruzamento entre o cultural e o natural, pois “o envolvimento com a gravidez, o tipo de parto, a importância dada à amamentação são marcados pela sociedade na qual estão contextualizados”. (SCAVONE, 2004, p.149) A autora entende que a ponte entre as mulheres e a saúde é socialmente construída, inclusive com base na relação desigual entre os sexos, pois, sendo o parto medicalizado, ele pressupõe uma maior responsabilidade da equipe médica sobre as intervenções no corpo da mulher e também pela preservação da saúde da criança.

De acordo com Pereira (2011) no Brasil as políticas de saúde pública para mulheres têm início no século XX com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e garantir a segurança no parto através da estrutura hospitalar. De fato, como nos mostra Tanaka (1995), as taxas de mortalidade materna foram reduzidas, principalmente por meio do acompanhamento da gestação no Pré-Natal. Desta forma o corpo feminino tornou-se objeto da medicina moderna e, desta forma, ficou submetido ao controle dos médicos. O preço do desenvolvimento de tecnologias para o parto e da hospitalização foi a desumanização do

parto. A mulher deixa de ser sujeito do seu parto e passa a ser vista como um objeto dentro do processo do parto.

Fazendo um contraponto a essa visão da mulher como um objeto o parto humanizado pressupõe uma relação com o corpo baseada em conceitos como autonomia e individualidade. E é através do parto humanizado, e do retorno da figura da parteira, que países como a Alemanha e Holanda conseguiram reduzir a mortalidade materna e perinatal. A presença atual das doulas e parteiras no trabalho de parto, e na preparação para o parto, remete a um tempo no qual o partejar era orientado por um saber feminino, antes do surgimento da medicina moderna.

As parteiras, segundo Pereira (2011) não possuíam diplomas, muitas sequer eram alfabetizadas, nem seguiam as regras de higiene hospitalar mas baseavam suas técnicas na tradição, no aprendizado prático e no relato oral de outras parteiras. Muitas, por nem sempre cobrarem pelos partos, e não terem muitos recursos, não utilizavam as invenções modernas como o fórceps. Desta forma elas tornaram-se as guardiãs da tradição, do saber popular em oposição ao saber médico científico.

Ao longo da História a mulher sempre teve o papel principal na assistência ao parto, através da troca de experiências “o conhecimento do processo de nascer se construía oralmente.” (PEREIRA, 2011 p.7)

2.1 HISTÓRIAS E VIVÊNCIAS DAS PARTEIRAS NO BRASIL

Ao entrevistar antigas parteiras do norte de Minas, que exerceram a profissão na década de 50/60, Costa (2015) traz-nos importantes relatos sobre como era o partejar. Foi a partir dos anos 1950 que o partejar passou do domicílio para o hospital através dos cursos de enfermagem obstétrica. Entre os anos 1930 e 1950 surgiram cursos de enfermagem vinculados aos hospitais e voltados para o atendimento nos mesmos. Esta transição foi relativamente bem aceita e de acordo com a enfermeira entrevistada, atuante em hospital, o parto muitas vezes era acompanhado e realizado pelas próprias enfermeiras, enquanto os médicos faziam plantões em suas casas. Sendo assim, mesmo com a institucionalização hospitalar do parto ele ainda continuou sendo realizado por mulheres.

A visão das enfermeiras é relativamente diferente da das parteiras tradicionais, por terem recebido uma formação acadêmica elas absorveram o discurso do parto domiciliar

ser perigoso, das parteiras serem leigas e incompetentes para resolverem problemas nos partos, e acerca do hospital como a instituição fundamental para resolver problemas decorrentes do parto. Segundo Costa (2015) algumas parteiras aprenderam seus ofícios por necessidade e depois fizeram cursos ministrados por enfermeiras ou médicos.

Em relação ao *como faziam* o parto muitas relatam as dificuldades devido às distâncias e ao tempo em que ficavam nas residências. Isso fez com que algumas mantivessem quartos em suas próprias residências para receber as grávidas. É perceptível a mudança na forma de conduzir o parto; antes não havia uma grande preocupação com os detalhes técnicos do parto pois se preocupavam com o contexto do parto como um todo. Com a medicalização a maneira como as mulheres partejavam foi alterada e condutas e procedimentos médicos antes não realizados têm sido acrescentados.

Com os relatos das parteiras tradicionais conseguimos diversas informações de como era a realidade dos seus trabalhos. Muitas vezes elas nem ao menos recebiam pagamento pelos partos, devido à pobreza da região; andavam longas distâncias para auxiliarem nos partos; e chegaram a utilizar algumas técnicas médicas como a injeção e a episiotomia⁵ (esta última não era realizada por todas devido à preferência de deixar acontecer naturalmente e tratar com banhos de assento). Neste aspecto percebe-se a importância dada ao esperar, ter paciência, para o parto acontecer de forma natural e com menos intervenções.

O atendimento não acontecia somente durante o parto, havia um acompanhamento prévio e posterior (nos primeiros dias de vida do bebê) que criava um laço de solidariedade entre a gestante e a parteira, além da integração com toda a família. A parteira ajudava em tudo o que pudesse, propiciando à mulher, aos seus demais filhos e à casa da família o suporte necessário. O contexto social da parturiente era considerado importante.

Muitas entrevistadas relatam que ser parteira é uma vocação que deve ser seguida com amor, dedicação, paciência, para além da vontade de ganhar muito dinheiro.

⁵ Episiotomia é um corte na vulva e na vagina feito com uma tesoura ou bisturi, comumente chamado de ‘pique’. É um procedimento cirúrgico realizado rotineiramente, no Brasil, no parto vaginal. A Organização Mundial da saúde e o Ministério da Saúde contraindicam o uso rotineiro da episiotomia pois ele pode prejudicar a musculatura do períneo, causar maior perda de sangue, gerar mais dor durante o parto, dentre outros problemas. Estudos mostram que o parto sem episiotomia protege melhor os genitais femininos e são, na maioria dos casos, desnecessários porque as lacerações espontâneas são mais fáceis de cicatrizar. Em alguns casos estas lacerações sequer acontecem. (BRASIL. *Parto do Princípio*. 2014, p.2)

Parece ser este um ponto nevrálgico nas questões relativas ao fazer em Enfermagem, essa associação de vocação com fazer feminino ligado às práticas, digamos, mais domésticas, majoritariamente desenvolvidas por mulheres. (...) A medicina é reconhecida pela qualificação profissional valorizada em detrimento das qualidades femininas do cuidar - muito ligadas à vocação e desvalorizadas socialmente. No caso específico da obstetrícia, essa qualificação profissional traduzida pelo conhecimento científico, valorizado e reconhecido socialmente justifica a presença do médico na cena do parto, enquanto o não médico só é aceito se do sexo feminino. Esta visão mantém a enfermeira, Enfermagem e parteiras subjugadas às estratégias de poder engendradas na instituição... (COSTA, 2015, p. 269)

O parto era lugar de mulher, portanto apenas se aceitava o (a) médico (a) presente caso fosse necessário. A prática das parteiras é um fazer historicamente feminino, ligado ao cuidado, e por isso foi um saber desvalorizado e um trabalho pouco remunerado. “Poderíamos afirmar que, enquanto o parto realizado pelas parteiras era comprometido com as mulheres, o parto medicalizado, realizado no hospital, privilegia a técnica e a racionalidade científica” (COSTA, 2015, p. 274).

Em outra pesquisa da mesma temática Dias (2007) faz uma análise de história oral com parteiras da comunidade rural na Paraíba. Estas mulheres tornaram-se parteiras devido à solidariedade com outras mulheres que não tinham acesso ao hospital; algumas relataram ter se tornado parteiras para auxiliar as próprias filhas. Em seus relatos elas afirmam ser pouco intervencionistas, focando a atividade em ficar quieta acompanhando o parto - rezando, fazendo chás, massageando a parturiente, estimulando-a a se mover e se posicionar conforme sua preferência.

Para as parteiras as mulheres eram capazes de seguir seus corpos e parir, sendo a parteira um apoio para o trabalho de parto desenvolver-se mais rápido, reduzir a dor e o desconforto, trazer mais confiança para a parturiente e auxiliar nas tarefas de casa e com os filhos durante o resguardo. Com a presença da parteira a mulher sente-se mais segura para escolher as posições para o parto, deixando o trabalho de parto mais natural, harmônico e tranquilo.

Sendo assim as parteiras veem o seu trabalho como uma tarefa de cuidado, aliado ao companheirismo, ao cuidado sensível empregando uma tecnologia simples e adequada, indo contra a lógica da medicalização e intervenção hospitalar.

As ações de cuidado desenvolvidas pelas parteiras tradicionais contrapõem-se ao modelo que privilegia a doença, centrado na medicalização e na intervenção que penaliza

as mulheres com o uso de tecnologias não adequadas ao processo de cuidado ferindo o seu direito de escolha garantido pela política de humanização desenvolvida pelo Ministério da Saúde. (DIAS, 2007, p.487)

Nos textos das duas autoras acima referidas, através dos relatos, percebemos como o parto domiciliar era baseado em solidariedade, com muita paciência e acolhimento à parturiente. Por meio das técnicas tradicionais, e também devido à duração do trabalho de parto, laços afetivos eram construídos entre a parteira, a parturiente e a própria família. As parteiras exercem um ‘cuidar de’, priorizando a mulher enquanto um sujeito e considerando o contexto concreto.

Com o surgimento dos Hospitais Maternidades têm-se cada vez mais o uso de tecnologias no parto (cirurgias, anestésias, interferências como episiotomia). O corpo feminino torna-se o corpo paciente à medida que os saberes médicos se especializam e a gravidez, parto e puerpério passam a serem controlados por estes saberes.

No parto institucionalizado esta característica do acompanhamento pós-parto e o afeto antes, durante e após o parto vai aos poucos se perdendo. No início as parteiras continuam as mesmas, mudando apenas o local onde o parto era realizado. Mas, conforme a figura da parteira dentro do hospital vai sendo substituída pelo médico e pela enfermeira obstétrica, estas características vão se perdendo.

No hospital há o controle exercido pela rotina, pelas normas assépticas, pela prescrição médica, que cria uma disciplina para cada fase do trabalho de parto. Para alcançarmos uma humanização do parto é necessário também questionarmos as estruturas de poder mantidas nas instituições de saúde.

No entanto, a figura da parteira resistiu às transformações na medicina através do atendimento às parturientes que, devido à distância ou à falta de recursos, não tiveram acesso aos hospitais. Atualmente, com a busca pela humanização do parto, ela está se tornando fundamental novamente para o processo do parto.

Entretanto a invisibilidade do trabalho das parteiras tradicionais e a falta de regulamentação da sua profissão limitam a sua atuação, pois o seu isolamento e a consequente falta de treinamento formal contribuem para que se questione a adequação dos cuidados que elas dão às mulheres, além de corroborar com a ideia de inferioridade de seu atendimento. (PEREIRA, 2011, p. 08)

Ao analisar as falas das parteiras percebemos a importância de resgatar o cuidado e a sensibilidade durante o processo do parto. É necessário aproximar o saber popular do saber científico, aliado a um ensino médico voltado para o respeito, garantindo o cuidado e a liberdade da parturiente em fazer escolhas sobre como parir, sobre as intervenções que podem ser feitas no seu corpo e a melhor forma de ter seu filho. A mulher deve ser entendida como o centro do processo do nascimento para que se desenvolvam novos sentidos e significados nas relações cada vez mais humanizadas.

2.2 DESENVOLVIMENTO DA OBSTETRÍCIA E DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

De acordo com Priori (2001), a obstetrícia no Brasil começa a ser uma área de interesse dos médicos no período colonial. No entanto, nesse período, o conhecimento médico se reduzia apenas à reprodução. Os documentos científicos buscavam compreender o funcionamento do útero, principalmente no que diz respeito à reprodução, na época chamado de *madre*. O útero era entendido como um receptáculo, uma terra fértil a ser fecundada pelo macho. Para muitos médicos a mulher tinha sido criada exclusivamente para servir à reprodução.

Na tentativa de isolar os fins aos quais a natureza feminina deveria obedecer, os médicos reforçavam tão-somente a ideia de que o estatuto biológico da mulher (parir e procriar) estaria ligado a um outro, moral e metafísico: ser mãe, frágil e submissa, ter bons sentimentos, etc. Convém notar que a valorização da *madre*, como órgão reprodutor levava a uma valorização da sexualidade feminina, mas não no sentido de sua realização e sim no de sua disciplina. Pensava-se que, ao contrariar sua função reprodutiva, a *madre* lançava a mulher numa cadeia de enfermidades, que iam da melancolia e da loucura até a ninfomania. (...) A medicalização da mulher era também a sua demonização. (PRIORI, 2001, p.83)

A partir do início do século XVIII alguns médicos lusitanos começaram a seguir as concepções de que a mulher possuía um ovo (óvulo) que saía dos testículos femininos (ovário) e já possuiria em si os primeiros delineamentos do feto, deixando para trás a ideia de fecundidade apenas masculina.

Ao longo do surgimento da enfermagem obstétrica a relação entre parteiras e enfermeiras era conflituosa. Segundo Osava (1997) as enfermeiras eram vistas como subalternas aos médicos e as parteiras eram vistas como inferiores por serem consideradas

supersticiosas, pouco higiênicas e ignorantes. A enfermeira personificava a disciplina, a racionalidade, a parteira tradicional personificava “a independência, a relação fraternal com as mulheres, a inacessibilidade e um certo desprezo pelo que vem da urbe- no plano concreto, este desprezo pode ser representado pela resistência às inovações tecnológicas no campo da obstetrícia.” (OSAVA, 1997, p. 5)

No Brasil tem início em 1832 o ensino formal da profissão de parteira. A fiscalização do exercício de partejar, no entanto, era bastante permissiva. Em 1931 o título de parteira transforma-se em ‘enfermeira obstétrica’.

Com o envolvimento dos médicos no parto e com o desenvolvimento dos hospitais como a referência médica iniciou-se um processo de desqualificação da figura da parteira. A obstetrícia surge na Europa durante os séculos XVII e XVIII, desenvolvendo-se nos hospitais de caridade; somente com o interesse investigativo dos médicos é que o parto se torna importante para a medicina.

A mulher grávida e a parturiente tornaram-se foco da medicina desde o final do século XVIII, mas foi ao longo do século XIX que surgiu a especialidade médica. Os médicos, através da curiosidade científica, começaram a entrar em um campo antes dominado apenas por mulheres; é neste momento que a gravidez e a obstetrícia ganham importância.

Por meio do discurso pela redução da mortalidade infantil, em prol da família e da valorização da mãe, os médicos conseguiram tornar-se confiáveis e se aproximaram do ambiente, antes feminino, da gestação, parto e puerpério.

Mesmo enfrentando resistências consideráveis, a ciência dos partos foi uma das primeiras especialidades médicas a se constituir, sendo definida como o conjunto de conhecimentos relativos à reprodução da espécie. Com essa definição os obstetras circunscreveram o tema da reprodução aos fenômenos da gestação e da parturição, já que pouco ou quase nada se sabia da concepção. Como esses fenômenos ocorriam no corpo feminino, foi para ele que se direcionaram as atenções e os olhares. Toda a grande produção do conhecimento obstétrico divulgado em livros e artigos médicos que ocorreu no século XIX teve como objeto o corpo feminino, que foi minuciosamente inquirido, observado e representado. (MARTINS, 2005, p. 655)

A formação do obstetra foi possível devido a essa proximidade com as mulheres, mas seu desenvolvimento também foi beneficiado pela transformação do *status* do médico e da reorganização do conhecimento científico aliada à reestruturação dos cursos de

medicina. O conhecimento médico agora era baseado em dados empíricos, não mais em explicações especulativas.

Como a reprodução da espécie tornou-se de extrema importância, tornava-se necessário conhecer o corpo feminino e o seu funcionamento durante a gravidez e o parto. O exame médico, para além do conhecimento teórico sobre a anatomia, era fundamental para detectar a gravidez e suas possíveis complicações. Por causa dos pudores da época muitos médicos começaram a constatar a necessidade de médicas mulheres para realizarem estes exames clínicos. A aceitação dos exames obstétricos foi gradativamente imposta por meio da autoridade médica associada à ideia de prevenção de doenças e problemas. No entanto, muitos médicos pensavam ser mais importante o uso das mãos, para amparar a criança no parto; do que o olhar sobre o corpo da mulher. Os exames foram procedimentos fundamentais para a transformação do corpo feminino em objeto de saber e alvo do poder médico.

As primeiras escolas de medicina e cirurgia foram inauguradas no Brasil em 1808, na Bahia e no Rio de Janeiro. Com elas surge a figura do médico-parteiro, de acordo com Brenes (1991), e este profissional tem o propósito de substituir a parteira, tanto na atividade de ajudar a mulher durante o parto, quanto nos cuidados com o corpo, proteção contra doenças venéreas, entre outras. Para a autora, desde o momento da constituição da profissão ela foi centrada nos estudos do parto devido ao interesse pela anatomia patológica, sendo assim o médico estava mais preocupado em intervir para resolver complicações e salvar a vida da mãe, mesmo que para isso fosse necessário realizar um aborto.

Mesmo antes de dominar técnicas como o fórceps e a cesariana com sucesso para a mulher e a criança durante o parto, a obstetrícia proclama a sua exclusividade desde 1840. Também a partir deste período, percebe-se o deslocamento do seu olhar para questões tais como sexualidade, higiene e moral feminina. Assim, a partir da segunda metade do século XIX, a medicina se articula a outras instâncias do social na produção de uma nova imagem sobre a mulher, da relação desta com os filhos e sobre seu papel em sociedade, esposa-mãe-dona- de-casa. (BRENES, 1991, p.137)

Os cursos de medicina e obstetrícia tinham o objetivo de observar o corpo feminino, seja em condições normais ou no momento do parto. Para conquistar a confiança da população os médicos tentavam passar uma imagem de confiança e profissionalismo, mas o que convenceu as mulheres da importância de se consultarem foi o discurso médico sobre a sexualidade feminina. Por meio do discurso médico surge a imagem da mulher como

‘mãe dedicada’, o ‘mito do amor materno’, a ‘boa esposa’, discurso este com a aparência de uma análise científica sobre a anatomia e o comportamento femininos. A medicina seria a responsável por cuidar, educar e internar as mulheres de acordo com as suas necessidades médicas.

Assim, se no início do século XIX a arte obstétrica priorizava a vida da mulher ao menor sinal de perigo, as "novas" técnicas alcançadas (fórceps e cesariana) possibilitaram que o discurso fosse modificado. Hoje prioriza-se que o processo finalize com uma mãe e filho saudáveis, apesar do desejo ou não da mulher ou mesmo de uma gravidez que coloque em risco sua saúde e vida. (BRENES, 1991, p. 148)

A evolução da medicina contribuiu para o conhecimento mais amplo da gravidez e das condições fetais, garantindo assim a redução dos riscos na gestação e no parto. Mas, segundo Tanaka (1995), o aumento nas taxas de operações cesarianas não significa menos riscos para a mãe ou para o recém-nascido. Por outro lado, gerou um aumento dos custos do hospital e do serviço dos profissionais, aumento este que é sinônimo de maior riqueza produzida pela demanda de atenção à saúde.

O que se pode apreender é que a nova lógica que se estabeleceu no setor da saúde é a da produção, como se pessoas estivessem em uma linha de montagem, onde se busca produzir mais para diminuir custos e gerar mais lucro, independentemente da qualidade. Com a tendência neoliberal da medicina, perdeu-se a clínica, a relação médico-paciente e a relação funcionário-patrão, as quais deram lugar, nessa sociedade de consumo, às tecnologias de apoio diagnóstico. O ser humano passou, nesse processo a ser apenas objeto-insumo, e o produto final passou a ser a produção – o lucro. (TANAKA, 1995, p.81)

Esta busca dos hospitais, principalmente os particulares, pelo maior lucro nos procedimentos não levou necessariamente a uma melhora nas condições de saúde da população, nem a um parto mais saudável e com menos riscos para mães e recém-nascidos. A cesariana tem um valor histórico importante por salvar vidas, tanto materna como fetal, nos casos em que a gestante tem alguma patologia na gravidez ou complicações no trabalho de parto.

Entretanto, como afirma Moraes (2000), se realizada sem indicação correta a cesariana pode trazer riscos adicionais para a mãe e o recém-nascido. Por ser uma cirurgia pode gerar complicações anestésicas, hemorrágicas, infecciosas ou acidentes operatórios. No caso da cesariana com hora marcada ela pode ser sinônimo de prematuridade do bebê,

o que pode gerar problemas respiratórios, além disso a intervenção cirúrgica pode gerar dor e dificuldade para a mãe cuidar do recém-nascido.

Além do mais, a alta taxa de cesarianas desnecessárias no Brasil tem sido um dos fatores que não auxilia na redução significativa da mortalidade materna – considerado o número de óbitos de mulheres durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação - devido a infecções puerperais. De acordo com o Ministério da Saúde a mortalidade materna entre 1990 e 2015 caiu de 143 para 60 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Apesar da redução a taxa está longe do ideal, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas a meta é de 35 óbitos por 100 mil nascimentos, sendo que, em países como o Japão, a taxa chega a 6 óbitos por 100 mil nascimentos.

Para a redução das taxas de mortalidade materna, de mortalidade neonatal e aumento da quantidade de partos normais, é fundamental o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de políticas públicas com enfoque na saúde da mulher, nos direitos reprodutivos e no planejamento familiar.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A MULHER

Segundo Costa (2010) as primeiras políticas públicas de saúde surgiram no século XVIII na Europa com surgimento da medicina social e com o objetivo de controlar a sociedade, privilegiando a higiene, a infância e a família. A família começou a se organizar em torno da criança e, por isso, torna-se importante proteger a mulher grávida, garantir um parto saudável e, ao mesmo tempo, controlar a natalidade. Para que este último fosse possível a institucionalização do parto, através do hospital, foi um passo importante.

Na década de 1980, em meio ao aumento da população e da ideia de que as mulheres têm muitos filhos surge, como nos mostra Qadeer (2000), a defesa pelo fortalecimento de programas de saúde e planejamento familiar com enfoque na saúde reprodutiva da mulher. O objetivo é que os programas voltados para a saúde reprodutiva abrangessem mulheres de todas as idades e que a mulher pudesse administrar sua vida sexual e sua saúde reprodutiva. O problema é que a saúde reprodutiva foi construída enquanto conceito médico baseada mais na ‘vulnerabilidade biológica’ e no conceito de ‘ciclo vital’ da mulher do que no empoderamento da mulher com o autocontrole da sua sexualidade. Tal

perspectiva surge em decorrência do movimento feminista que, de acordo com Batista (2000) utilizou o conceito de direitos reprodutivos para dar “visibilidade a questões relacionadas ao aborto, à contracepção, à assistência à saúde e ao incremento das novas tecnologias conceptivas” (BATISTA, 2000, p. 51). Porém o conceito passou a ser utilizado pelos órgãos estatais de forma descaracterizada, com o objetivo de controlar a concepção (seja através da esterilização ou das novas tecnologias conceptivas).

Lucila Scavone (2004) aponta para o fato de que as mulheres são frequentemente objeto de pesquisas médicas, inclusive por isto os contraceptivos tiveram um avanço tão grande e tão rápido, apesar das ressalvas quanto a seus efeitos colaterais. Outros tratamentos médicos apontados por Eliane Bio (2015) são: a interrupção da menstruação, as cirurgias plásticas radicais do corpo, a reprodução assistida que segue um planejamento racional, a escolha do parto cesáreo com a promessa de menos riscos e menos dor, o excesso de medicalização do parto induzida pela insegurança em relação ao corpo.

As políticas de controle de natalidade⁶, em geral, não consideram o aspecto subjetivo presente na escolha da mulher de ter ou não um filho. Porém muitas mulheres, com consciência sobre o próprio corpo, desejando vivenciar uma sexualidade independente da reprodução, escolhem se desejam a maternidade ou não. No caso de escolherem pela maternidade estas mulheres começam a pensar sobre qual parto desejam, como querem vivenciar a maternidade e a cobrar uma participação maior do homem na gestação e criação dos filhos.

Eliane Bio (2015) entende que entrar em trabalho de parto é fundamental para entender os sinais que o próprio corpo manifesta, desta forma a escolha dos procedimentos necessários é mais segura e a participação da mulher no processo se torna mais efetiva. Para a autora “o corpo grávido é a expressão objetiva da mulher que se prepara para ser mãe (...) durante a gravidez, é receptividade e criatividade; no trabalho de parto, é um instrumento ativo; no pós-parto, é dedicação e nutrição” (BIO, 2015, p. 16).

Ao se utilizar como parâmetro do trabalho de parto o processo fisiológico e os sinais corporais elimina-se as condutas padronizadas ou pré-estabelecidas. O médico e demais profissionais devem acompanhar a parturiente para auxiliá-la a viver as diferentes

⁶ O controle de natalidade é composto por medidas como foco higienista que visam controlar a força reprodutiva de uma parcela da sociedade. O planejamento familiar é uma política pública que visa orientar as famílias para a prevenção da concepção não desejada. A postura do planejamento familiar é mais empática pois considera os desejos e necessidades dos sujeitos, assim como os direitos sexuais e reprodutivos.

sensações, assegurando sua potência para parir. O excesso de intervenções, além de atrapalhar a evolução do trabalho de parto, marginalizou a mulher na tomada de decisões e diminuiu sua liberdade de ação no trabalho de parto.

A realidade é que por meio do corpo vêm à tona, durante o trabalho de parto, a história pessoal da mulher, o desenvolvimento da sexualidade, a maturidade emocional, a vivência com a dimensão sensorial. Assim, cada mulher precisa poder aproveitar a situação para identificar suas dificuldades e ampliar seu repertório sensorial, indo além do conhecido, descobrindo, aceitando ou enfrentando seus limites e limitações, além de ter seu percurso pessoal respeitado. (BIO, 2015, p. 62)

No Brasil a proteção à maternidade e à infância enquanto assunto de saúde pública surge no Estado Novo como uma política voltada para a garantia do aumento de mão de obra para o país. A partir de 1964 institui-se o modelo de atendimento privado, focado em uma relação de cuidado médico individualizado. E na década de 1970 o interesse do Estado volta-se para a prevenção de gravidez de risco, para promover o aumento de tempo entre as gravidezes e fornecer anticoncepcional para que a mulher possa decidir pela maternidade ou não.

A formalização das políticas públicas na assistência à saúde materno-infantil ocorreu a partir da década de 70, com a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), cujas ações estavam basicamente voltadas para o acompanhamento do pré-natal, o controle dos partos domiciliares e do puerpério, e também para as ações de promoção de saúde da criança. Até meados da década de 1980, o PSMI caracterizava-se por um alcance limitado, ao se dirigir principalmente à melhoria da assistência pré-natal, negligenciando medidas como a continuidade da assistência até o parto e a garantia de assistência hospitalar qualificada. (COSTA, 2010, p. 59)

Neste contexto surge nos anos 1980 o PAISM, com a pretensão e diferencial de acompanhar a mulher da adolescência à terceira idade, sendo uma política pública voltada para as conquistas dos direitos da mulher-mãe. O programa surgiu da discussão do movimento sanitário, tendo prioridade a atenção primária e a integralidade da atenção à saúde. A Constituição de 1988 garantiu o amparo aos programas que promoviam a saúde da mulher e da criança, assim como foi a base para a elaboração dos direitos reprodutivos.

Este programa foi importante por incluir o planejamento familiar dentre suas atividades, mas mesmo assim não se preocupar exclusivamente com a reprodução, o programa visava tratar da saúde da mulher como um todo.

O PAISM foi anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de “atenção integral à saúde das mulheres” (AISM).

Esse conceito implica o rompimento com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução. Paradoxalmente, entretanto, esse programa constituiu-se também na primeira vez em que o Estado brasileiro propôs, oficial e explicitamente, e efetivamente implantou, embora de modo parcial, um programa que inclui o planejamento familiar dentre suas ações, ou seja, um projeto que contemplava o controle da reprodução. Desta forma, o PAISM foi pioneiro, inclusive, no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. O foco do programa era o planejamento familiar e a saúde da mulher. (COSTA, 2010, p. 61)

O PAISM, conforme o resgate histórico de Batista (2000), propõe uma visão integral da mulher, considerando todas as fases de sua vida, suas especificidades e necessidades biológicas, psicológicas e de saúde. A integralidade pressupõe também um atendimento integrado dos profissionais, atendendo às queixas das mulheres, além do repasse de informações para o melhor conhecimento das mulheres sobre a sua sexualidade. O programa forneceria informações sobre sexualidade, mas não interferiria na fecundidade das mulheres, seja para reduzi-la ou aumentá-la.

Na década de 1990, após a conquista de programas tão importantes, era o momento de qualificar estes programas. É neste momento que o recém-nascido surge como um sujeito de cuidados e são pensadas políticas públicas específicas para o público infantil. No final da década surgem inclusive vários programas voltados para a assistência perinatal.

Alejandra Rotania (2000) entende o corpo “como o território material da constituição do ser integral, enquanto tal, uma dimensão estrutural do ser” (ROTANIA, 2000, p.13). É uma integralidade físico-biológica-psíquica construída como projeto, construção esta que é simbólico-cultural. O novo é a transformação, manipulação e mercantilização da vida em função de valores e verdades considerados únicos, certos e claros. Sendo assim ele se torna um sujeito, com base na materialidade, na identidade e na permanência. O corpo feminino está em constantes transformações (gravidez, menstruação, menopausa) e por isso é visto como mais vulnerável e com melhores possibilidades de ser controlado.

O ciclo tecnológico da saúde reprodutiva é formado pela: contracepção medicalizada, pelo parto cirúrgico, pela esterilização e pela reprodução assistida. Percebe-se um interesse pelo corpo da mulher através da obstetrícia, é também através desta área

que a medicina e as políticas públicas de saúde conseguem o acesso aos corpos destas mulheres.

As políticas de planejamento familiar, nem sempre bem-sucedidas quando se trata de classes mais baixas, são voltadas para a saúde reprodutiva, com o enfoque da reprodução como um acontecimento puramente biológico e sem influências sociais, e deixando de lado a saúde da mulher como algo mais global.

De acordo com Costa (2010) no final da década de 1990 surge o PNHPN.

O PNHPN foi criado e implantado através da Portaria nº.569 de 1/6/2000, com o objetivo primordial de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país. Baseia-se no direito inalienável da cidadania, portanto, direito ao acesso, por parte das gestantes e dos recém-nascidos, à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto na gestação de baixo como de alto risco, através da organização adequada dos serviços de saúde, assegurando a integralidade da assistência e com investimentos e custeios necessários. A principal estratégia deste programa é a reorganização da assistência através da vinculação pré-natal, parto e puerpério, fazendo com que a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido seja realizada com qualidade e sob os trilhos da humanização.

Inicialmente o PNHPN focou no atendimento à gestante de alto risco, para reduzir as taxas de mortalidade materna e de morte neonatal. Foi estabelecido um modelo básico de assistência, com as atividades indispensáveis, para orientar os municípios no atendimento ao pré-natal, parto e puerpério. Os municípios deveriam cadastrar as gestantes no sistema eletrônico, o SISPRENATAL¹, para repassar os dados dos atendimentos – como consultas, exames, tempo de gestação, dentre outros. O sistema gerou uma base de dados importante para entender as necessidades das mulheres em relação à saúde na gestação.

Lima Schraiber (2012) aponta que a área da medicina é entendida, no pensamento hegemônico, como distanciada das questões sociais, econômicas, políticas ou culturais. Apenas a técnica e a qualificação das (os) profissionais eram consideradas importantes. Por isso um movimento importante é o que tenta politizar a área da saúde, entendida como saúde pública, planejada para uma determinada sociedade com características próprias. Desta forma pode-se entender que, para além das técnicas, as práticas médicas são práticas sociais.

¹ De acordo com o site do Datasus o SisPreNatal é o software que foi desenvolvido com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde. No SisPreNatal está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério.

Este processo politizador começou com a demonstração de que a saúde faz parte de processos sociais como a desigualdade socioeconômica e os jogos de poder. O (A) paciente não deve ser entendido (a) apenas como sinônimo da sua patologia, e da forma de tratamento desta, mas também como um indivíduo formado por um todo bio-psico-social que pode interferir na contração da doença ou no seu tratamento.

A política é uma esfera fundamental quando pensamos em saúde pública, pois é ela que coordena, cria projetos, remaneja verbas, abre vagas para contratação de profissionais. No entanto a esfera política e sua gestão de serviços faz parte de uma dimensão diferente da dimensão das práticas profissionais na saúde. A política pode propor ações, mas são os profissionais que executarão estas ações com base nos conhecimentos adquiridos e tecnologias disponíveis. Neste sentido as (os) profissionais possuem uma certa autonomia em relação à política e, desta forma, podem alcançar uma visão crítica do Estado, através da saúde, e repensar as condições de acesso da população a esta saúde, alcançando a esfera do planejamento público crítico.

Para Leticia Visbal (2002) políticas públicas podem ser definidas como os mecanismos usados para institucionalizar os processos responsáveis pelos programas governamentais que têm o objetivo de corrigir as desigualdades sociais e melhorar as condições de vida. Para que elas sejam planejadas de forma a garantir os direitos dos cidadãos é importante levar-se em conta as necessidades da população e a desigualdade social. Segundo a autora a importância do enfoque de gênero nas políticas públicas de saúde, entendendo a saúde como um bem público e um direito de cidadania, é que homens e mulheres estão expostos a condições e riscos diferentes, principalmente no que diz respeito à reprodução (gravidez, parto).

Para Visbal a igualdade de gênero será alcançada mediante o processo de compreender “os processos que constroem a desigualdade entre homens e mulheres, seja no nível simbólico, normativo, institucional e subjetivo” (VISBAL, 2002, p.128) É preciso que os sujeitos entendam as diferentes condições entre homens e mulheres e incorporem este entendimento no cotidiano, de forma a mudar a identificação da sociedade e melhorar a elaboração e execução de políticas públicas voltadas para a igualdade de gênero.

Em relação à saúde a mulher está em uma condição desigual por ser mais exposta a riscos devido à sua condição de reprodutora (gravidez, parto e puerpério). As jornadas duplas, triplas de trabalho na sociedade também fazem as mulheres desenvolver mais doenças como depressão, ansiedade, distúrbios alimentares. Considerando todas estas

questões as mulheres acabam tendo uma alta demanda nos serviços de saúde e se torna fundamental a perspectiva de gênero no processo de planejamento das políticas públicas, de forma a garantir a diversidade e equidade.

El género, como categoría instrumental, debe ser utilizada como herramienta en el dictamen de políticas y en el hacer del derecho. Para ello, tanto los “sujetos” que hacen las políticas y las ejecutan, así como aquellos y aquellas que son “objeto” de las mismas, tienen que deconstruir y construir sobre nuevas bases la representación real de la desigualdad que entrañan las asignaciones culturales que diferencian el accionar social de hombres y mujeres, para ello es necesario mantener una transversalidad dialogante con todos los involucrados en el proceso. La comprensión de estos efectos y procesos que generan las inequidades sociales de género, sólo es dable si sujetos y objetos de derecho conocen y entienden la diversidad, la desigualdad y las formas de hacer, con el propósito de disminuir los efectos negativos en términos económicos, sociales y de bienestar en la población. (VISBAL, 2002, p.132)⁷

Para a incorporação da categoria de gênero acontecer alguns passos são importantes: repensar a formação (continuada ou não) dos/as profissionais com um enfoque médico social e de gênero; criar medidores com a perspectiva de gênero para medir a eficiência dos serviços de saúde; conhecer os grupos em desvantagem social devido ao gênero e repensar suas necessidades; pensar a saúde como um direito humano e assim perceber as desigualdades de gênero produzidas por esta área; repensar as prioridades da saúde.

No país algumas convenções são utilizadas como norteadoras de políticas públicas para as mulheres, especialmente quando o objetivo é garantir os direitos sexuais e reprodutivos. Entre as principais convenções existem a IV Conferência Mundial Sobre a Mulher e a Convenção de Belém do Pará.

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher aconteceu em Pequim em 1995 e a partir dela foi elaborada uma declaração e plataforma de ação para garantir que as mulheres exerçam seus direitos e possam desenvolver-se. Dentre as doze áreas de preocupação prioritária encontram-se a questão da desigualdade de acesso aos serviços de saúde e a violência contra a mulher. A declaração também tem como um dos principais objetivos a

⁷ O gênero, como categoria instrumental, deve ser utilizado como ferramenta na opinião de políticas e no fazer do direito. Para isso, tantos os ‘sujeitos’ fazem as políticas e as executam como aqueles e aquelas que são ‘objetos’ das mesmas, tem que desconstruir e construir sobre novas bases a representação real da desigualdade que entraña nas atribuições culturais que diferenciam a atuação social de homens e mulheres, para isso é necessário manter uma transversalidade que dialogue com todos os envolvidos no processo. A compreensão destes efeitos e processos que geram as desigualdades sociais de gênero, só é possível se sujeitos e objetos de direito conhecem e entendem a diversidade, a desigualdade e as formas de fazer, com o propósito de diminuir os efeitos negativos em termos econômicos, sociais e de bem-estar da população. (Tradução livre da autora).

promoção do empoderamento feminino, o qual seria atingido com o auxílio do governo que seria responsável, juntamente com a sociedade, por criar condições favoráveis para a mulher adquirir controle sobre seu próprio desenvolvimento. O empoderamento é visto como um dos passos necessários para a garantia de igualdade entre homens e mulheres. Além disso o documento avança ao afirmar que os direitos das mulheres fazem parte dos direitos humanos.

Um dos objetivos dos países participantes da IV Conferência deve ser oferecer um acesso igualitário a homens e mulheres nos serviços de saúde, de forma a garantir também os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A mulher deve ter o direito de exercer controle sobre a sua vida sexual e reprodutiva, inclusive tem direito a um atendimento de saúde de qualidade para evitar complicações relacionadas à gravidez e ao parto, garantindo um parto saudável e sem riscos para a mãe e o bebê.

A Convenção de Belém do Pará foi uma convenção internacional para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, realizada em 1994. O documento adotado pela Assembleia Geral da OEA foi ratificado pelo Brasil em novembro de 1995. Tendo como base o respeito irrestrito aos direitos humanos e entendendo a violência contra a mulher como uma violação destes direitos define a violência contra a mulher como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (Organização dos Estados Americanos, 1994, p. 8) Os estados membros da convenção têm como obrigação abster-se de qualquer ação violenta contra a mulher, assim como devem prezar para que suas autoridades, seus funcionários e pessoal e instituições públicas também não cometam nenhum ato violento, além de incluir na legislação interna normas para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. Portanto é possível compreender que o estado tem como compromisso combater também a violência obstétrica que ocorre nos hospitais, sejam eles públicos ou privados, já que esta é considerada uma violência contra a mulher.

Em 2005 foi aprovada a Lei Federal nº 11.108/2005 que garante o direito da mulher de ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Este acompanhante pode ser o marido, companheiro, uma amiga, a mãe, não importando o sexo ou o parentesco. A lei é válida para todos os hospitais do país, seja público ou particular, e abrange tanto o parto normal quanto a cesárea. Mesmo a lei tendo mais de uma década

ainda existem mulheres que não a conhecem ou não exigem o seu comprimento no momento do parto.

2.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PARTO HUMANIZADO

A violência obstétrica pode ser considerada uma violência de gênero por ser praticada contra a mulher, no exercício de sua saúde sexual ou reprodutora pelos profissionais da saúde, do setor público ou privado. A violência obstétrica pode ter caráter físico, psicológico, sexual, institucional e reduz a autonomia das mulheres por passarem a depender de uma intervenção técnica (médico) para lidarem com sua vida sexual e reprodutiva. (Gomes, 2015). Este tipo de violência pode ocorrer no pré-natal, durante o parto, nos primeiros meses de vida do bebê ou após um abortamento.

Segundo o *site* da Rede Parto do Princípio⁸ algumas formas comuns de violência obstétrica são: humilhar, xingar, coagir, constranger, fazer piadas ou comentários desrespeitosos sobre seu corpo, sua raça ou situação econômica; utilizar de forma inadequada procedimentos para acelerar o parto; submeter a mulher a jejum, nudez, raspagem de pelos, lavagem intestinal durante o trabalho de parto; violar direitos da mulher garantidos por lei; não oferecer condições de amamentação e do contato do bebê sadio com a mãe, entre outros. O *site* oferece também uma aba para relatos de parto onde se pode encontrar vários relatos de violência obstétrica vivenciada por essas mulheres, muitas delas que nem sabiam estarem sendo vítimas de violência no momento.

A Rede Parto do Princípio é uma das mais antigas e conhecidas, principalmente por sua atuação na luta por uma legislação que garanta os direitos das mulheres no parto e pela

⁸ “A Parto do Princípio é uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela promoção da autonomia das mulheres, tendo como principal eixo de atuação a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, em especial no que se refere à maternidade consciente. Atua na articulação de mulheres nos planos local, regional e nacional por meios virtuais (redes sociais e e-mails) e presenciais. A rede apoia a auto-organização dos grupos regionais e a articulação com outros movimentos sociais, o que favorece a elaboração de demandas locais e regionais bem como a denúncia de conjunturas que firam direitos das mulheres. Assim, fortalecem-se a participação política das mulheres e sua atuação como cidadãs a partir de suas realidades. Para fomentar o empoderamento feminino, a Parto do Princípio: produz e divulga material informativo a respeito da saúde sexual e reprodutiva da mulher, bem como de seus direitos; participa de campanhas e eventos que visam à melhoria das condições de assistência ao pré-natal, parto e abortamento no país; trabalha no sentido de dar visibilidade à violência de gênero, em especial aquela que ocorre nas instituições de saúde quando do atendimento à mulher em seu ciclo reprodutivo, também conceituada como violência obstétrica; atua com gestores e formuladores de políticas para que incorporem as evidências científicas a seu planejamento, entre outras ações.” (<http://www.partodoprincipio.com.br/sobre> acesso em: 10/05/2018).

redução da taxa de operações cesarianas, mas por meio de uma busca breve é possível encontrar vários *sites* com a proposta de discutir temas como maternidade, cuidados com o bebê e apresentar relatos de parto. Alguns que podemos citar aqui, e que possuem relatos de partos de mulheres vítimas de violência obstétrica, são: Estação Materna, Tão Feminino, Indiretas Maternas e Comparto.

A pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, que foi uma pesquisa de opinião realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC em 2010, constatou que uma em cada quatro mulheres sofreu algum tipo de violência durante o trabalho de parto. Entre as violências citadas estão a realização do exame de toque de forma dolorosa, a falta de oferta ou negativa de algum tipo de alívio para a dor, a falta de informação sobre um procedimento que estava sendo realizado, gritar ou xingar a mulher e a negação ao atendimento. Outras violências físicas como empurrar ou bater na mulher apareceram, mas em taxas bem mais baixas do que as citadas acima.

Em 2012 foi finalizada a pesquisa Nacer no Brasil, por meio da Fundação Osvaldo Cruz, e esta trouxe dados fundamentais para pensar os partos no país e os índices de boas práticas obstétricas nos hospitais, públicos e privados. A pesquisa mostra que a episiotomia foi realizada em 53,5% dos partos vaginais, sendo que em 36,1% dos casos foi realizada também a manobra de Kristeler (consiste em subir na barriga da mulher ou empurrar sua barriga com o propósito de ajudar no nascimento da criança).

Já foi comprovado cientificamente que a utilização da episiotomia na maioria dos partos vaginais não auxilia de fato no nascimento e pode ter uma recuperação mais complicada do que a laceração natural do parto. A manobra de Kristeler é considerada uma violência obstétrica, de caráter físico, e também não auxilia de fato no nascimento. Infelizmente não existe uma pesquisa que traga dados sobre outros tipos de violência obstétrica, mas por meio dos relatos das mulheres é possível estimar a quantidade de violências sofridas, principalmente porque muitas mulheres ainda não sabem quais técnicas são consideradas violentas e podem achar que foram utilizadas porque eram necessárias.

A humanização no tratamento realizado por profissionais da saúde vem como uma solução para acabar com a violência obstétrica, e outros tipos de violência hospitalar, vivenciada por tantas mulheres no país.

O termo “humanização” carrega em si interpretações diversas. A qualidade de “humano” em nossa cultura quase sempre refere-se à ideia arraigada na moral cristã de ser

bom, dócil, empático, amável e de ajudar o próximo. Nesse contexto, retirar a mulher de seu “sofrimento” e “acelerar” o parto através de medicações e de manobras técnicas ou cirúrgicas é uma tarefa nobre da medicina obstétrica e assim vem sendo cumprida.

Mas há um porém neste tipo de intervenção. Um olhar mais atento na prática atual da assistência ao parto revela uma enorme contradição entre as intervenções técnicas ou cirúrgicas e as suas consequências no processo fisiológico do parto e na saúde física e emocional da mãe e do bebê. Um olhar ainda mais atento nos processos culturais, emocionais, psíquicos e espirituais envolvidos no parto revelam novos e norteadores horizontes, tal qual a importância, para mãe e filho, de vivenciar a experiência do parto natural sem intervenções.

A humanização proposta pela ‘humanização do parto’ entende a gestação e o parto como eventos fisiológicos naturais (onde apenas 15% a 20% das gestantes apresentam adoecimento neste período necessitando cuidados especiais), cabendo à obstetrícia apenas acompanhar o processo e não interferir buscando ‘aperfeiçoá-lo’.

Humanizar é acreditar na fisiologia da gestação e do parto. É respeitar esta fisiologia, e apenas acompanhá-la. É perceber e refletir sobre os diversos aspectos culturais, individuais, psíquicos e emocionais da mulher e de sua família. É devolver o protagonismo do parto à mulher. É garantir-lhe o direito de conhecimento e escolha. O parto humanizado, cujo movimento surgiu na década de 80, pressupõe uma relação com o corpo baseada em conceitos modernos como autonomia e individualidade. Por isso percebe-se a importância do protagonismo feminino no parto.

Entendemos ser de fundamental importância acrescentar um relato detalhado descrevendo a experiência de um parto humanizado, de modo a demonstrar suas particularidades em relação ao parto ‘tradicional’. Infelizmente não foi possível acompanhar um parto durante o trabalho de campo. Primeiramente porque todas as entrevistadas tiveram, ou terão, seus partos em hospitais e, para que o acompanhamento fosse possível seria necessária uma autorização expressa do hospital permitindo a presença da pesquisadora.

Em segundo lugar o tempo curto de uma pesquisa de mestrado não permite criar laços de afinidade e confiança fortes o bastante para que a gestante aceitasse a presença da pesquisadora como sua acompanhante. Ao acompanhar seu trabalho percebemos que Rosamaria Carneiro (2015) sofreu as mesmas dificuldades durante a pesquisa do

doutorado, só conseguindo acompanhar um parto domiciliar no final da pesquisa, pouco antes do lançamento de seu livro. A gestante participou da pesquisa durante a gestação toda e permitiu a presença da pesquisadora no seu parto domiciliar, espaço que possibilita uma maior liberdade para a gestante escolher quantas e quais pessoas ela prefere que estejam presentes neste momento.

A autora participou do parto como fotógrafa e traz um relato sobre a preparação para o parto, como a montagem da piscina na sala da casa, e a progressão do trabalho de parto. A parturiente entrou em trabalho de parto, mas, por estar no início, sai de casa para um encontro e quando regressa à casa, com o trabalho de parto mais evoluído, ainda alimenta-se e movimenta-se pela casa livremente. A autora relata como a mulher estava durante os últimos momentos do trabalho de parto.

Ela de quatro, apoiada em uma bola, falante e lúcida, saudava a chegada do filho, que sentia nascer. A parteira/enfermeira, por sua vez, atrás dela, mesclando tecnologia e saber tradicional, cantava uma música, uma cantiga de boas-vindas, para recepcionar a criança. O filho mais velho estava fascinado, já no colo do pai, enquanto este anunciava a chegada do irmão mais novo.(...) Foi tudo muito forte, e simultaneamente cotidiano ao extremo, no sentido de estranhado ou ordinário, como se tal acontecimento nada alterasse naquela casa e já pertencesse à sua rotina. Não havia medo do risco e da dor, não havia insegurança; tudo contava com grande integração e pertencimento.(...) Na manhã seguinte, só conseguia pensar na integração entre o parto e a vida daquele casal. No quanto o parto, uma vivência forte, tornou-se agregado à casa, as escolhas e modos de perceber o mundo. (CARNEIRO, 2015, p. 32)

Este relato tem suas particularidades por tratar-se de um parto domiciliar. No entanto algumas características como respeito às posições de parto que a mulher prefere, ambiente calmo e acolhedor para o parto, participação do acompanhante, apoio à mulher para ela sentir-se capaz de fazer seu parto, são fundamentais para a humanização do parto, seja no domicílio ou no hospital. Vários procedimentos podem ou não ser realizados, de acordo com a necessidade ou autorização da mulher e, por isso, cada parto será único porque cada mulher tem desejos e necessidades diferentes.

O parto humanizado pressupõe uma relação com o corpo baseada em conceitos modernos como autonomia e individualidade. Por isso percebe-se a importância do protagonismo feminino no parto. Como nos mostra Tavolaro (2011):

Tal defesa traduz-se necessariamente na garantia de recursos e procedimentos que viabilizem a reaproximação “consciente” das mulheres com seus corpos, o que envolve a retirada do poder de decisão sobre seus corpos da equipe médica bem como o uso de artifícios que a

aliene de seu corpo, como, por exemplo, o processo cirúrgico desnecessário. As noções de individualidade e autonomia, neste caso, aparecem através da ideia de que ninguém melhor do que a própria mulher para administrar seu corpo, evidenciadas, por exemplo, nas formas de se administrar a dor do parto. As mulheres do Parto do Princípio afirmam que a dor é pessoal e a anestesia poderá ser usada como último recurso, desde que esta seja uma escolha consciente e esclarecida da mulher. (TAVOLARO,2011, p. 42)

Ao analisar a relação de significação do corpo na modernidade, Tavolaro apropria-se criticamente dos estudos de Giddens e de sua definição do corpo como um projeto reflexivo, de sociabilidade, que atualmente deixa de ser um receptáculo, restrito apenas à sua biologia, e passa a ser uma parte do sistema de ação do indivíduo. Neste processo de reflexividade o corpo é construído e reconstruído de acordo com as expectativas da criação da individualidade. Cada indivíduo é responsável pelo que é, sendo essa figura do eu decorrente de esforços de construção e reconstrução constantemente refletidos. O indivíduo é estimulado a todo momento a fazer escolhas e isto pode mudar padrões e estruturas de comportamento.

Na modernidade o pensamento sociológico precisa enfrentar o dualismo entre perspectivas objetivistas, com enfoque na estrutura social da experiência, e as perspectivas subjetivistas, com uma análise a partir da agência humana. Giddens entende a necessidade de compreender as estruturas como internas nas ações dos indivíduos, para além de uma postura de imposição externa, pois é através das agências dos indivíduos que a estrutura se reconstrói.

Em contraponto a esta ideia do corpo, o parto humanizado visa reconectar a mulher com seus instintos e deixar o parto seguir o ritmo determinado pelo corpo. De forma paradoxal este corpo moderno quer articular agência e fisiologia natural no processo do trabalho de parto. Para Tavolaro (2011) grupos, como o *Parto do Princípio*, propõe que, durante o parto humanizado, seja possibilitada a reaproximação consciente da mulher com seu corpo, retirando o poder de decisão sobre o corpo da equipe médica e passando para a própria parturiente. Sendo assim:

(...) a vivência plena dessa dimensão biológica é tida como condição necessária para se alcançar algo tão caro ao imaginário moderno: a autonomia e a autenticidade individuais. Ou seja, conforme o discurso em prol da humanização do parto, a tomada de decisão sobre o próprio corpo não deve implicar numa submissão deste aos desígnios da técnica e da cultura, mas, ao contrário, na adequação às nossas disposições fisiológicas. Assim, diferentemente do que propõe Giddens, o que se

observa aqui não é uma completa disponibilidade do corpo para ser trabalhado ao bel prazer dos indivíduos no processo de construção de suas auto identidades. Nesse caso, a reivindicação pelo direito de dispor do corpo não se faz à sua revelia, como objeto inteiramente maleável e moldável, mas, sim com base no entendimento de que o corpo é um elemento constitutivo dos indivíduos, ao qual eles devem também se moldar e adequar. (TAVOLARO,2011, p. 47)

Desta forma, dentro da concepção do parto humanizado, o corpo é entendido não somente como pertencente a um sistema de ação simbólico e social, mas também de um sistema de ação fisiológico. A mulher questiona as escolhas tomadas por terceiros sobre seu corpo e pretende torná-lo um projeto reflexivo, mas não com base em uma estrutura social, agora com base em um retorno aos desígnios da natureza operante sobre seu corpo no trabalho de parto.

Como vimos, o partejar foi por séculos uma tradição exclusiva de mulheres, exercida por parteiras e curandeiras, mulheres que conheciam a progressão do parto, as técnicas necessárias para facilitar o parto, inclusive por experiência própria. Por ser considerado uma tarefa desvalorizada os poucos médicos não se interessavam por aprender a fazer partos. Somente no final do século 19 ao se descobrir a complexidade do corpo da mulher e perceber-se a possibilidade de comandar o nascimento para prevenir os perigos do parto é que a medicina se interessa por dominar o partejar.

Tendo em vista o número exagerado de cesáreas, o parto humanizado torna-se, não só, uma necessidade como uma importante forma de aumentar as taxas de partos normais. Mesmo no SUS, onde as taxas de cesáreas são de 40%, o parto normal não é necessariamente humanizado. Os relatos de violência obstétrica apontam para a necessidade de se repensar como o parto hospitalar é direcionado pelos profissionais da saúde. O Ministério da Saúde atualmente vem tentando diminuir as altas taxas de cesáreas no país, que em 2014 chegaram a 40% no SUS e a 84,6% na rede privada.

Em contrapartida, o parto normal hospitalizado tem sido questionado, pelas mulheres, por ser realizado com intervenções desnecessárias e, em vários casos, resultando em violência obstétrica. Frente a esta realidade, o parto humanizado vem sendo posto como uma solução para estimular as mulheres ao parto normal, ou até mesmo acolher as mulheres que sentiram que não conseguiriam ter um parto normal no hospital.

Para Rattner (2009) já no início da década de 1990 começou-se a constatar que o modelo de atenção ao nascimento e partos era inadequado devido ao excesso de intervenções e desrespeito aos direitos da mulher. Mesmo já havendo críticas às

intervenções as mudanças começam a acontecer em 1996 quando

(...) são publicadas, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), recomendações sobre tecnologias para atenção a NeP, classificando as práticas com base em evidências científicas em: Grupo A, práticas benéficas a serem incentivadas; Grupo B, práticas danosas ou inefetivas a serem abandonadas; Grupo C, práticas com evidências insuficientes, que demandam mais pesquisas; e Grupo D, práticas que têm sido utilizadas de maneira inadequada. Ao final de 1997, ampla parceria é costurada entre governo e sociedade civil, tendo como sede o Conselho Federal de Medicina e, como mote, “Natural é parto normal”. Em maio de 1998, o Ministério da Saúde adota medidas objetivando mudanças: aumenta em 160% o valor da remuneração do parto vaginal; institui pagamento de analgesia de parto; para coibir o abuso das cesarianas no SUS, a portaria 2816/1998 estipula crítica para pagamento de cesarianas aos hospitais: 40% para o segundo semestre de 1998, prevendo redução semestral gradativa, para alcançar 30% em 2000 (Brasil, 1998a). Essa portaria foi modificada pela Portaria 466/2000, que instituiu o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea, compartilhando, com as gestões estaduais, a responsabilidade pelo monitoramento dos hospitais (Brasil, 2000a). Essas medidas corajosas interferem com interesses corporativos instituídos, atendendo parcialmente aos reclamos da sociedade civil. Todavia, a denominação Humanização somente será adotada oficialmente a partir de 2000, quando será lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN (Portaria 569/2000 e outras) (Brasil, 2000b). (ROTTNER, 2009, p.760)

Após estes avanços, em 2004 é lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, sendo uma parceria entre governo federal, estaduais e municipais. A ação pública governamental tem um papel fundamental na construção de diretrizes para um atendimento mais humanizado, mas os movimentos sociais também tiveram um papel importante nestas conquistas e avanços. Dentre as ONGs mais importantes temos a ReHuNa . Ela assumiu o papel de difundir as recomendações da OMS sobre as tecnologias apropriadas para o nascimento e o parto, organizou publicações, eventos, debates. Outras ONGs importantes são: ‘Amigas do Parto’ que ajuda a difundir informações e a formar opinião; a rede ‘Parto do Princípio’ que conecta mulheres virtualmente.

Em 2014 os Cadernos HumanizaSUS desenvolvem um volume especialmente dedicado à Humanização do Parto e do Nascimento. Nesse volume o enfoque é o atual protagonismo da mulher, de forma a rever o modelo obstétrico atual. Inclui também relatos jornalísticos e de experiência sobre como o parto acontece no país. Encontra-se também diretrizes do governo sobre o parto normal, os casos em que a cesariana é indicada, o papel da doula no trabalho de parto, dentre outras.

De acordo com o site Despertar do Parto doula é uma palavra com origem grega e significa ‘mulher que serve outra mulher’ e hoje aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional às gestantes durante a gravidez e, especialmente, durante o parto.

Antes da medicalização do parto, quando este ainda ocorria em casa, a parturiente contava com o auxílio de outras mulheres, como sua mãe, sogra, irmãs, tias, para cuidar dos demais filhos e das tarefas da casa. Com a mudança do parto domiciliar para o parto hospitalar a responsabilidade do parto ficou nas mãos de profissionais como obstetras, enfermeiras, mas estes profissionais apenas oferecem o suporte às necessidades físicas do parto por isso a importância de uma pessoa para apoiar emocionalmente a parturiente.

Segundo o site Abraço de Mãe o papel da doula foi concebido nos Estados Unidos, em 1979, com a fundação da casa de parto ‘The Birth Place’ na Califórnia, esta casa de parto foi a primeira a treinar doulas para serem assistentes de parto, de forma a apoiar física e emocionalmente a gestante para ter uma melhor experiência de parto.

Os cursos e a definição de quem seria a doula foram se clarificando na década de 1990 a partir do trabalho de diferentes instituições. Ficou claro que o serviço da doula ia além de apenas acompanhar o momento do parto, incluindo um extenso apoio informacional no pré-natal e visitas durante o pós-parto. Suas atividades abrangiam, como é hoje, planejamento do parto e do pós-parto, técnicas de alívio não farmacológico da dor, apoio emocional individual e proteção à memória do parto (que as novas mães guardem uma boa lembrança desse momento único na vida). Outro dilema que veio à tona foi como a doula deveria lidar com mulheres que escolhessem certas intervenções consideradas pela doula desnecessárias e prejudiciais. A partir desse debate, vigorou a conclusão de que a doula é uma assistente de apoio não clínico que valida as escolhas que as mulheres fazem a respeito de seus próprios partos. (O Renascimento da Doula – a história da doula contemporânea – parte II. Disponível em: <https://www.abracodemae.com/o-renascimento-da-doula-parte-ii/> Acesso em: 10/12/2018)

A doula auxiliaria a parturiente por ter um olhar atento, com cuidado, tranquilizando de que o processo está normal. Ela não tem a responsabilidade com a

instituição, nem com a segurança física da mãe e do bebê, por isso ela pode focar na mulher. No parto ela está presente apenas com a função de olhar a mulher como um todo, ela acredita na capacidade da mulher de parir e apoia a mulher a acreditar em si mesma. O cuidado vai de fazer massagem, usar técnicas não farmacológicas para alívio da dor, até conversar com o (a) acompanhante para auxiliar a mulher, trazer comida, colocar a música escolhida pela mulher, mudança de posição, controle da respiração de modo a facilitá-lo lembrar a mulher das suas escolhas no plano de parto e demais necessidades.

Atualmente a doula é uma profissional que acompanha a mulher ou o casal durante a gravidez, podendo começar os atendimentos desde o início da gravidez até o pós-parto. Durante o trabalho de parto ela presta assistência à gestante, garantindo que suas necessidades sejam atendidas, fazendo a ponte com a equipe médica. É capacitada a dar auxílio durante o pré-natal, o trabalho de parto assim como auxiliar no pós-parto. Geralmente é uma mulher que teve a experiência positiva do parto normal e transmite confiança à mulher para passar por este momento, mas ter sido mãe não é um fator obrigatório para a realização do curso de doula. Atualmente as doulas são contratadas por meio particular, mas já existe em algumas cidades o trabalho de doulas voluntárias no serviço público de saúde.

A humanização do parto é um direito da mãe e do bebê, para além de uma escolha. Este momento deve ser pleno de respeito, cuidado e acolhimento para os dois. Para garantir um tratamento humanizado é necessário garantir a autonomia e liberdade de escolha à mulher, promover um ambiente acolhedor, oferecer à mulher as melhores condições e recursos disponíveis para que ela se sinta segura nesse momento, prestar assistência ao parto baseada em evidências científicas.

É fundamental que a mulher receba informações sobre o trabalho de parto, sobre como o corpo feminino se prepara e age neste momento e sobre procedimentos rotineiros, mas comprovadamente desnecessários e que muitas vezes são inclusive prejudiciais, como: o soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto aplicado no momento errado; ficar deitada em macas durante o trabalho de parto; dentre outros.

Entendemos como aspecto principal da diretriz para humanização do parto o incentivo à autonomia da mulher. Através de um pré-natal com orientações, informações, com o apoio de uma equipe multidisciplinar, do planejamento do parto através de ferramentas como o plano de parto, as mulheres podem ter maior segurança para tomar

decisões sobre quais procedimentos serão realizados no parto. Para tomar decisões estas mulheres precisam repensar e conhecer mais o seu próprio corpo, tornando-se sujeito de direitos com força para exigí-los na prática.

CAPÍTULO 3 – PARTO HUMANIZADO EM UBERLÂNDIA/MG

Uberlândia é a segunda maior cidade do estado de Minas Gerais, com 676 mil habitantes. Em Minas Gerais o governo do estado segue o Plano Decenal de Políticas para Mulheres do Estado de Minas Gerais, a versão lançada em 2018. O plano tem como objetivo auxiliar o governo no desenvolvimento de políticas públicas para a igualdade de gênero. Os principais temas tratados pelo plano são: autonomia econômica das mulheres, o enfrentamento à violência contra a mulher e a saúde das mulheres e direitos sexuais e reprodutivos. Especificamente sobre o último a demanda social é a garantia de um atendimento humanizado e qualificado para a mulher durante o pré-natal, o parto, puerpério e na morte perinatal. O documento baseia-se nas diretrizes do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e constata a necessidade de diminuição de intervenções desnecessárias e também da diminuição das taxas de cesárea (em Minas Gerais, em 2017, a taxa de cesárea foi de 57,7% englobando hospitais públicos e particulares, segundo o documento).

As principais propostas de ação formuladas no plano para garantir a humanização do pré-natal e do parto são: apoio financeiro para reformas de maternidade e hospitais (incluindo a construção de quartos para parto e leitos neonatais); incentivar a criação de centros de parto normal em municípios com baixa taxa de natalidade; expandir o número de instituições participantes da Rede Cegonha, que foi uma estratégia lançada em 2011; inserir doulas nos hospitais e garantir o cumprimento da lei de acompanhante durante o parto e pós-parto; estimular a inserção da enfermagem obstétrica nos hospitais; regulamentar o trabalho de parteiras em parceria com equipes de saúde; incentivar o aleitamento materno; e promover a capacitação dos profissionais para um atendimento humanizado no pré-natal, parto e pós-parto.

A Rede Cegonha é um programa do Ministério da Saúde que tem o objetivo de assegurar o planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, além do direito ao nascimento seguro. A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e está sendo implantada, gradativamente, em todo o território

nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional. São quatro os componentes da Rede Cegonha: Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

Outro documento importante para orientar as políticas públicas na cidade de Uberlândia são as Diretrizes de Políticas Públicas às Mulheres e Igualdade de Gênero, publicado em 2004 e atualizado em 2018. As diretrizes são organizadas pelo Conselho Municipal dos Direitos das Mulheres, órgão que foi criado em 2003, vinculado à Diretoria de Proteção Social à Mulher e que tem como finalidade assessorar o poder público para formular, avaliar e implantar a Política Municipal de Promoção das Mulheres e Relações de Gêneros. Dentre as funções do conselho também está o importante papel de sugerir ações para prevenir e proteger a saúde, direitos sexuais e reprodutivos mediante programas e medidas aliadas ao Ministério da Saúde e Secretarias específicas, como a Secretaria de Saúde da Mulher da Prefeitura Municipal de Uberlândia. O Conselho é formado por representantes institucionais, inclusive sendo uma vaga para representante da Universidade Federal de Uberlândia do Núcleo de Estudos de Gênero, e representantes da sociedade civil, sendo que todos os membros afins às causas feministas e relações de gênero.

As diretrizes tratam de eixos temáticos importantes como o trabalho e a geração de renda, educação e cultura, participação política, combate à violência contra a mulher, saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Sobre o último eixo temático as propostas abrangem a garantia do aborto legal, a implantação e funcionamento efetivo do PAISM na cidade, desenvolver campanhas para prevenção de câncer do colo do útero e de mama, estimular programas de tratamento de DSTs e desenvolver programas de educação sexual, dentre outras ações. Especificamente sobre o parto as diretrizes propõem promover e qualificar os profissionais para garantir um atendimento obstétrico e neonatal humanizado, melhorar a assistência à gravidez de alto risco, melhorar a assistência ao parto domiciliar e desenvolver ações para maior troca de informação e educação de modo a promover a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos em uma perspectiva de gênero.

Desde 2013 Uberlândia integra a Rede Cegonha e, por fazer parte do programa, a cidade recebeu uma verba para, adequar os hospitais públicos para o parto normal, ou construir centros de parto normal. Na cidade a escolha foi de preparar os hospitais e,

principalmente os profissionais, para um atendimento humanizado e respeitoso, para aumentar as taxas de partos normais na cidade.

Em Uberlândia a taxa de cesáreas no Hospital Municipal é de 48% e a do Hospital das Clínicas é de 34%⁹. Em 2017 houve um aumento em 30% de partos normais, em 2016 esse aumento foi de 26%. Estes dados mostram-nos a existência de uma tendência de aumento nas taxas de parto normal, seguida de uma baixa nas taxas de cesáreas programadas.

Aos poucos a cidade vai desenvolvendo e aplicando programas nos hospitais (municipal e universitário) com o intuito de garantir um melhor preparo da parturiente e um atendimento humanizado. Segundo uma representante da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, da área da saúde da mulher, que trabalha com programas voltados para a saúde da mulher, em diálogo informal, o grande desafio está nos hospitais particulares, sobretudo porque o parto humanizado, com uma equipe particular representa um alto custo, e os hospitais ainda não têm interesse em abrir mão do controle disciplinar da parturiente, preferindo tratá-la como uma paciente regular ao invés de pensar um espaço específico para o parto hospitalar humanizado.

3.1 GRUPOS DE GESTANTES EM UBERLÂNDIA

O movimento do parto humanizado na cidade surgiu em 2010 e cresceu bastante nos últimos anos. Atualmente existem 3 grupos de gestantes organizados pela sociedade civil. Nestes grupos as mulheres têm contato com médicas (os), enfermeiras, doulas e outras mães que tiveram experiências de parto e querem auxiliar outras mulheres. Por meio dos laços de sociabilidade estabelecidos as grávidas têm um suporte e preparo para o momento do parto, de forma a se sentirem mais confiantes na própria capacidade de parir.

O primeiro grupo com o qual tivemos contato, através de uma das suas fundadoras foi o Flore Ser, objeto de estudo de caso deste trabalho. O grupo surgiu em 2013 como um grupo terapêutico de pós-parto e prática de yoga, mas em 2015 ampliou sua atuação para a promoção de cursos, eventos e grupos como o de gestantes, pós-parto e de mulheres que

⁹ Estes dados foram retirados do documento Banco de Dados Integrados, publicado anualmente no site da Prefeitura de Uberlândia e organizado pela Secretaria Municipal de Planejamento Urbano.

vivenciaram um momento traumático – como o abortamento, a morte neonatal ou a internação do filho na UTI neonatal. Os grupos reúnem-se quinzenalmente, em geral nos finais de semana, estando abertos a todos os interessados. Os cursos e eventos são pagos, como uma forma de financiar a continuidade das atividades. Falaremos de forma mais aprofundada sobre o grupo no próximo capítulo.

Entre 2010 e 2011 surge o grupo Bom Parto, o primeiro grupo de gestantes da cidade, formado por obstetras voltadas ao atendimento humanizado. O grupo não possui redes sociais, somente um blog que não é atualizado desde 2012. É um grupo de suma importância porque foi um marco da luta pela humanização do parto em Uberlândia, até mesmo por ser um dos primeiros grupos da cidade a estimular a troca de informação e a preparação das gestantes para o parto.

O foco do grupo são as reuniões com gestantes para a preparação para o parto, principalmente por meio de palestras. Durante as palestras são indicados vários tipos de serviços, como consultoria de sling, consultoria de amamentação, consultoria materna, cursos diversos, profissionais de fotografia. O Bom Parto também tem grupos de WhatsApp separados entre Gestação e Pós-Parto, mas as reuniões de pós-parto ainda não estão organizadas de forma tão frequente.

Com a Associação Materna conseguimos contato, e obtivemos informações, por meio das redes sociais. Essa associação existe em Uberlândia há sete anos e tem como objetivo a divulgação dos princípios da humanização do parto e apoio a quem procura por esta maneira de conduzir sua gestação e parto, acolhendo integralmente toda a família ou somente a gestante interessada.

Hoje a associação possui 3 projetos ativos: Plantão de doulas voluntárias no Hospital Municipal, sob a coordenação de uma doula, com 6 plantões mensais; o grupo de apoio Gestar realiza reuniões mensais, voltadas para gestantes, toda última quarta do mês; a rede social *Facebook* 24 horas, sob a coordenação de uma terapeuta e uma doula; e o grupo de homens Pai Terno, coordenado por um pai e terapeuta. Anualmente a associação promove o curso de formação de doulas na cidade – o curso já formou 4 turmas - e a Semana Mundial em respeito pelo nascimento, em conjunto ao movimento mundial. No mais, contribui com toda a articulação política e social na efetivação de políticas públicas que beneficiem a saúde do nascimento e parto assistidos.

Outro grupo na cidade é o Bem Nascer, criado em meados de 2017, ligado à Universidade Federal de Uberlândia. Por meio da página do grupo no *Facebook* descobrimos que os encontros dos grupos de gestantes acontecem uma vez por mês, no bairro Umuarama, com temas como puerpério, amamentação, a importância da doula, dentre outros. Além do grupo de gestantes, o Bem Nascer conta com outras atividades como: o plantão de doulas, o grupo de acolhimento no pós-parto, chá de bênçãos, pintura na barriga, yoga para gestantes, consultoria em amamentação e educação perinatal. Os objetivos do grupo são: fornecer um suporte físico e emocional para a mãe e para a nova família, ser um local de acolhimento, informação e cuidado. Fazem parte do grupo cinco doulas com formação também em outras áreas como: enfermagem, psicologia, fotografia e educação perinatal.

O grupo Apheto é formado por 6 obstetras e tem o enfoque de prestar assistência médica ao pré-natal, parto e puerpério. As pacientes são gestantes que desejam parto normal ou cesárea em trabalho de parto, e fazem acompanhamento pré-natal com uma das médicas do corpo clínico. Mensalmente as obstetras têm reuniões com as gestantes onde abordam alguns temas, e também são nas reuniões que as gestantes conhecem as outras obstetras para não gerar um estranhamento no dia em que o trabalho de parto começar, caso ela seja acompanhada pela plantonista. O corpo clínico também se reúne pelo menos uma vez por mês para estudo e discussão de casos.

O grupo trabalha em esquema de plantão, com duas médicas escaladas 24h por dia, todos os dias do ano. Quando a paciente tem sinais de trabalho de parto ou bolsa rota, entra em contato com o plantão e é avaliada. Acompanha a fase inicial do trabalho de parto, preferencialmente na casa da paciente. Para o grupo, ter uma doula não é obrigatório, mas é altamente recomendável. Confirmada a fase ativa do trabalho de parto, a médica e a parturiente encaminham-se para o hospital, onde é acompanhada a evolução do trabalho de parto e o puerpério imediato. O acompanhamento do grupo é particular e a equipe realiza o parto em hospitais particulares da cidade. Um parto com o grupo pode custar até 7000 reais (contando os gastos com o hospital) fora as consultas que também são particulares e custam 250 reais cada. Geralmente as consultas são mensais e, a partir da 35ª semana, elas passam a ser semanais, sendo que a gestante paga duas consultas e tem direito a dois retornos.

Atualmente as obstetras atendem em dois hospitais particulares e realizam o parto normal na sala de parto do hospital, levando acessórios como a bola de pilates e a banqueta

para o parto, de modo a auxiliar no momento do nascimento. As reuniões temáticas são semanais e nelas as gestantes podem tirar dúvidas, conhecer ainda mais sobre as etapas do trabalho de parto e ter orientações sobre os cuidados com o bebê, dentre outros temas. Este espaço também existe para estabelecer o contato entre as diferentes obstetras e as gestantes. No entanto, não existe um espaço para o acompanhamento no pós-parto, como as rodas de pós-parto do grupo Flore Ser.

Outra crítica relatada em entrevista foi o fato de que os outros profissionais que participam do parto, como anestesista e pediatra, não fazem parte do grupo e não necessariamente preocupam-se em ter um tratamento humanizado com as parturientes e seus acompanhantes. Por ser um atendimento realizado por plantonistas apoiadores (as) ao Aphoto muitas experiências podem ser negativas. Os serviços são pagos fora do plano de saúde e as mulheres preferiam escolher os profissionais presentes no seu parto. Até mesmo a falta de acesso à anestesia para o parto normal foi relatada como um problema.

3.2 PROJETOS DE HUMANIZAÇÃO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS

Além dos grupos de gestantes a cidade conta com o Projeto Parto Adequado, desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement, com o apoio do Ministério da Saúde. O Hospital das Clínicas de Uberlândia aderiu ao projeto em 2015 e em 2017 começou a segunda fase, ao lado de outros hospitais pioneiros. Este projeto é coordenado por professoras do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia e tem o objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, valorizando o parto normal e reduzindo o percentual de cesárias.

O projeto visa ainda oferecer às mulheres e aos bebês um atendimento adequado, ao longo da gestação e do trabalho de parto, com uma equipe multiprofissional, a partir da medicina baseada em evidências e condições socioculturais e afetivas da gestante e família. Os objetivos específicos da primeira fase, ligados à promoção da saúde de mães e bebês foram: aumento de partos vaginais, redução de taxa cesáreas, diminuição das internações em UTI Neonatal e redução dos eventos adversos. Para atingir os objetivos é necessário preparar os funcionários dos hospitais públicos para propiciarem um tratamento humanizado às gestantes, reduzindo os casos de violência obstétrica e as taxas de cesáreas.

Alguns dos pilares norteadores do projeto são: a coalisão das lideranças do setor da saúde em torno da qualidade de segurança na atenção ao parto e nascimento; empoderar as gestantes e familiares para escolher o cuidado mais adequado para o trabalho de parto; uma nova organização do cuidado que acomode o tempo necessário para o parto adequado; e um sistema de informação que permita o aprendizado contínuo.

Sobre o pilar norteador de empoderar as gestantes o projeto entende ser de fundamental importância fornecer informações adequadas e baseadas em evidências científicas e colocar os interesses da gestante e da família em primeiro lugar no hospital de modo a resgatar o protagonismo da mulher no parto.

Algumas das mudanças no sentido de priorizar os interesses das gestantes e seus familiares são: garantir o direito ao acompanhante; estimular o uso do cartão da gestante e do plano de parto; fornecer informações sobre como fazer um plano de parto; estimular o diálogo entre gestante e médicas/os; criar programas de acompanhamento de gestantes para esclarecer dúvidas sobre o parto, de forma a transmitir confiança à gestante; e realizar pesquisas de satisfação com as mulheres sobre a assistência perinatal de forma a utilizar os resultados para melhorar o processo de cuidado.

No relatório apresentado em 2016, com os resultados da primeira fase do projeto, foram constatados dados importantes sobre a melhoria no atendimento à saúde das mães e dos bebês. Entre 2015 e 2016 a quantidade de partos realizados no quarto ou salas pré-parto e parto subiu de 36% para 64%; a taxa de episiotomia reduziu de 40% para 24%; a cesárea sem indicação reduziu de 83% para 59%; enquanto a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor subiu de 50% para 73%; o parto vaginal em mães na primeira gestação subiu de 29% para 37%; e o número de partos vaginais subiu de 22% para 37%.

Por meio dos dados percebe-se uma melhoria muito rápida em taxas importantes como a porcentagem de partos vaginais e de episiotomia realizadas, que podem ser indicadores da redução de técnicas obstétricas desnecessárias, em casos como a episiotomia de rotina que pode ser considerada uma violência obstétrica. No entanto, não é possível medir, apenas com estes dados, se houve uma melhoria na qualidade do atendimento, no acesso da gestante à informação e no seu protagonismo nas decisões relativas ao parto.

Outro projeto voltado para a qualificação de enfermeiros (as) e médicos (as) existente no Hospital das Clínicas de Uberlândia e no Hospital Municipal chama-se Apice

On. O projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a EBSEH, ABRAHUE, MEC e IFF/ FIOCRUZ, tendo a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora. O projeto foi lançado em agosto de 2017 e propõe a qualificação nos campos de atenção e cuidado ao parto e nascimento, no planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento. As principais características do projeto são o ensino, por meio de universidades ou unidades auxiliares de ensino, no âmbito da Rede Cegonha com o propósito de ampliar o alcance da atuação dos hospitais da rede SUS e aprimorar os processos de trabalho e acesso à qualidade do cuidado.

O projeto Apice On é constituído por uma rede de hospitais com atividades de ensino de todos os estados brasileiros. O objetivo é disparar movimentos para mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão junto a estas instituições, porque se apresentam como espaços definidores do modo como se consolida o aprendizado de práticas e a incorporação de modelos assistenciais. Por isto, se constituem em espaços preponderantes na formação dos novos profissionais, que tendem a replicar o que viram fazer e o que fizeram no ambiente de formação, especialmente na modalidade residência. (...) Acredita-se que a incorporação de um modelo de cuidado centrado nas necessidades e direitos das mulheres, seus bebês e familiares, como também nas melhores práticas disponíveis, poderá produzir, a curto e médio prazo, efeitos significativos na qualidade do cuidado ofertado no SUS, a partir da mobilização desses serviços para mudanças nas práticas de formação, atenção e gestão, balizadas por uma ética do cuidado baseada nas relações, que são a fonte primeira que sustenta as profissões da saúde. (Brasil, 2017, p. 4)

O projeto visa implementar e capilarizar práticas de cuidado baseadas em evidências científicas, nas diretrizes para o parto da OMS, nos direitos das mulheres e das crianças, assim como nos princípios da humanização. Ao estabelecer o ensino com base nestas diretrizes as práticas hospitalares podem ser transformadas de forma a produzir um impacto na rede de serviços como um todo. O distanciamento entre universidade, serviços e a comunidade também será superado.

Inicialmente o projeto será implementado em 96 hospitais que realizam atividades de ensino, sendo universitários federais ou certificados pelo Ministério da Saúde e que realizaram mais de 1000 partos em 2015, além disso estes devem aderir à Rede Cegonha e receber incentivos financeiros de custeio.

Além do âmbito da formação e da atenção o terceiro pilar do projeto é a gestão. Somente com o alinhamento destas três frentes é possível melhorar o atendimento,

garantindo melhores práticas baseadas em evidências e promovendo a participação e corresponsabilização de trabalhadores-gestores-usuárias nos processos de decisão, planejamento e avaliação. Para a implementação dos três componentes é necessário que as equipes do hospital gerem diagnósticos situacionais, criem projetos e planos de ação assim como as estratégias para viabilizá-los e desenvolvam planos de acompanhamento avaliativo.

No Brasil a medicalização do parto já está bem instituída, pois 98% dos partos do país são realizados em hospitais, sendo 88% realizados com o acompanhamento de médicos, com uma taxa de 90% de acompanhamento do pré-natal. No entanto, ainda temos altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Considerando estes dados o Ministério da Saúde chegou à conclusão que o atendimento ao parto também precisa melhorar.

Para melhorar o atendimento ao parto é preciso mudar a formação dos profissionais, assim como mudar as práticas dos profissionais já formados. O projeto considera fundamental atender às necessidades e desejos da mulher, sendo as decisões compartilhadas entre a parturiente e toda a equipe. O atendimento deve ser humanizado não só durante o trabalho de parto e o próprio parto, mas também na prevenção à gravidez, no planejamento reprodutivo, no atendimento em situação de aborto, no atendimento em situação de violência sexual, durante o pré-natal (que é fundamental para um parto saudável) e na atenção obstétrica e neonatal. O excesso de intervenções desnecessárias também é um dos desafios da qualificação da atenção obstétrica no país.

Os resultados esperados são:

No campo da qualificação da **Atenção**:

- Acompanhamento e redução, se pertinente, das taxas de cesariana segundo a Classificação de Robson – especialmente dos Grupos de 1 a 4; Partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras obstétricas ou obstetrizas;
- Acolhimento e classificação de risco em obstetrícia implementados; Acompanhante de livre escolha no trabalho de parto, parto e alojamento conjunto;
- Parturientes com dieta livre, com acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor, com incentivo à deambulação e a partos em posição não litotômica;
- Abolição de prática rotineira como venóclise no trabalho de parto, amniotomia, ocitocinano 1º e 2º estágios do parto, episiotomia, aspiração de vias aéreas e gástrica do RN;
- Clampeamento oportuno do cordão umbilical, contato pele a pele e amamentação na primeira hora garantidos;

- Recém-nascidos com realização do teste olhinho-orelhinha-coraçãozinho;
 - Utilização de aspiração manual intra-uterina (AMIU) pós abortamento;
 - Oferta de inserção imediata de DIU com Cobre no pós parto e pós aborto;
 - Serviço de atenção às mulheres em situação de violência sexual.
- No campo da qualificação do **Ensino/Formação**:
- Programa de integração ensino e serviço formalizado por meio de contrato entre as IES, o gestor do sistema de saúde e a direção do hospital;
 - Princípio da privacidade e confiabilidade dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, da autonomia e protagonismo das mulheres, presentes nos documentos orientadores dos programas de ensino do hospital;
 - Estratégias educacionais elaboradas e publicizadas que permitam o aprendizado colaborativo entre grupos de estudantes de diferentes profissões de saúde;
 - Boas práticas de atenção ao parto/nascimento e ao abortamento presentes nos conteúdos dos programas de ensino do hospital;
 - Articulação entre atenção e ensino e trabalho integrado entre equipes multiprofissionais;
 - Pesquisas sobre inovações no ensino e no cuidado às mulheres e bebês.
- No campo da qualificação da **Gestão**:
- Estratégias de gestão compartilhada e de espaços de escuta das usuárias/os, familiares e acompanhantes. (Brasil, 2017, p. 39)

A secretaria municipal de saúde, na subárea da saúde da mulher, acompanha os dois hospitais públicos da cidade e os seus projetos. O foco de trabalho é a sensibilização dos profissionais que fornecem assistência no trabalho de parto, inclusive nos hospitais, complementando os projetos existentes. Mas um aspecto importante é o foco nos profissionais das unidades de saúde da atenção básica, que acompanham a mulher no pré-natal. Informações sobre as orientações do Ministério da Saúde e da OMS para a humanização do parto assim como a sensibilização para um atendimento humanizado é trabalhada com os profissionais para que, durante o pré-natal, a mulher possa ser informada sobre o parto e suas fases. Afinal é no pré-natal que as mulheres devem ser preparadas para o parto, ter conhecimento suficiente para preencher seu plano de parto e conhecer o que ela vivenciará no pós-parto.

Todas as UAI tem o dever de oferecer um espaço para reuniões mensais de grupos de gestantes, segundo orientação da Secretaria de Saúde Municipal. Na prática nem sempre estas reuniões acontecem ou tem pouca ênfase na preparação para o parto, foca em temas como amamentação, cuidados com o bebê, vacinas a ser tomadas e riscos a serem evitados

na gravidez. Uma das queixas das equipes é a pouca participação das gestantes, seja pelo horário, incompatível com o trabalho da mulher, seja pela temática pouco interessante ou pelo acolhimento da equipe com a gestante. Por experiência, em grupos que começaram a crescer nas unidades, quando os temas são interessantes e acolhem a mulher, sem focar no que a mulher está fazendo de errado na gravidez, a adesão é maior.

Existem três projetos voltados para esta preparação na assistência básica: a vinculação da gestante para que ela saiba em qual hospital será atendida antes de entrar em trabalho de parto; oferecer a visita das mulheres ao hospital que ela está vinculada; e a implementação do plano de parto municipal. Algumas unidades foram escolhidas para o plano de parto ser implementado, para criar a vinculação e para fortalecer os grupos de gestantes, elas servirão como unidades piloto para aprimorar a implementação quando ela for abranger a rede como um todo.

A gestante que tem o parto na rede pública não consegue escolher o hospital, pois primeiro se encaminha à UAI Martins para, a partir dessa unidade, ser transferida para o hospital mais próximo ou com vagas disponíveis para atendê-la. No hospital público a gestante também é atendida pelo (a) obstetra plantonista, não sendo necessariamente o (a) obstetra que acompanhou sua gestação.

Na cidade a Caderneta da Gestante é utilizada na rede pública de saúde, no formato fornecido pelo Ministério da Saúde. A caderneta possui todos os dados de identificação da gestante, os dados dos exames e das consultas realizadas no pré-natal, além de várias informações importantes para a grávida. A primeira informação é sobre os direitos da gestante, contemplando toda a legislação em vigor no país. Outras informações são textos sobre a descoberta da gravidez, sobre a formação do bebê ao longo dos trimestres, orientações para uma gravidez saudável, sugestões para se preparar para o parto e os primeiros sinais sobre o início do trabalho de parto.

Especificamente sobre o trabalho de parto existe uma sessão explicando os procedimentos que não devem ser realizados apenas por rotina, além de dicas para favorecer o trabalho de parto e explicação sobre em quais casos a cesárea é necessária. O plano de parto, com o espaço para a gestante escrever o que a gestante quer no parto se encontra no final da caderneta, seguido por uma sessão dedicada ao puerpério, dados da consulta do pós-parto, instruções para a amamentação e finalizando com os exames do pré-natal do parceiro.

Como é perceptível a caderneta é um documento fundamental por ter todos os dados clínicos da gestante, auxiliando os (as) profissionais da saúde no momento do parto, e também por conter textos importantes para auxiliar a gestante a se preparar para a gestação, o parto, o puerpério e a amamentação, de forma a ter mais informações sobre cada fase que vivenciará.

O plano de parto municipal foi elaborado por representantes do Hospital das Clínicas, do Hospital Municipal, da Secretaria Municipal de Saúde – área técnica de saúde da mulher, da criança e atenção básica e da coordenação do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica da UFU. Seguindo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde o documento conta com uma parte de identificação da gestante e do acompanhante, um espaço para desejos e expectativas em relação à vivência do parto e uma área para lembrar itens importantes que devem ser levados para o hospital – como roupas, documentos e exames. O documento também está alinhado com o que os hospitais podem oferecer de assistência à mulher. Como a analgesia em parto normal não está disponível na cidade esta opção não aparece no plano de parto.

O plano de parto municipal conta com 18 perguntas, devendo algumas perguntas ser respondidas com sim ou não e outras podendo ser marcadas várias respostas. As primeiras perguntas tratam sobre o desejo da gestante de conhecer a maternidade, qual acompanhante foi escolhido, se o acompanhante deve ser informado de todos os procedimentos realizados, se terá o acompanhamento de uma doula e se o parto será fotografado. Em seguida existem perguntas sobre os métodos desejados para o alívio da dor, se a gestante quer ter liberdade para escolher as posições durante o parto - inclusive na hora do nascimento, se deseja ingerir alimentos leves e quais os principais cuidados ela quer para deixar o ambiente mais favorável à evolução do parto (como música, baixa luminosidade, privacidade). Especificamente sobre as intervenções existem perguntas sobre o desejo da mulher de realizar episiotomia, sobre a regularidade do toque (a OMS e o Ministério da Saúde recomendam a cada 4 horas), se deseja a presença de um acompanhante no caso da necessidade de uma cesárea, o que deseja que seja feito com o bebê assim que nascer, quem deve cortar o cordão umbilical do bebê e se deseja a inserção do DIU (dispositivo intrauterino) no pós-parto imediato de modo a garantir a contracepção.

Ao analisar o plano de parto é perceptível que ele segue uma linha de humanização do parto, ao informar a mulher sobre as recomendações internacionais sobre as recomendações para o parto saudável, para mãe e bebê, assim como abre espaço para a

decisão da mulher sobre quais intervenções ela deseja e em quais condições. O documento é pequeno e resumido mas traz as principais informações necessárias para orientar a equipe médica sobre quais os desejos e necessidades da mulher.

Desta forma, no momento vivenciamos um movimento forte pela humanização do atendimento ao parto por duas vias: a da rede pública – com projetos como o Parto Adequado, Apice On e cursos de formação aos profissionais do Hospital Municipal e UAIs – e pela rede particular por meio da atuação de profissionais em grupo, para garantir uma preparação e um atendimento humanizado, mesmo que a política oficial do hospital não seja essa.

O Hospital das Clínicas recebe prioritariamente os casos de alto risco, inclusive da região próxima à Uberlândia, e casos de risco moderado, os casos de baixo risco são recebidos mediante a localização da moradia da gestante e da disponibilidade de leitos.

Com o início do projeto Apice On no hospital foi possível a criação de três quartos PPP (pré-parto, parto e puerpério imediatos) que são quartos privados, com banheira e no qual a parturiente pode criar um ambiente tranquilo que atenda às suas necessidades. Outro avanço foi a criação de novos leitos canguru voltados para atender às crianças prematuras, e a melhoria no banco de coleta de leite que atualmente é o único em funcionamento na cidade (o Hospital Municipal conta com a estrutura do banco de leite, mas faltam funcionários/as para atender às mulheres).

A taxa de episiotomia do Hospital das Clínicas também foi reduzida com o início do projeto, pois era de 60% em 2013, e em 2017 ela caiu para 25%, sendo que a recomendação da OMS é de menos de 5%. Outro avanço foi a disponibilidade de métodos não farmacológicos de alívio da dor, como bola, banheira, chuveiro, massagens. Esta disponibilidade é fundamental, considerando que na rede pública de saúde da cidade não existe a oferta de analgesia para parto normal, algo que está disponível na rede particular.

As (Os) profissionais também se preocupam em estimular o aleitamento materno na primeira hora, para auxiliar que o leite desça, além de esperar para fazer os exames depois que mãe e bebê tiveram seu momento de contato pele a pele. Inclusive no caso de cirurgia cesárea criou-se uma faixa para prender o bebê no peito da mãe enquanto a cirurgia termina para estabelecer o vínculo entre os dois.

Com a implementação contando pouco mais de um ano, mudanças importantes no tratamento ao parto aconteceram. O projeto ainda precisa crescer, pois nem todas as equipes de atendimento ao parto fazem parte do projeto; isto gera relatos de experiências não tão positivas das mulheres que tiveram seus partos no hospital. No entanto, outros relatos e os próprios dados trazem a redução gradativa de práticas sem eficácia comprovada e redução dos casos de violência obstétrica, casos estes bastante comuns no hospital até poucos anos atrás, segundo inúmeros relatos.

Um grande avanço da cidade foi a criação da Lei Municipal 12.314/2015 que permite a entrada das doulas nos hospitais da cidade durante todo o atendimento para o parto, além do (a) outro (a) acompanhante já garantido em lei. Desde então as doulas não tem tido nenhum problema em acompanhar os partos e, aos poucos, os hospitais foram vendo o auxílio importante que elas podem dar para facilitar o trabalho de parto. Antes as (os) profissionais tinham muita resistência por não entenderem qual seria a função da doula, se ela iria questionar suas decisões, se iria atrapalhar o trabalho de parto. Mas a doula pode auxiliar com informações, acalmando a mulher, chamando a equipe quando há alguma mudança no trabalho de parto e pode trazer uma tranquilidade para a equipe, pelo fato da mulher não estar sozinha durante o trabalho de parto, principalmente nos hospitais públicos nos quais as equipes podem atender várias mulheres ao mesmo tempo.

Atualmente existe um curso de doulas oferecido na cidade uma vez ao ano pelo grupo Gestar, e dois projetos de cursos, um oferecido pelo próprio grupo Flore Ser e outro pelo Hospital Municipal de Uberlândia. O curso do hospital é gratuito e tem como pré-requisito que a inscrita tenha, no máximo, o ensino fundamental completo. Em contrapartida as mulheres cumprirão um estágio não remunerado no hospital pelo período de um ano, podendo trabalhar como doula, cobrando pelo serviço, após o final do estágio. O objetivo deste curso é formar mais doulas na cidade e, ao mesmo tempo, garantir o acesso a profissionais no próprio hospital para atender às parturientes que não podem pagar pelo serviço. Os cursos podem ter duração de uma semana, ou de alguns finais de semana, de acordo com a disponibilidade das/dos participantes. No curso são tratados os aspectos emocionais do parto, os aspectos fisiológicos, a educação perinatal, massagens, técnicas de alívio para a dor, como trabalhar como doula, dentre outros. Não há uma padronização da estrutura do curso no país, cada organizador (a) escolhe os temas e o período, assim como os valores cobrados.

Em entrevista com uma doula, formada desde 2012, ela relata que realizou o curso em São Paulo, pois na cidade ainda não existiam cursos de formação. Após formada ela foi voluntária no Hospital Municipal por dois anos, período no qual aprendeu muito por trabalhar com mulheres de diferentes perfis sociais, diferentes histórias, acompanhadas ou não, e precisar aprender como abordar esta mulher desconhecida que passa por um momento delicado da sua vida. Esse aspecto é um diferencial concernente à da doula com uma mulher que contrata seus serviços; nestes casos há um período para a gestante e a doula se conhecerem, conversarem, a mulher tira dúvidas e estabelece-se um vínculo mais próxima entre as duas.

Um dos diretores do hospital, desde 2013, tem uma postura diferente e começou a implementar as diretrizes de humanização do parto, não só com a abertura para o projeto de doulas voluntárias, mas também com uma estrutura básica como chuveiro, bola de pilates, banqueta de parto, aparelho de som, ervas para fazer escalda pés, adesivos para estimular a contração e a dilatação, liberdade para a mulher ter o parto na posição e no lugar onde quiser. Ainda não há, no entanto, os quartos PPP que existem no Hospital das Clínicas e durante o trabalho de parto duas mulheres dividem o mesmo quarto.

Assim como no Hospital das Clínicas também não existe analgesia para parto normal no Hospital Municipal e em algumas falas a sua falta é apontada como um aspecto negativo. Em casos de trabalhos de partos longos ou quando a dilatação para de avançar a analgesia é apontada como uma possibilidade de descanso, para dormir ou comer. Para a doula K21¹⁰ a analgesia seria importante em casos de necessidade e as técnicas não farmacológicas deveriam ser utilizadas em todas as gestantes, até para reduzir o uso de analgesia.

Diferentemente dos hospitais públicos, nos hospitais particulares a analgesia está disponível, mas, de acordo com uma entrevistada, as médicas humanizadas podem dizer para a gestante que a analgesia não está disponível para tentar evitar seu uso. Não existe comprovação desta informação, mas nos faz refletir sobre quais situação a analgesia é recomendada e se ela deve ser ofertada para todas as mulheres que pedirem, como uma forma de reduzir as dores e o sofrimento das mulheres que assim desejarem, como parte da

¹⁰ Para manter o sigilo da identidade das entrevistadas neste trabalho iremos nos referir à entrevistada utilizando a primeira letra de seu nome seguida da sua idade. Por isso algumas letras repetem-se, porém, os números são diferente.

escolha consciente. Entre as recomendações das evidências científicas e o desejo da mulher, neste caso, o que deve ser prioridade?

O projeto de doulas voluntárias é aberto para qualquer doula da cidade, desde que siga algumas regras a cujo conteúdo não tivemos acesso. As voluntárias têm como obrigação fazer um plantão por mês, de 10 horas, no Hospital Municipal, mas podem fazer quantos plantões puderem ou quiserem. O dia e o horário do plantão ficam a cargo da doula, por ser uma atividade voluntária e não remunerada.

Para a entrevistada, antes mesmo dos projetos do SUS para a humanização do parto na cidade, já existia uma cobrança para a redução de violência obstétrica (neste caso medida principalmente pela quantidade de episiotomia de rotina) e das taxas de cesáreas. O parto normal é melhor para a mulher, mas também é mais barato para o hospital, no caso do hospital público esta economia é muito interessante. Aos poucos a direção foi trabalhando a sensibilização da equipe para fornecer um atendimento humanizado e evitar cesáreas desnecessárias. O trabalho foi realizado com base nos próprios dados do hospital, questionando o porquê das cesáreas realizadas, sua real necessidade, quais intervenções foram benéficas e quais não. Hoje todas as médicas participantes do grupo Apheto trabalham como plantonistas no hospital.

No Hospital das Clínicas a entrada de doulas é bem aceita pelas (os) profissionais, mas nem todas (os) conhecem a fundo o que a doula fará no trabalho de parto. Está em construção um projeto para o trabalho de doulas voluntárias, seguindo o modelo do Hospital Municipal e ele pode auxiliar na melhor relação entre as doulas e as (os) profissionais que ainda não entendem bem seus serviços.

Para a entrevistada o trabalho da doula com a gestante

[...] começa com a educação, a educação perinatal, levando informações do parto, para trazer tranquilidade para essa mulher. Então mulher que decide passar por esse processo ela precisa chegar no trabalho de parto. Não é que precisa, mas é melhor para ela chegar no trabalho de parto com informações: 'olha o trabalho de parto, um exemplo né, ele tem as suas fases né, a contração ela não é a todo momento, você vai ter intervalos para descansar, para respirar.' Então é importante a gente ter esse trabalho com a mulher para que ela tenha tranquilidade no momento do trabalho de parto. Então a gente faz, geralmente, nós fazemos encontros, durante a gestação com o casal, ou o acompanhante da escolha da mulher. Então na gestação a gente tem essa preparação pro parto, preparação pra amamentação né. Eu tenho esse cuidado eu acho que a maioria das doulas também tem, das outras doulas né, de preparar para o parto e para o pós-parto, da amamentação e cuidados com o bebê. No momento do parto a

gente traz, digamos assim, segurança para essa mulher, no sentido assim: ‘olha tá tudo bem, o processo que você está vivendo está tudo dentro do normal’. De trazer tranquilidade: ‘olha vamos respirar fundo, vamos concentrar no que está acontecendo’. Filtrar as informações para essa mulher, para evitar stress, para evitar que quaisquer coisas saiam de forma diferente. Massagens, a gente trabalha com massagens na lombar né. Massagens para aliviar a dor durante as contrações, escalda pés, aromaterapia, que é trabalhar com óleos essenciais que podem ajudar tanto no processo de tranquilizar a gestante tanto no alívio da dor, processo fisiológico também. A gente tem alguns recursos como a bola de pilates, que ajuda bastante no momento da contração, reboso que é um tecido mexicano que a gente usa para fazer massagens na lombar. Então a gente tem recursos para ajudar essa mulher a atravessar o trabalho de parto de uma forma mais, mais tranquila. E no pós-parto é levar informações sobre a amamentação. (D 34, dezembro de 2018)

Ao mesmo tempo em que são citadas técnicas de auxílio no parto uma memória sobre o parto como um espaço de mulheres é resgatada em uma fala a seguir.

Sempre que eu vou falar o quê que é a doula eu sempre penso sempre nas nossas antepassadas, né. Por exemplo nas nossas avós, na minha avó por exemplo. Minha avó ela vai contar dos partos dela, foram todos aqui Uberlândia e na mesma casa que ela mora hoje. Então quando ela entrava em trabalho de parto vinha a vizinha, vinha a tia, vinha a sogra e essas mulheres se juntavam para cuidar da minha avó. Então uma mulher ia cuidar dos filhos mais velhos, a outra cuidava da comida, a outra ficava ali dando força, limpando um suor, fazendo uma massagem. Então eu lembro dessas muitas mulheres que cuidavam uma das outras e que foi se perdendo com o tempo hoje nós somos muito solitárias. Por mais que nós temos nossas amigas e tudo mais nós somos muito solitárias. Então eu vejo assim: a doula são essas mil mulheres que tinham todo esse cuidado com essa mulher que estava em trabalho de parto. Então sempre que eu penso o quê que é a doula? O que ela faz? É mais fácil falar o que a gente não faz, por que realmente a gente vai fazer o papel dessas mil mulheres que cuidavam né e que foi se perdendo né. E hoje eu vejo que as mulheres sentem uma confiança, sentem, quando a gente explica o que é o nosso trabalho quem elas sentem realmente uma vontade de serem acolhidas, de serem cuidadas nesse momento. (D 34, dezembro de 2018)

A quantidade de encontros da doula com a gestante é variável de acordo com as necessidades e desejo da gestante, pode ter de 2 a 3 encontros no mínimo, sendo o primeiro para conhecer a gestante e a (o) acompanhante, o segundo para falar do parto e o terceiro para falar da amamentação. Mas pode chegar até meses depois do parto caso a mulher sinta a necessidade de um apoio e acompanhamento. O valor do atendimento básico custaria 1200 reais, mas pode ser negociado de acordo com a situação financeira da família. Um das doulas entrevistadas trabalha com mulheres de renda familiar mais baixa, por isso o serviço acaba sendo mais barato, mas ela não quis fornecer um valor porque depende da quantidade de visitas e da necessidade da mulher.

As doulas da cidade possuem um grupo fechado no WhatsApp, que conta com cerca de 20 doulas atuantes, e em caso de necessidade de uma mulher que não possa pagar pelo serviço é divulgado no grupo para ver se alguma profissional aceita fazer o trabalho voluntário. Algumas fazem o trabalho voluntário no Hospital Municipal também, mas ainda é um número muito pequeno de profissionais para a demanda da cidade, por isso é importante o surgimento de mais cursos e de iniciativas dos hospitais públicos de cursos gratuitos, de forma a facilitar o acesso das interessadas.

Na cidade ainda não tem homens trabalhando nesta função. Pela entrevista tivemos a informação de um homem que fez o curso para auxiliar sua mulher durante o parto, mas ele não exerce a atividade. Não existe o pré-requisito de ser mulher ou de já ter tido filhos para fazer o curso e trabalhar na área, mas uma doula, em entrevista, acredita que a resistência pode vir das próprias gestantes. Segundo ela o parto é um momento muito íntimo e delicado e pode ser que as mulheres não queiram contratar homem, pouco conhecido, para auxiliá-las.

O processo de humanização do parto, iniciado há mais de duas décadas, ainda tem um longo caminho a percorrer. Repensar o próprio corpo, as técnicas do corpo aplicadas pelos hospitais e pelos (as) médicos (as), de modo a retomar autonomia deste corpo é necessário para as mulheres serem as protagonistas do movimento pela humanização de seus partos.

CAPÍTULO 4 – ESTUDO DE CASO DO GRUPO FLORE SER

O estudo de caso ampliado, como desenvolvido por Burawoy, implica em estudar casos situacionais – greves, danças, um grupo de preparação para o parto – para ver como eles refletem uma sociedade mais ampla. É um método que se utiliza da etnografia para estudar uma situação, no tempo e espaço dos sujeitos envolvidos, mas que estende a pesquisa do micro para o macro, buscando como o macro modela as situações micro.

O estudo de caso ampliado é capaz de ir a fundo nos binômios políticos de colonizador e colonizado, branco e negro, metrópole e periferia, capital e trabalho, para descobrir múltiplos processos, interesses e identidades. Ao mesmo tempo, o contexto pós-colonial oferece um terreno fértil para condensar novamente estas prolíficas diferenças em torno de conexões locais nacionais e globais. (BURAWOY, 2014, p. 46)

Segundo o autor, para que o estudo de caso seja possível, é necessário realizar uma observação participante, sem pretensão do pesquisador não se envolver com a pesquisa e ser totalmente neutro. Ele propõe uma ciência alternativa para ser a base do estudo de caso ampliado, “uma ciência reflexiva que toma o contexto como ponto de partida, mas não como ponto de chegada. ” (BURAWOY, 2014, p.61)

Para melhor definir a ciência reflexiva o autor explica que

O diálogo é o princípio unificador da ciência reflexiva, que é dialógica em cada uma das quatro dimensões a seguir. Ela requer a intervenção do observador na vida do participante; ela demanda uma análise da interação dentro das situações sociais; ela desvenda os processos locais em um relacionamento mutuamente determinado com as forças externas; e ela considera que a teoria emerge não apenas do diálogo entre observador e participante, mas dos observadores consigo mesmos, vistos agora como participantes em uma comunidade científica. (BURAWOY, 2014, p.67)

A ciência reflexiva realiza uma redução agregando o conhecimento situacional ao processo social, colecionando várias leituras de um único caso. Afinal cada pesquisador constrói seus dados a partir de um momento histórico, ponto de vista, posição social e linha teórica. Cada pesquisa contribui para a reconstrução da teoria, daí a importância de diversas leituras de um mesmo caso.

O estudo de caso ampliado utiliza-se da comparação, mas com o objetivo de rastrear as origens das diferenças, por menor que elas sejam, até chegar às forças externas. A finalidade da comparação é ligar os casos, ao contrário de reduzi-los à lei geral.

Nesta pesquisa foi realizado um estudo de caso ampliado sobre o grupo Flore Ser, situado na cidade de Uberlândia, por meio de entrevistas com as fundadoras do grupo e as gestantes participantes das atividades. O método tornou possível uma análise aprofundada sobre o grupo, sua importância para as gestantes, na preparação das mesmas para o parto, no auxílio para o processo de empoderamento delas e os impactos do grupo sobre as políticas para humanização do parto na cidade.

4.1 FLORE SER – PARTO & CRIAS

O Grupo Flore Ser – Parto e Crias existe na cidade desde 2013 promovendo grupos, cursos e eventos com o objetivo de preparar e cuidar dos casais e da família no período da gestação, do parto e do pós-parto. O grupo foi fundado por duas mulheres, com formação de doulas, e conta com o apoio de mais uma doula. O grupo já contou com mais 4 profissionais, mas a maioria saiu dele recentemente. Ele surgiu pela vontade de criar um grupo de pós-parto na cidade. As duas fundadoras, ambas com formação como doula já trabalhavam nesta função e também participavam do grupo Bom Parto e viram a demanda das mulheres de ter um grupo de apoio, após o parto, com horário acessível para participar com os bebês. Além disso as duas não tiveram um grupo de apoio quando tiveram seus próprios filhos, então uma das motivações para construir o grupo é fornecer este espaço de apoio e acolhimento às mulheres.

Inicialmente o grupo chamava-se apenas Flore Ser era fechado, focado na roda de pós-parto, com encontros contínuos, nos quais as fundadoras auxiliavam com a terapia e a yoga. Após 7 meses de atividades, em 2014, as fundadoras decidiram ampliar e abriu o grupo com atividades também para gestantes e com espaços para receber também os homens. Recebeu, a partir de então, o nome de Flore Ser – Parto e Crias.

O objetivo principal, após a ampliação do grupo, era experimentar um novo formato de preparação para o parto, desta vez em grupo e não em reuniões apenas da doula com o casal. O trabalho desenvolvido é focado na informação, no suporte emocional, na troca de vivências e solução de dúvidas.

Este grupo foi escolhido para esta pesquisa porque foi o grupo que se mostrou mais disponível para auxiliar na pesquisa, possibilitando a participação em suas atividades. Além disso é um dos grupos mais antigos da cidade, com uma agenda bem ampla de cursos

e atividades, além de ser formado por profissionais de diversas áreas. Suas atividades contam com a participação de um número significativo de mulheres, o que auxilia na obtenção de entrevistas.

O grupo considera-se facilitador do processo de conscientização da importância da participação ativa da mulher, do casal e da família no momento da chegada de um novo ser ao mundo e das transformações profundas que este evento proporciona a cada um, e principalmente às mães e aos pais. Acreditam que a abertura, a entrega e o envolvimento verdadeiro, podem propiciar uma experiência mais luminosa e amorosa com este novo ser que chega e com esse novo “eu” que emerge desse grande encontro. Esta fala remete a uma visão da maternidade ainda ligada a uma experiência única na vida da mulher, e do (a) companheiro (a), e muito romantizada como se a mulher tivesse a maternidade como objetivo primordial na vida.

O grupo conta com um site, uma página no *Facebook* e uma página no *Instagram*, todos com o nome Flore Ser – Parto & Crias. A página no *Facebook* conta com 1325 seguidores e o *Instagram* conta com 430 seguidores. Por meio destes canais é possível conhecer as próximas atividades do grupo, obter informações relacionadas à gestação, parto e pós-parto, além de estabelecer contato para esclarecimento de dúvidas com as organizadoras. Além dos perfis em redes sociais o grupo conta com dois grupos no aplicativo *WhatsApp*, o grupo intitulado Roda de Gestantes e Casais conta com 42 participantes e o grupo Roda de Pós-Parto conta com 60 participantes. Após a minha participação em uma roda comecei a fazer parte do grupo de WhatsApp da Roda de Gestantes e Casais e, posteriormente da Roda de Pós-Parto e lá consegui informações sobre a sua organização.

Os grupos são formados apenas por participantes mulheres e a maioria entra primeiramente no grupo de gestantes, sendo indicado pelas administradoras que as mesmas, após até terem seus bebês, participem do grupo de pós-parto. Muitas inclusive publicam no grupo seus relatos de parto e depois pedem para serem adicionadas ao grupo da Roda de Pós-Parto.

O grupo funciona como uma extensão da roda presencial, mas é um ambiente mais informal, de contato mais rápido, no qual as gestantes postam sugestões, tiram dúvidas sobre sintomas ainda desconhecidos, perguntam sobre a experiência das demais com os hospitais da cidade (como foi o tratamento, se foi respeitado o plano de parto), divulgam

outras atividades que participam (ioga, pilates, fisioterapia), trocam informações sobre enxoval e demais itens para a chegada do bebê, indicam profissionais da área da saúde ou de artigos diversos para bebês, recomendam livros, etc.

As administradoras também utilizam o grupo como espaço de divulgação das próximas atividades do Flore Ser, gratuitas ou pagas, assim como eventos diversos que participarão. Recentemente foi divulgada a exibição do documentário O Renascimento do Parto 3, seguido de uma mesa redonda com a participação de uma das coordenadoras do Flore Ser. Posteriormente à atividade o grupo foi utilizado como espaço para as gestantes que participaram da exibição exporem suas opiniões sobre o documentário e sobre a atividade em si.

Para as mulheres que não conseguem acompanhar as reuniões presenciais o grupo funciona com um espaço de debate também, além de manter os vínculos de amizade e troca de informações.

Atualmente o grupo possui uma sede própria no espaço Hábita, situado no bairro Cidade Jardim, onde ocorrem todas as atividades. Antes de ter um espaço próprio os encontros e cursos eram realizados em espaços alugados de forma nômade, como diz uma das entrevistadas, por precisar levar todo o material dos cursos nas costas todos os dias em que ocorriam atividades. O espaço Hábita é um espaço pensado para comportar o Flore Ser e suas atividades mas conta também com consultórios de Ginecologistas/ Obstetras, Terapeutas Holísticos, Instrutora de Amamentação, Psicóloga e demais profissionais da área da saúde e é de propriedade das fundadoras do Flore Ser. Muitos dos (as) profissionais com consultórios lá instalados eram antes indicados pelas fundadoras e têm a mesma linha de pensamento sobre a humanização do parto.

A atividade principal do grupo é a roda de gestantes e casais, uma atividade gratuita, aberta ao público (mesmo para quem não está esperando um bebê), e acontece nos primeiros e terceiros sábados de cada mês, de manhã, na sede do grupo. É um encontro que oferece informação e orientação, incentiva, promove a troca de experiências e sentimentos no processo de gestação e preparação para o parto. A atividade é desenvolvida em círculo, no qual todas (os) sentam-se em almofadas no chão. Cada encontro possui um tema a ser desenvolvido, podendo gerar debates, levando cada participante a expressar seus sentimentos, dúvidas e conhecimentos. A roda conta com um grupo no *WhatsApp* para troca de informações, vivências e contato entre todas as participantes pois, mesmo a roda

sendo quinzenal, nem todo encontro conta com a presença de todas (os) as (os) mesmas (os) participantes.

A roda de pós-parto ocorre quinzenalmente, às quintas feiras, no período da tarde. A roda é aberta para a participação de mães, bebês e familiares, com o objetivo de promover o diálogo e acolhimento no momento do puerpério e nos primeiros meses de vida do bebê. A atividade é importante por ser um suporte para as mães em um momento delicado, um lugar de troca de experiências com outras mulheres que vivenciam a mesma situação, sendo que muitas mães estão com o primeiro filho e sem o apoio da família na cidade. Por ser à tarde as mulheres vão apenas com os bebês e a roda torna-se um momento de sociabilidade para elas, principalmente para as mães que estão sozinhas o dia todo, em usufruto de licença maternidade. Alguns temas trabalhados na roda são a relação do casal depois do nascimento do bebê, a relação com as avós e demais parentes, a solidão da mãe no pós-parto, a depressão pós-parto, os conselhos alheios nos cuidados com o bebê, alimentação, etc.

Para as mulheres que delas participam, as rodas de pós-parto funcionam como um espaço de terapia de grupo, no qual nem sempre o tema proposto é trabalhado, abrindo a possibilidade de lidar com as demandas cotidianas das mulheres. É um momento de acolhimento e escuta das dificuldades e angústias das mães e de auxílio e incentivo das que já passaram por problemas parecidos.

A roda reflorescer é destinada às mulheres que passaram por um processo de abortamento, morte neonatal ou internação do filho em UTI neonatal. O objetivo da roda é promover um espaço para acolher a mulher, ou casal, após este momento traumático, dando a possibilidade de se expressar, lidar com os sentimentos e vivenciar a empatia de quem passou por uma situação similar a sua.

Outra atividade promovida é o curso pago de preparação para o parto, no qual aprofunda-se nas questões mais importantes relacionadas ao parto, de forma a compreender melhor cada fase do trabalho de parto e da chegada do bebê, seja na dimensão emocional ou fisiológica. Por meio do curso a participante obtém mais conhecimento para decidir sobre o parto, propiciando um envolvimento mais ativo com a chegada do bebê. O curso pode ser feito pelo casal, pela gestante sozinha ou com a (o) acompanhante de sua escolha.

O curso de cuidados no pós-parto também é pago, variando seu valor, em caso individual ou do casal, e tem o objetivo de preparar gestantes e casais para o que virá. Auxilia na adaptação ao pós-parto, orienta com indicação de práticas e recursos para lidar

com as principais questões desta fase, tanto nos cuidados com o bebê, quanto nos cuidados com a mulher. Os principais temas são: os cuidados com o bebê, inclusive seu desenvolvimento e sua rotina; os cuidados com a mãe, como recuperação do períneo e mamas, alimentação e repouso; e os cuidados com o casal, como o resguardo e as relações familiares. Há tempos este curso não é ofertado, mas é considerado muito importante pelas organizadoras.

O grupo promove um curso de amamentação para preparar a gestante para o aleitamento materno. É um momento no qual solucionam-se dúvidas, instrui-se sobre a “pega”¹¹ do bebê no seio da mãe e transmite-se informações sobre a rotina de amamentação, a alimentação da mãe e a importância do aleitamento materno. É uma atividade paga aberta a gestantes e casais. A mediadora do curso é consultora de amamentação e pode auxiliar individualmente no pós-parto, de acordo com a necessidade e solicitação da mãe.

O chá de bênçãos para gestantes é um momento para elas receberem o carinho e o cuidado que elas tanto precisam. Por meio das bênçãos de mulheres queridas, suas acompanhantes convidadas, a gestante pode empoderar-se da sua força materna e conectar-se consigo e com o seu bebê. A atividade é paga e o valor varia de acordo com o número de acompanhantes. Se for uma atividade do Flore Ser, em conjunto com várias gestantes, pode custar na faixa de 200 reais para a gestante mais um acompanhante. Se o chá de bênçãos for individual para a gestante, podendo ser na sua própria casa, ele custa em média de 390 reais e mais 150 reais pela pintura na barriga. No caso de o chá ser individual o número de convidados pode ser maior.

Já foram realizados alguns encontros e cursos voltados para os (as) profissionais, como obstetras, doulas, enfermeiras obstetras para lidar com temas como novas técnicas de auxílio no parto, como lidar com intercorrências no parto – inclusive quando estas levam a óbito. Outras atividades promovidas pelo grupo são: ritual de fechamento do parto, círculo de mulheres Ollin, a arte de pintura na barriga e a arte com a placenta.

As organizadoras participam também, representando o Flore Ser, de outras atividades como palestras, mesas-redondas, aulas, seja em eventos da Universidade Federal

¹¹ A ‘pega’ do bebê é o nome dado à forma com a qual o bebê abre a boca para sugar o peito da mãe. O bebê precisa abrir bem a boca para abocanhar a auréola inteira do seio da mãe para conseguir mamar o leite corretamente e, assim, não machucar tanto o seio da mulher.

de Uberlândia ou de outras Instituições, encontros e eventos de outros grupos de gestantes, mobilizações para a ampliação da humanização do parto¹² na cidade. Para o futuro o grupo pretende desenvolver um grupo de formação para doulas e um curso de aprofundamento para as doulas já formadas.

4.2 EXPERIÊNCIA EM UMA RODA DE GESTANTE

Em julho participei de uma Roda de Gestantes e Casais do Grupo Flore Ser, que começou às 10h da manhã e foi realizada no espaço Hábita. O local conta com 3 andares nos quais, para além dos consultórios, conta com uma área para exposição de obras de arte, um terraço no qual podem ser realizadas atividades e uma sala destinada a conferências e para as reuniões do grupo. A sala de conferências fica no subsolo do prédio e conta com telão, projetor, aparelhos de som, cozinha (na qual se organizam os lanches da reunião) e banheiros. O maior espaço da sala é composto por um tapete, no qual são postas almofadas no chão, em círculo, para a realização das rodas. A sala é rodeada por janelas de vidro e tem uma porta que abre para um jardim; nele também acontecem atividades, como a dança Mãe e Bebê que ocorreu em uma das Rodas de Pós-Parto.

A reunião da qual participei foi coordenada por uma das organizadoras do grupo, a K40, e tinha como tema a solução de dúvidas sobre o parto. Apesar do nome ser Roda de Gestantes, ela é aberta aos casais e às mulheres que querem engravidar em um futuro próximo. Neste dia estavam presentes três casais, sendo um deles um casal formado por duas mulheres que tinham passado recentemente pela inseminação artificial, e mais três gestantes.

A roda tem início com a apresentação de cada uma das participantes, falando o nome, quantas semanas de gestação ela tem e qual é o interesse na atividade. De acordo com A38 a maioria das mulheres que procuram a roda já ouviram falar sobre humanização e tem curiosidade de aprender mais sobre os significados de um parto humanizado. Com a participação estas mulheres, em geral, acabam buscando sim um tratamento humanizado

¹² O grupo participou ativamente na luta pela criação da Lei Municipal 12.314/2015 que regulamenta o trabalho da doula e a sua entrada nos hospitais para auxiliar durante o parto. Inclusive as organizadoras auxiliaram o vereador, proponente do projeto de lei, com informações sobre o trabalho da doula e sua importância no trabalho de parto. A partir desta lei tornaram-se possíveis projetos como o do Hospital Municipal para receber doulas voluntárias.

durante o parto. Em somente um caso citado a mulher não sabia nada sobre a humanização, participou da roda e não voltou mais porque preferia uma cesárea agendada.

Durante a apresentação já foram surgindo discussões, principalmente após a minha apresentação, na qual falei sobre a pesquisa com o grupo Flore Ser. Alguns temas discutidos foram a própria noção de parto humanizado, a maior ou necessidade de intervenções.

A percepção de uma das gestantes foi interessante pois, ela possui uma avó que foi parteira e tem uma visão do parto como algo mais simples e com menos medo de complicações e da própria dor do trabalho de parto. Outra gestante contou sua experiência com uma gestação anterior à atual que foi interrompida por um aborto espontâneo e seu relato puxou a discussão sobre o acompanhamento obstétrico na cidade. A gestante gostaria de passar por um parto normal e o obstetra somente faria o parto se fosse por meio de uma cirurgia cesárea. Por este motivo a gestante trocou de obstetra para uma médica que faz parte do grupo Apheto.

Uma terceira gestante também é atendida por uma obstetra do grupo Apheto e contou como foi a experiência, sua e de seu companheiro, de conhecer o Hospital Santa Clara, no qual será realizado o seu parto. Segundo o relato o Hospital não conta com um quarto próprio para o parto, sendo o mesmo realizado no centro cirúrgico. No centro cirúrgico o chão é forrado com um material esterilizado, a obstetra leva a banqueta própria para o parto (caso esta seja a posição desejada pela parturiente) e assim realiza-se o parto. Durante o trabalho de parto a parturiente fica no quarto, no qual a doula pode auxiliá-la com movimentos na bola de pilates, massagens e demais técnicas de alívio para a dor. Não ficou claro se o hospital fornece analgesia para parto normal, sendo que na rede pública – Hospital Municipal e Hospital das Clínicas - a parturiente ainda não tem acesso à analgesia.

Ao final das discussões foi passado um vídeo de um parto realizado em casa, em uma piscina e sem intervenções medicamentosas. Após o vídeo cada pessoa deveria falar uma palavra que lhe viesse à cabeça para representar as imagens assistidas. Assim a reunião acabou com um lanche, para o qual é pedido que cada participante contribua com um item de comida ou bebida, e com uma foto de todos (as) os (as) presentes.

Por meio da participação na roda foi perceptível que a coordenadora tem um papel muito mais de guiar a discussão e solucionar dúvidas, do que de atuar como uma palestrante sobre o tema selecionado. A falta de informação sobre o parto e a gestação ainda é muito

grande, mesmo entre as pessoas que procuram a humanização do parto e a participação na roda. Cada participante é estimulada (o) a falar, expor suas ideias, seus conhecimentos práticos, suas dúvidas, medos, preconceitos e até a auxiliar as outras por meio de relatos de experiência. A roda funciona como um espaço de acolhimento e de entrada para as outras atividades do grupo, principalmente por ser gratuita e quinzenal, o que facilita o planejamento para a participação das gestantes e de seus companheiros, que por ocorrer aos sábados, é facilitada porque geralmente durante a semana as pessoas trabalham e o público poderia ser menor.

A presença dos pais e da companheira na roda foi uma constatação importante, inclusive dois dos casais estavam bem no início da gestação e já procuraram uma roda de gestantes como forma de obter mais informação sobre o parto humanizado e prepararem-se para o trabalho de parto em si. Conforme a fala de uma das organizadoras (K40) a maior parte das (os) participantes são casais e os homens que participam da roda vão mais para acompanhar as mulheres, mas depois aprendem muito e voltam com a sensação de estarem prontos para acompanhar o parto.

As rodas de gestantes originalmente eram realizadas com relatos de partos com a mãe ou o casal, discorrendo sobre vários partos diferentes. Posteriormente as rodas começaram a ter temas específicos e agora estes são escolhidos com bastante antecedência. Entre outubro de 2018 e março de 2019 os temas escolhidos foram: gestação saudável – corpo, mente e coração; fisiologia do parto e nascimento; mitos sobre o parto e o bebê; parto humanizado normal e cesárea; plano de parto – decisões importantes; a doula e os recursos facilitadores do parto; a dor do/no parto – compreender, acolher e lidar; hormônios e emoções – gestação, parto e pós-parto; sexualidade – da concepção à nova vida; parto humanizado – entre as tradições e o novo mundo; pós-parto imediato e amamentação à primeira hora; preparando-se para o puerpério. É possível perceber pelas temáticas que a visão do grupo é do parto como parte integrante do processo mais amplo da maternidade e da paternidade.

Para as fundadoras a roda é um espaço de acolhimento dos sentimentos, de respeito e de empoderamento pessoal dos casais. O conhecimento seria uma forma do casal e das gestantes sentirem-se seguras e reconhecer sua capacidade de decidir o melhor para si e para o seu filho (a).

“Às vezes mesmo na humanização as pessoas vêm querendo um modelo: aí então eu ouvi falar que a cesárea é ruim, ouvi falar que, sei lá, parto no

hospital não pode, então o quê que eu faço? Querendo uma resposta e é muito mais a gente oferecer suporte: o que que você deseja para você? O que que para você é legal? O que que é o certo né? Para não correr o risco de a gente também criar um outro modelo tão diretivo quanto né” (A38, outubro de 2018)

Por humanização A38 entende:

É escutar as pessoas principais na história que é a mulher, o bebê e o acompanhante, o casal. Então o parto humanizado é quando a pessoa que está gestando pode participar ativamente do processo. E aí entrando as evidências científicas, sabendo que o nosso [...] acreditando no potencial do corpo feminino em gestar e parir. Então pelas evidências científicas o melhor caminho é menos interferência possível. Então o parto humanizado o quê que é: é aquele que a gente vai também respeitar o fisiológico né, o processo, escutar o corpo, eu acho, e a mulher que está ali nesse processo. (A38, outubro de 2018)

Complementando esta definição K40 diz:

Eu acho que antes um pouco disso né tem, antes de ouvir o que esta pessoa deseja para ela vem o papel, que eu acho que é como nasceu a humanização, todo este trabalho de humanização do parto, que é o de esclarecer, de trazer o esclarecimento. Então primeiro eu te esclareço, eu não estou te vendendo um outro padrão para você escolher. Tanto é que esse é o diferencial que vem depois. Então eu te esclareço: olha o quê que é a cesárea. Porque ninguém esclarece o quê que é uma cesárea. O que é uma cirurgia? Por quê que ela vem? O que acontece? Quais são os benefícios e prejuízos? E esse é o parto normal, natural. Quais são os benefícios e prejuízos dele conforme: aí tem de trazer todas as evidências científicas porque é uma coisa nova, então tem que trazer bonitinho por A mais B. E é isso que impulsiona nosso trabalho, são as provas de que existem escolhas que promovem mais saúde para a mãe e para o bebê em todos sentidos. Não é só saúde física, né, é saúde psicológica, emocional, de crescimento pessoal. E aí trouxe esse esclarecimento e agora? Agora eu quero te ouvir e respeitar verdadeiramente [...] porque o que nós queremos né, assim, evitar e até combater é que as mulheres elas sejam enganadas, que é o que aconteceu durante anos e anos. Sejam enganadas, tomem decisões achando que é uma grande vantagem em tomar aquela decisão daquele jeito uma informação enganada. Enganosa né [...] então vamos falar assim ó: esclarecimento, empoderamento, respeito ao querer, possibilidades e cuidado porque aí depois disso vem: então está escolheu, lá na hora H, e agora? Agora é cuidar dessa mulher, independente se ela está fazendo cesárea, independente se ela está no SUS, independente se ela está em casa. Cuidar dessa mulher com amor, com respeito, com, com, com entrega, com envolvimento, garantindo que ela seja e faça da maneira dela né. (K40, outubro de 2018)

Nestas definições aparecem aspectos importantes como escolha, empatia, condições econômicas, aspectos emocionais e físicos que podem surgir durante o trabalho de parto e auxiliar ou não o parto a ser mais natural, com mais intervenções, ou até fazer necessária a finalização com uma cesárea.

Um dos principais aspectos presente na fala é a centralidade da informação para que a mulher possa escolher por qual parto ela quer passar e, assim, poder lutar pelos seus direitos. A visão da entrevistada não é diretiva, o parto humanizado é entendido como aquele que verdadeiramente respeita a mulher e preza por sua saúde, não somente física, como emocional e psicológica. Não há um direcionamento para um novo padrão de parto, mas há o esclarecimento sobre os riscos e benefícios do parto normal, da cesárea e de todas as intervenções, sejam elas necessárias ou não. Com o conhecimento a mulher não mais seria enganada pelas (os) profissionais e poderia entender qual parto é melhor para ela, na sua realidade de vida e de gestação.

Quando as entrevistadas falam do parto natural podemos entender que elas falam de um parto com menos intervenção e menos controlado pela equipe médica. A equipe mais assistiria à mulher fazer o seu próprio parto e auxiliaria em caso de necessidade. Nem por isso o parto natural

(...) poderia ser interpretado como amarrado ao corpo e ao biológico única e exclusivamente. Pela mesma razão, não se adequaria somente ao parto vaginal, denominado parto normal (...) O termo natural parece, de algum modo, estender o significado de natureza como algo dado, inerte e passivo, para um outro sentido: o de menos intervenção, de menos controle e de mais autoria e observância do desejado pela mulher que está parindo. Nesse sentido, oscila e é objeto de expectativas individualizadas, que conferem conteúdo ao que seria um parto mais natural e humanizado. Além de ser o menos intervencionista, é também o mais acolhedor, o mais respeitoso, o mais protagonizado. Tais aspectos abarcam questões de outra ordem – de gênero, de trato humano e de relações de poder – não especificamente as que se deteriam apenas ao corpo, tratando-se de um corpo que não é somente um corpo, mas configurado e tecido mediante emoções, sensações, ambiente e relações afetivas. (CARNEIRO, 2015, p. 139)

Nas rodas existe um trabalho para lidar com os limites das suas possibilidades, inclusive diante de reações inesperadas, para não ocorrer frustração pelo parto não ter ocorrido de uma determinada forma tão sonhada e almejada pela mulher. Rosamaria Carneiro (2015) traz este aspecto da preparação para o parto humanizado como a busca pelo ‘meu parto’, um parto singular, respeitando a história, o desejo e as necessidades específicas desta mulher, que não quer ser ‘apenas mais uma a dar à luz’.

4.3 QUESTÕES METODOLÓGICAS PARA ANÁLISE DE DADOS

Este trabalho realiza uma pesquisa qualitativa que privilegia, a “intensidade” e profundidade visando captar as normas, os valores, símbolos e representações do grupo social ao qual as pessoas pertencem. Esta abordagem tem como base, de acordo com Chizzotti (1991), o método clínico, que analisa o homem em um dado momento e em uma dada cultura, e o método histórico – antropológico, que considera o contexto em que um dado ocorre. Segundo Chizzotti a pesquisa qualitativa:

[...] parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa: o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações. (CHIZZOTTI, 1991, p.79)

Para obter os dados necessários para a pesquisa foram realizadas entrevistas semiestruturadas aliadas a questionários socioeconômicos. O autor supracitado entende que questionários e entrevistas são técnicas complementares, que se auxiliam mutuamente na formulação e na captação de dados.

De acordo com Thiollent, a entrevista é uma “técnica de observação direta pelo fato de estabelecer um contato efetivo com as pessoas implicadas no problema investigado.” (THIOLLENT, 1982, p.32). Neste trabalho utilizamos um roteiro de perguntas abertas, com possibilidade de acréscimo de novas perguntas após teste-piloto da entrevista.

Como método de análise dos dados obtidos com as entrevistas e os questionários foi escolhida a Análise do Discurso. Visto pela perspectiva da linguagem o discurso pode ser considerado como as manifestações verbais orais ou escritas, presentes ou passadas, presenciais ou realizadas por meios eletrônicos. Para Carmo,

(...) tomando como referência as concepções de Bakhtin, o discurso é considerado como sentidos produzidos numa situação de enunciação, decorrente da interação verbal de determinados indivíduos, em condições sociais determinadas. Introduce-se, neste caso, um outro conceito fundamental para a compreensão dos fenômenos discursivos, o conceito de enunciação – concebido por Bakhtin como ‘ato individual de fala’, que, embora sendo individual é de natureza inteiramente social, porque inscrito em processos de interação verbal, que são sempre sociais. (CARMO, 1999, p.15)

O sujeito do discurso parte de condições próprias de construção do discurso, condições sociais e históricas, mas também pode ser influenciado por esta construção. Para

Maingueneu considerar a influência social na construção dos discursos seria uma confirmação de que

(...) é preciso articular as coerções que possibilitam a formação discursiva com as que possibilitam o grupo, já que estas duas instâncias são conduzidas pela mesma lógica. Não se dirá, pois, que o grupo gera um discurso do exterior, mas que *a instituição discursiva possui, de alguma forma, duas faces*, uma que diz respeito ao social e a outra, à linguagem. A partir daí as *formações discursivas concorrentes em uma determinada área também se opõem pelo modo de funcionamento dos grupos que lhes estão associados*. (MAINGUENEU, 1997, p. 55)

O autor propõe a ideia de *prática discursiva* para unir a formação do discurso com a comunidade discursiva, na qual esta formação ocorre. O conceito uniria as duas faces do discurso, a textual e a social, sem considerar a última como desenvolvida à parte do resto da sociedade. A comunidade, em conjunto com a realidade na qual está inserida, estabelece condições e limites para a construção dos discursos. Não podemos esquecer que as relações sociais são mediadas por instituições como a família, a religião, o trabalho e as relações entre sujeitos são permeadas por conflitos e desigualdades.

Daí que em qualquer discurso se encontrem os traços desses relacionamentos sociais e dos embates que lhes são inerentes. Conforme Bakhtin, o discurso se torna a arena desses confrontos, não apenas daqueles referidos à luta de classes, mas também a outros tipos de relacionamento social, fundados na hierarquização, e que atuam fortemente sobre as formas de enunciação. (CARMO, 1999, p.22).

Por meio da análise do discurso podemos captar os embates e hierarquias entre os grupos, entre as classes, assim como os diferentes discursos presentes em um conjunto de entrevistas, que pode ser considerado inicialmente como permeado por um discurso homogêneo.

O grupo estudado neste trabalho possui objetivos voltados para a humanização do parto, mas é frequentado por um público amplo, com contextos sociais diferentes. Questões como a condição de classe, moradia, grau de escolaridade, até mesmo o conhecimento prévio sobre a fisiologia do parto e experiência de uma gravidez anterior podem ser fatores importantes no discurso que encontramos nas entrevistas.

A metodologia foi fundamental para analisar como as entrevistadas entendem e dão significado a termos como parto humanizado, empoderamento, maternidade. Também tornou possível entender como o perfil socioeconômico e as experiências destas mulheres influenciou nas suas falas e na compreensão das suas vivências de parto.

4.4 MULHERES PARTICIPANTES DO GRUPO FLORE SER

Durante a pesquisa foram realizadas treze entrevistas, sendo nove com mulheres que participam do Flore Ser, na roda de gestantes e de pós-parto, duas entrevistas com as organizadoras do grupo e duas com doulas que auxiliaram gestantes entrevistadas. Por meio da proximidade com as organizadoras pude participar de uma roda de gestante e conhecer sua dinâmica. Também por meio deste contato entrei nos grupos de WhatsApp das rodas e pude acompanhar por meses as mensagens trocadas, relatos de parto, dúvidas e informações postadas a cada dia.

Foi mediante os grupos que consegui enviar mensagens e estabelecer o contato com mulheres dispostas a serem entrevistadas. Cerca de 4 mulheres se dispuseram-se para a entrevista, mas, seja por dificuldade de horário, seja pelo final de ano, as entrevistas acabaram não acontecendo. Das nove entrevistadas oito já tiveram seus filhos e é perceptível a vontade das mulheres de relatarem suas experiências de parto, talvez por isso mesmo tenha havido um maior interesse entre as mães de conceder a entrevista em relação às gestantes. As entrevistadas não me conheciam e, mesmo assim, em pouco tempo elas sentiam-se à vontade para contar, às vezes com bastante detalhes, como foi o seu trabalho de parto, o parto em si, a relação com o puerpério, as dificuldades depois que o bebê nasceu.

As entrevistas foram realizadas nas casas das mulheres, até mesmo porque a maioria ainda está de licença maternidade ou sem trabalhar para cuidar do (a) filho (a) e por isso ficam mais tempo em casa. O ambiente da casa era um ambiente confortável para as entrevistadas porque elas poderiam contar com ajuda de algum parente para ficar com o bebê ou, quando esta ajuda não existia, elas sentiram-se à vontade para segurá-los durante a entrevista. Esta foi uma questão interessante das entrevistas, a maioria tem seus áudios com barulhos de risos ou brinquedos ao fundo enquanto os bebês brincavam e, surpreendentemente, não me estranhavam nem choravam.

Um questionamento muito comum das próprias entrevistadas era se eu tinha filhos e, quando respondia que não, me indagavam o porquê do meu interesse por estudar o parto humanizado. Este tema parece ser de interesse de mulheres grávidas e de mulheres com o segundo filho em busca de outra forma de tratamento no parto, para uma mulher que ainda não engravidou o tema parece distante de sua realidade. Esta curiosidade não chegou a ser um problema na pesquisa, mas leva a reflexões sobre quais sujeitos participam da mobilização social pela humanização do parto.

Na cidade os grupos são coordenados por mulheres e nos hospitais a maior parte das equipes com atendimento humanizado é formada por mulheres. Em eventos de projetos sobre humanização do parto nos quais participei como ouvinte, tanto em Uberlândia quanto em Belo Horizonte, a maioria das participantes eram mulheres. Percebe-se ser um movimento formado majoritariamente por mulheres, tanto por profissionais quanto por leigas, para garantir um parto respeitoso para as mulheres. A luta pela humanização é fortalecida não só pelos (as) profissionais, mas principalmente pelas mulheres que, ou vivenciaram um parto humanizado e querem que todas tenham uma experiência positiva, ou vivenciaram um parto com violência obstétrica e procuram evitar que outras mulheres passem pela mesma situação.

As entrevistadas, em sua maioria, são casadas ou estão em uma união estável com o pai da criança¹³; consideram-se majoritariamente brancas (apenas uma considera-se negra); e todas responderam ser do sexo feminino e residirem em Uberlândia. A faixa etária é 21 a 35 anos, a maioria tem o ensino superior completo e a renda familiar acima de 3 salários mínimos. Apenas uma entrevistada tem dois filhos, as demais estão no primeiro filho e aqui utilizo a escrita no masculino porquê de nove mães somente duas são mães de meninas. Portanto as mulheres que participam do grupo Flore Ser, e as entrevistadas representam o perfil das demais participantes, são majoritariamente brancas, de classe média, jovens e procuraram informar-se sobre a humanização do parto durante a primeira gestação.

Entre as entrevistadas, que já tiveram seus bebês, 4 tiveram partos normais (com ou sem intervenções) e 4 tiveram parto cesárea, sendo que 7 entraram em trabalho de parto. A única mulher que relatou ter passado por uma cesárea agendada, portanto sem ter entrado em trabalho de parto, teve diabetes e hipertensão gestacional, condição essa que a impediu de passar das 40 semanas pois não seria seguro nem para ela nem para o bebê. Por esse mesmo motivo o parto normal também seria um risco, mas ela esperou até a data limite para tentar, pelo menos, entrar em trabalho de parto e ter certeza de que o bebê estaria pronto para nascer. Como o trabalho de parto não começou, ela realizou uma cesárea marcada.

¹³ Uma das entrevistadas, no momento da entrevista era gestante, tem um relacionamento homoafetivo e ambas consideram-se mães do bebê.

Metade das entrevistadas tiveram seus partos em hospitais públicos e metade em hospitais particulares sendo que 5 delas tiveram acompanhamento de doulas no pré-natal e no trabalho de parto, inclusive em dois casos a mulher preferiu pagar o acompanhamento da doula e realizar o parto no hospital público, priorizando o pagamento deste serviço.

As mulheres conhecem as atividades do Flore Ser principalmente por indicação, seja de alguma amiga, da obstetra, da doula ou mesmo das organizadoras do grupo. A maioria começa na roda de gestantes, por vezes participando das rodas do Flore Ser e de outro grupo da cidade, e depois continuam na roda de pós-parto. As mulheres participam do grupo do WhatsApp de forma bem presente, mas nem todas podem ir em todas as rodas presenciais, principalmente no caso de mães que não estão mais de licença maternidade.

As principais motivações para as mulheres buscarem o grupo é ter um suporte durante a gestação, para obter informações e realizar a preparação para o parto, e para formar um grupo de apoio para lidar com as dificuldades no pós-parto e na criação dos filhos. A empatia entre as mães é perceptível, não somente pelo apoio e incentivo a um parto humanizado, mas também por haver uma simetria de pensamento sobre a forma de criação seguindo, por exemplo, a ideia de criação com apego¹⁴, a amamentação em livre demanda, a não utilização de chupeta ou a sua utilização em momentos específicos, dentre outras.

(...) a gestação como é muita coisa muito nova para gente sabe o quê que está acontecendo com o corpo da gente, você não sabe se o seu desenvolvimento está ok, se você está ok. Muitas vezes a consulta com ginecologista não é suficiente, você precisa ouvir outras experiências você precisa ouvir mulheres que já passaram por aquilo, que estão passando por aquilo que de repente conseguiram obter um pouco mais informação. (D35, dezembro de 2018)

A participação no grupo é relatada como importante por ser um espaço de informação, de contato com outras experiências de parto, inclusive por meio de vídeos bem realistas. Mesmo quando a mulher é formada na área da saúde ela não estuda a fundo as fases do parto e as transformações no corpo, se ela não tem esta formação então o conhecimento é menor ainda.

¹⁴ A criação com apego é o nome dado a uma série de ferramentas pensadas para auxiliar os pais a criar vínculos com seus filhos e desenvolver sentimentos como empatia e segurança. Algumas das ferramentas seriam a amamentação livre demanda, a cama compartilhada, não deixar a criança sozinha chorando ao invés de acalmá-la. Enfim, é uma criação que visa a troca de carinho, amor e respeito entre os pais e a criança e, desta forma a criança sentir-se-ia mais amada, segura, autoconfiante e podendo ser até mais autônoma quando crescer.

Muitas mulheres relatam que realizaram pesquisas e leituras para conhecer o trabalho de parto, as etapas da gestação e todas as mudanças no seu corpo, e a cada informação as mulheres conseguiam ter mais segurança para saber o que é melhor para si e para seu filho. A informação baseada em evidências é importante para auxiliar a mulher na tomada de decisões.

O plano de parto é entendido como um documento utilizado para auxiliar a equipe sobre todas as decisões da mulher e garantir o respeito a este direito da mulher. Nos momentos do trabalho de parto ativo, no qual a mulher pode ter fortes dores e chegar a pedir uma anestesia ou a cirurgia cesárea, o plano de parto pode ser utilizado como forma de recordar a mulher do seu planejamento para o parto e, sendo possível seguir, a mulher pode ser incentivada a manter seus desejos.

O planejamento e as informações são fundamentais, mas, de acordo com uma entrevistada

tem que ponderar. Acho que a gente tem que ter informação, a gente tem que estar assim munida de todas as informações que a gente pode né. Mas a gente tem que tomar cuidado porque às vezes gera tipo, igual eu falei, uma loucura né. Obsessão. (A33, novembro de 2018)

Para a doula entrevistada a preparação é importante porque

Quando a mulher se prepara para o parto ela exerce a sua escolha e sua liberdade. Quando ela se informa ela não deixa apenas nas mãos dos obstetras a vida dela e do bebê. É a retomada do protagonismo da mulher no parto, afinal quem faz o parto normal é a mulher, os obstetras evitariam (doula D34, dezembro de 2018)

A doula é considerada importante por ser detentora de um conhecimento técnico, mas também fornecer um apoio emocional e psicológico, tanto para a mulher quanto para o acompanhante. Para algumas a doula, até mesmo pelos atendimentos antes do parto e no puerpério, pode oferecer um suporte até maior do que os grupos.

A preparação para o parto destas mulheres não restringe-se às consultas do pré-natal, participação no grupo e busca por informação sobre a gestação, o trabalho de parto e o puerpério. Várias outras técnicas e tratamentos podem ser utilizados para preparar o corpo da mulher para o parto. Algumas das técnicas mais citadas pelas entrevistadas são: os exercícios físicos – como caminhadas e pilates – para melhorar a condição física da mulher, o fôlego e reduzir inchaços; a osteopatia para cuidar das mudanças rápidas no corpo da mulher na gestação, como movimentação dos órgãos e abertura do quadril para a

futura passagem do bebê; massagem perineal, para fortalecer a região do períneo e evitar lesões no parto ou a necessidade de uma episiotomia; exercícios de Kegel (ou pompoarismo) para fortalecer os músculos do assoalho pélvico e reduzir a pressão do útero sobre a bexiga, além de auxiliar na recuperação da musculatura no pós-parto; Epi-no que é um aparelho introduzido na vagina para expandir e, além de alongar a musculatura, auxiliar a mulher a treinar a expulsão do bebê no parto com a respiração.

Os exercícios com a musculatura do períneo podem ser feitos com fisioterapeutas particulares mas existe um projeto do curso de Fisioterapia da UFU que oferece o tratamento para as mulheres de forma gratuita, mediante lista de espera. Várias entrevistadas fizeram parte do projeto e relatam que, independente de terem um parto normal ou não, os exercícios auxiliaram sim na preparação e na recuperação posterior.

então assim eu tive um controle, uma consciência corporal e um controle mental na hora, que se não fosse isso (a preparação prévia) eu teria desesperado. A gente entra em desespero porque é desconhecido né, eu nunca tinha passado por aquilo. (A32, novembro 2018)

A partir da participação nas rodas as mulheres formam outras redes de amigadas e de apoio na maternidade, pelo meio virtual e pelo presencial. O auxílio emocional também é muito importante, principalmente para quando a mãe se depara com uma dificuldade grande no pós-parto. Uma crítica feita às rodas de gestante é que elas preparam para a melhor parte do parto e do pós-parto, mas não preparam para o que pode dar errado. Dificuldades com a amamentação são as mais citadas, seja a dificuldade na “pega” do bebê, o seio machucado, leite que empedra ou falta de conhecimento para retirar o leite. O banco de leite da cidade auxilia com o conhecimento técnico, mas nem sempre o tratamento é humanizado como a mulher precisa em um momento de muita fragilidade emocional.

(...) elas me acolheram mesmo porque eu tinha um desejo muito grande de amamentar e a experiência que elas tiveram lá me ajudou a me fortalecer emocionalmente porque eu sabia que eu ia. Assim: ir lá não tirava minha dor física, mas me ajudava a me fortalecer emocionalmente para eu continuar lutando. Porque eu ouvia muito, as mulheres todas da minha família, minhas amigas falavam assim: ‘por que você está insistindo até hoje nisso? Dá mamadeira para esse menino. Para de bobagem você está sofrendo, para com isso. E eu ia lá [no Flore Ser] e toda vez eu me sentia renovada sabe, ou então pelo grupo do WhatsApp eu ouvia as outras experiências e aí eu me sentia renovada. ‘Não, vai dar certo. Tá doendo, tá difícil mas eu estou fazendo tudo que precisa ser feito, estou procurando ajuda, buscando profissionais que conhecem né que têm conhecimento que podem me passar técnicas e eu estou me fortalecendo emocionalmente com as meninas que tenha, já passaram por essas experiências e assim eu fui melhorando com três meses quando deu três meses ele parou de me machucar (D35, dezembro de 2018)

Esta fala é significativa ao demonstrar o suporte emocional que o grupo pode oferecer para suas participantes. A amamentação é um momento que pode ser muito difícil para algumas mulheres e, no caso de D35, foi de suma importância para mantê-la firme no seu propósito de amamentar seu filho e se fortalecer, física e emocionalmente para isso. A entrevistada relata que acha que só conseguiu continuar tentando amamentar porque o grupo a apoiava. Este desejo era tão forte que ela continua a amamentar seu filho até hoje, um ano e sete meses após seu nascimento.

Na fala de uma gestante o incentivo e suporte para buscar um parto humanizado também aparecem porque o grupo é um espaço com o objetivo de

(..) principalmente colocar, juntar pessoas que têm o mesmo tipo de pensamento junto né porque acaba que não tem um suporte. As mulheres que optam por parto normal não têm suporte da sociedade. A maior parte da sociedade realmente acha, por algum motivo, que é perigoso ter parto normal e que está arriscando a criança tendo parto normal. E está num grupo que esclarece dúvidas, que mostram evidências, que fazem explicações e que tem uma linha de pensamento parecida com a sua ajuda bastante [...] ali não é só sobre parto que é conversado né é simplesmente uma preparação para todas as mudanças que vão, estão para acontecer e tudo. (P30, novembro de 2018)

Percebemos que as mulheres do grupo posicionam-se, nem sempre conscientemente, em meio a uma situação paradoxal do sistema de saúde. No hospital público o parto normal é recomendado por diretrizes, inclusive por ser um parto mais barato, mas esbarra no problema de não ter profissionais preparadas (os) para realizá-lo. O hospital particular não tem como política o estímulo ao parto normal, pois a cesárea é mais rápida e mais cara, gerando maior lucro e reduzindo tempo, afinal na lógica do capitalismo tempo é dinheiro.

É uma relação paradoxal porque no hospital particular a mulher não pode ‘escolher’ o parto normal, mas no SUS ela também não pode ‘escolher’ a cesárea. No entanto, em Uberlândia, existe um grupo de médicas particulares que realizam o parto humanizado nos hospitais particulares, sem sair da lógica capitalista já que esta assistência custa muito caro para as gestantes e geralmente não é paga integralmente pelo plano de saúde.

O fato de casais participarem juntos do grupo – assim como se prepararem juntos para o parto - é interessante porque ter alguém acompanhando a mulher traz segurança para ela, independentemente de ser o pai do bebê, por ser uma pessoa que a mulher já tem uma relação de intimidade. Durante o parto o acompanhante pode ser a figura que incentiva e lembra a mulher do que ela planejou e desejou para o parto, principalmente nos casos em

que a mulher pensa em desistir do parto normal pela dor ou pela demora. Quando o casal está junto o pai pode auxiliar com massagens, carinhos, incentivar que vai dar tudo certo.

Então o acompanhante é importantíssimo porque é o porto seguro da mulher. Ela tá num ambiente diferente, com pessoas em volta dela que ela não conhece, em uma situação muito íntima da vida dela, às vezes nua. Então ter uma pessoa ali da confiança dela faz toda diferença. Faz ela se sentir mais segura, num ambiente mais seguro, mais protegida. O acompanhante faz toda a diferença para mulher. Às vezes a mulher ela consegue lidar com a dor e com o momento do parto de uma forma muito mais tranquila quando ela tem alguém ali que ela se sente segura. Agora com relação ao pai isso depende muito de cada casal na maioria das vezes o pai ele é o porto seguro da mulher, ele que vai fazer a diferença para ela porque ele fez parte de todo aquele processo então ele acaba sendo a figura mais importante como acompanhante. Mas existem muitos casais que a gente percebe o contrário, às vezes a mulher ela vai, ela se sente melhor na ausência dele. Às vezes por ele está presenciando uma cena que ela não gostaria que ele visse, então isso é muito particular. Mas de uma maneira geral o pai é o acompanhante que a gente considera de mais importância. (Doula K32, dezembro de 2018)

O pai, ou a outra mãe como no caso de uma das entrevistadas, acompanhar ativamente a preparação para o parto na gestação e o próprio trabalho de parto pode ter um impacto grande na criação de vínculo com a criança e uma relação diferente com a paternidade ou maternidade. Outra fala traz o aspecto da preparação conjunta e da segurança de passar pelo processo de gestação juntos. A entrevistada fala que foi importante a presença do marido no parto por “saber que ele estava ali e que, tipo assim, ninguém vai fazer nada comigo porque ele não vai deixar. E ele sabia muito bem quê que a gente queria.” (A32, dezembro de 2018)

Este relato vai de encontro ao que fala Ana Carolina Franzon (2013), em seu estudo sobre a paternidade e a participação dos homens no parto conclui que a presença do pai no parto

(...) como elemento de uma atitude protetora do binômio mãe-bebê, capaz de garantir segurança e acolhimento familiar diante de um estado de reconhecida vulnerabilidade – seja pelo fato de estar hospitalizada e recebendo cuidados de uma grande diversidade de pessoal, seja pela fragilidade emocional da situação ou dores do parto. Também reconheceram que a oferta deste tipo de suporte [é capaz de fortalecer os vínculos familiares – estas seriam mulheres que sabem que seus companheiros estão presentes, mesmo nos momentos mais difíceis. (FRANZON, 2013, p. 60)

É preciso também registrar situações em que o planejamento do parto normal não dá certo e pensar as possibilidades de uma cesárea humanizada. Dentre as entrevistadas que fizeram uma cesárea com o grupo Apheto foram relatadas várias situações

consideradas por elas como violência obstétrica. Ambas entrevistadas fizeram parte do grupo de gestantes, fizeram preparação corporal para o parto, contaram com o acompanhamento de uma doula, elaboraram um plano de parto bem detalhado, enfim, seguiram vários passos para garantir um tratamento humanizado para o seu parto. Ao contratar a equipe a expectativa era de realizar uma cesárea somente em caso de necessidade e garantir que, nem no parto normal, nem na cesárea, a mulher e o bebê sofressem alguma violência obstétrica.

Infelizmente na prática isto não aconteceu. Ambas entraram em trabalho de parto e, por fim, acabaram optando pela cesárea. No caso de E32 o trabalho de parto durou várias horas, mas, devido a questões emocionais pessoais a dilatação não evoluiu e poderia demorar horas, e a anestesia não estava disponível – apesar de estar no plano de parto e ter sido acordado com a equipe - por isso ela escolheu realizar uma cesárea. Todo o trabalho de parto foi vivenciado em casa, na companhia do marido e da doula, e de forma bem tranquila, apesar das contrações, no entanto tudo mudou quando E32 chegou ao hospital.

Por estar sentindo muitas dores devido às fortes contrações E32 entrou no hospital gritando para extravasar a dor, segundo relato, e bem em sua entrada ela já começou a sofrer violência psicológica pois a enfermeira que empurrava sua cadeira de roda ria de seus gritos. Logo antes da cirurgia começar o anestesista fez uma ‘brincadeira em hora imprópria’ ao falar que não poderia aplicar a anestesia porque as costas dela eram tatuadas. Esta fala gerou mais medo e desespero em um momento de fragilidade. A cesárea também iniciou sem a presença do pai do bebê, que era seu acompanhante e quando o bebê nasceu não contaram para E32 o que acontecia nem que ele já tinha nascido. Quando a cirurgia acabou a entrevistada foi deixada sozinha na sala de cirurgia e quando duas enfermeiras vieram para levá-la para o quarto acabaram derrubando-a da maca. Esta queda causou machucados que impediram a entrevistada de andar normalmente por alguns dias. Mesmo depois destas situações a entrevistada afirma que sofreu menos violência por estar com uma equipe humanizada e acredita que poderia ter sido pior se a equipe fosse outra.

Já para a entrevistada A31 o serviço da equipe não valeu o investimento. A sua bolsa rompeu com mecônio – substância de cor esverdeada que constitui nas primeiras evacuações do bebê dentro da barriga da mãe, e por isso foi necessário ir para o hospital para monitorar o bebê. O trabalho de parto estava bem no início e ela preferiu induzir o parto para tentar o parto normal. Porém a indução iria demorar muito para surtir efeito – cerca de doze horas- e a médica plantonista do Apheto não passou confiança para A31 de

que seria seguro esperar pela evolução do trabalho de parto. Para a entrevistada quando a cesárea faz-se necessária ela torna-se mais uma cirurgia de rotina, seguindo um protocolo e perdendo qualquer aspecto de humanização que ela poderia ter.

No meu plano de parto estava escrito ‘quero o meu acompanhante o tempo todo comigo’, ‘quero segurar o meu neném’. Só que isso depois eu entendi. Ok o neném numa situação de desconforto respiratório, ele não podia ficar comigo àquela hora. Mas eu queria ter a hora de ouro, eu queria tudo. [...]eu tinha certeza que se tivesse que se tivesse que ir para cesárea por uma situação de necessidade ela seria humanizada e não foi, de jeito nenhum. Aliás no meu plano de parto estava até escrito coisas como eu queria que não tivesse um ar condicionado muito forte, eu não queria que tivesse uma luz muito forte mesmo que fosse cesárea e nada disso foi respeitado. Tava frio na sala de parto, o (bebê) nasceu no frio, eram coisas que eu não queria. Tava aquela luzona normal. [...] no hospital você não controla nada, você entrou lá dentro você não pode tomar mais nenhuma decisão. Eles vão decidindo tudo por você. Eu não gostei de jeito nenhum. (...)não foi humanizado, mas também não foi violento, elas não amarraram o meu braço, como tem gente que faz, passa por isso. Mas eu achei muito ruim essa coisa de ficar sozinha sem acompanhante, eu perguntar por que o meu neném estava roxo e elas não me falarem, eu perguntar cadê o Augusto elas também não me falaram. [...] é o meu filho né é o meu parto e eu esperei muito por aquilo contava com uma coisa que não aconteceu. (A31, dezembro de 2018)

Depois desta experiência A31 pensa em ter o segundo filho em casa porque, para ela, no hospital o parto sempre seria violento, porque a mulher não consegue ter liberdade. A violência pode aparecer de forma explícita com agressões, amarrando a mulher na maca, mas pode ser mais sutil como deixar a mulher sozinha na sala de recuperação, não contar o que está acontecendo com a mulher e o bebê durante e após o parto, fazer brincadeiras desnecessárias com o corpo da mulher, conversas desrespeitosas durante a cirurgia. Até porque o valor pago pela equipe humanizada seria o mesmo de uma equipe domiciliar. Inclusive depois do parto, a disciplina hospitalar é imperativa porque o bebê é afastado da mãe para fazer exames ou algum tratamento necessário e não contam para a mulher o que estão fazendo com o seu próprio filho.

Nos relatos ficam claros as relações de poder estabelecidas entre gestantes e a equipe médica, detentora de um saber e de um poder disciplinar, como nos estudos de Foucault (2016). Quando a mulher entra para o hospital, e no caso são hospitais particulares que não contam com uma política de humanização do tratamento e de incentivo ao parto normal, ela torna-se uma paciente e deve submeter-se à hierarquia hospitalar.

O caso de D35 foi diferente porque, durante a gravidez, ela teve diabetes gestacional e hipertensão, condição que classifica a gestação como de alto risco. Por este motivo a data

limite para um parto normal seria de 40 semanas, como não entrou em trabalho de parto, a cesárea foi realizada na data em que ela completou 40 semanas. A cesárea foi realizada, assim como o acompanhamento do pré-natal, com uma obstetra particular e que não faz parte do grupo Apheto nem do movimento do parto humanizado. Mesmo em uma condição especial foram feitos vários pedidos para tornar o nascimento mais humanizado como:

Eu queria que o meu marido tivesse feito o clampeamento do cordão¹⁵ umbilical, aí eles põe um monte de empecilho porque é isso, porque é isso, infecção. E assim eu pedir para colocar a luz um pouco mais, a luz do centro cirúrgico um pouco mais amena né, pra quando a criança sair da barriga não se deparar com aquela luz intensa né. Eu acho que isso faz parte do processo de humanização do nascimento da criança né. Mas isso também eu não fui atendida. Amamentar logo depois que ele nasceu eu também não fui atendida. Eu pedi, eu fiz o meu plano de parto, mas não adiantou (D35, dezembro de 2018)

O poder médico e os protocolos para uma cirurgia, neste caso, foram imperativos para o parto. Mesmo depois do plano de parto ter sido elaborado e discutido com a obstetra nenhum dos desejos foram atendidos. Esta é uma conclusão que as três entrevistadas relatam, tendo recebido um tratamento possivelmente violento, a falta de uma equipe totalmente alinhada para um atendimento humanizado é considerado um fator impeditivo na humanização da cesárea, talvez por ser um parto no qual a mulher está totalmente submetida ao saber médico. Inclusive existem outras hierarquias na cesárea, pois o anestesista acompanha a cirurgia e fica atento a possíveis reações da mulher, além de ter o poder de deixar a mulher mais ou menos consciente durante o nascimento. O (A) pediatra também tem um papel importante, pois se não autorizar que o bebê fique no peito da mãe antes de ser limpo e examinado o primeiro contato entre mãe e bebê torna-se muito diferente do desejado por várias mulheres.

Apesar de não considerar sua cesárea uma cesárea humanizada, na qual seus desejos seriam respeitados, D35 não tem um sentimento de frustração com seu parto porque considera que a médica fez tudo o que pode. Inclusive a equipe ser humanizada é citada novamente, não adianta a obstetra ter uma postura humanizada se a (o) pediatra, a (o) anestesista, não tiverem a mesma postura.

Entretanto o termo empoderamento aparece mesmo para esta mulher, que não teve um parto humanizado porque para ela o empoderamento é um processo de buscar

¹⁵ O clampeamento do cordão umbilical é quando prende-se o cordão para cortá-lo, finalizando assim a ligação do bebê com a placenta.

informações e não deixar na mão da obstetra ou da equipe o que é melhor para a mulher e o bebê. “O nascimento é seu e do seu filho essa decisão não pode ser tomada por terceiros. Você precisa conhecer seu corpo. ” (D35, dezembro de 2018)

A entrevistada considera que foi devido ao fato de sentir-se empoderada que ela buscou informações para saber se as orientações da obstetra, como no caso da data limite para a cesárea, estavam corretas; que pode escolher se teria o parto na rede pública ou privada; e depois de uma consulta considerada negativa com uma obstetra do grupo Apheto buscou o acompanhamento de outra obstetra que atendesse às suas necessidades. Todas as escolhas foram conscientes e baseadas em informações.

4.5 HUMANIZAÇÃO QUE EMPODERA OU EMPODERAMENTO QUE ORIENTA A BUSCA PELA HUMANIZAÇÃO?

Em todas as falas a definição de parto humanizado passa pela mesma palavra: Respeito. Respeitar as escolhas da mulher, respeitar o seu corpo, e ter voz para fazer suas escolhas serem respeitadas. Já a violência obstétrica seria o desrespeito às decisões da mulher, às necessidades do seu corpo, o desrespeito ao tempo mais lento que rege o parto normal, intervenções ou ações da equipe médica realizadas sem autorização da mulher ou sem informá-la da sua necessidade, mentir ou omitir informação.

O parto humanizado pra mim é um parto em que as escolhas da mulher são levadas em consideração, são respeitadas, e um parto violento pra mim é um parto onde aconteça aquilo que a gestante não deseja, seja ela verbal, seja ela física, né. Então isso pra mim já é um parto com violência obstétrica. Porque eu acho que a nossa grande luta é essa, a mulher ter consciência de escolha né. Não que seja uma ditadura do parto normal mas que a mulher tenha consciência quando ela for escolher, é a primeira coisa. ‘Olha eu quero uma cesárea’. ‘Tudo bem, mas você tem consciência do que é uma cesárea, do que é o parto normal? Então eu acho que toda mulher tem o direito a ter essas informações pra escolher tranquilamente. [...] É o respeito acima de tudo. (Doula D34, dezembro de 2018)

Mas o respeito desejado não necessariamente é alcançado por todas. O processo é lento e a mulher é protagonista na luta para conquistá-lo.

Eu falava com a (doula): ‘eu acho que se o médico fala assim faz isso eu vou fazer porque eu não consigo bater boca com ele nem com ninguém’ assim, mas a gente consegue sim. Quando a gente vê que é nosso direito e que você pode sim: olha isso eu não quero. A gente consegue ter essa força sabe. [...] A gente sempre veio de uma de uma cultura muito cesarista’ e todo mundo achava que aquilo era o correto até que veio

mulheres para abrir a boca, falar Não, não; tá errado. Não é bem assim que eu quero né e bater de frente com a medicina né, que até então se achava um Deus né, que não poderiam ser desafiados. (L26, novembro de 2018)

O respeito vem nas falas aliado ao direito de escolha. Todas as entrevistadas concordam que, durante o parto, a mulher deve poder escolher as posições nas quais ficar, quais intervenções realizar ou não, escolhas estas baseadas no conhecimento e informações da equipe sobre a evolução do parto. Para uma entrevistada o conhecimento é considerado fundamental para que as escolhas sejam conscientes porque

(...) não adianta ela ter poder de decisão se ela nunca pesquisou sobre o assunto. Então assim eu acho que ela tem todo poder do mundo, porque é o corpo dela só que ela precisa ter informação sobre aquilo porque senão ela simplesmente vai, por exemplo, escolher uma cesárea como todo mundo escolhe entendeu? Porque algumas mulheres que eu conheço queriam inicialmente o normal e acha que foi necessária uma cesárea, mas outras mulheres simplesmente escolhem uma cesárea porque acham que é melhor, mais seguro, tudo. Isso é uma escolha delas, mas que não é baseado no conhecimento então, assim não adianta poder ter escolha se ela não tem conhecimento. (P30, novembro de 2018)

Esta fala nos leva a pensar a importância dos projetos públicos de humanização do parto, considerando fundamentais as atividades de preparação da mulher no pré-natal como as que estão começando a ser desenvolvidas na cidade, pois sem a preparação a mulher não teria a base necessária para uma escolha consciente.

Apesar de Uberlândia ter tido um avanço muito grande em menos de 10 anos a humanização ainda está bem no início em cidades próximas, como Uberaba, Ituiutaba e outras cidades menores do estado e do país. Mesmo na cidade ainda falta informação para as gestantes da rede pública de saúde, muitas chegam no hospital sem conhecimento sobre as fases do trabalho de parto, sobre quais intervenções podem ser utilizadas e quais são consideradas violência.

Se no pré-natal a mulher não recebe informações sobre o parto normal ocorre um desencontro entre o que a gestante espera do parto e o que o hospital oferece. Se o hospital oferece um atendimento humanizado e a mulher não sabe quais aspectos são importantes para a humanização ela pode considerar uma episiotomia um auxílio necessário e não uma violência obstétrica. O plano de parto municipal vem no intuito garantir mais informações e de resguardar as decisões da mulher, para que elas sejam atendidas, mesmo se a mulher e o (a) acompanhante esqueçam no momento.

O processo de humanização restringiu-se a uma mudança no trabalho das (os) profissionais presentes no parto, ainda focado na obstetra e na enfermeira obstetra, ele precisa abranger várias áreas e serviços que aproveitaram a demanda para cobrar caro por estes serviços. A humanização também precisa atingir os profissionais que auxiliam a mulher no puerpério, como pediatra, os (as) enfermeiros do banco de leite, para orientar melhor a mulher e alinhar a equipe para um tratamento humanizado.

Podemos problematizar também a questão do direito de escolha em si. Como diz Tiburi (2018) “o que significa escolher em um mundo machista, no qual a base simbólica da cultura não prevê espaço para a real liberdade das mulheres?” A legislação garante o acompanhamento de livre escolha da mulher, a presença da doula, mas as políticas públicas para mudar a formação e o trabalho dos profissionais demora a ter resultados que atinjam a sociedade como um todo.

Por existirem muitas técnicas para auxiliar na preparação do parto, ou mesmo no alívio da dor e para acelerar o trabalho de parto dentro do movimento existem debates sobre quais técnicas, intervenções ou tipo de atendimento no parto seria de fato humanizado. Como argumenta Carneiro (2015) é como se para parir de uma forma mais natural fosse preciso aprender a parir e ter acesso às melhores tecnologias. Esta visão de que o parto humanizado precisa de várias técnicas, profissionais e materiais para ser realizado é questionada por uma entrevistada

essa questão de humanizado tem certos critérios hoje em dia, mas aí eu enxerguei que humanizado é somente alguém te respeitar né. Ter um carinho com você, ter um respeito com você. Não quer dizer que o humanizado é você entrar dentro do quarto e ter vela, uma luz baixinha, luz, alguém fazendo massagem, uma doula cuidando de você, um chuveiro, uma banheira, uma piscina, não. Na hora que o bicho quer sair ele vai sair. Na hora que seu filho quiser sair de você ele vai sair, você pode estar assim, sei lá fazendo o que for que tudo vai te incomodar porque aquilo é uma dor sua e não tem o que te console. Então é você com seu corpo e seu filho. [...] virou essa coisa né: os humanizados de um lado, cesaristas do outro não tem um meio termo acho. Mas peraí o quê que a gente quer? A gente quer que alguém respeite a gente, cuide bem da gente, mas eu não preciso de toda daquela parafernália. Porque virou um comércio o parto humanizado. Se eu não acreditar, por exemplo, acreditar que vai dar certo eu ir para o Municipal ou de eu ir para Hospital de Clínicas da UFU que agora lá tem salas humanizadas aí eu pago nove, dez mil reais em um parto. Eu não tenho condição de pagar isso. (A33, novembro de 2018)

A fala é importante porque traz o questionamento sobre o parto humanizado estar sendo colocado como um novo padrão de parto, no caso com várias ‘parafernalias’ como

diz a entrevistada. Mas as mulheres nem sempre querem várias pessoas presentes no parto, ou precisam de uma banheira quando o chuveiro pode servir como alívio da dor. Além disso a questão financeira reaparece, porque a humanização nos moldes comerciais não é acessível para todas. A conclusão da entrevista volta à centralidade do respeito, para ela se a mulher não for tratada com respeito o parto continua sendo desumanizado.

Ao definir um parto humanizado apareceu mais de uma vez a questão do empoderamento da mulher. Para A38 o empoderamento, como aspecto integrante da humanização, é entendido como um lugar de consciência, de um fazer ativo e presente. Com o movimento da humanização do parto é possível que o tradicional padrão de parto deixe, aos poucos, deixando de existir.

Antes da medicalização, como foi demonstrado nos estudos de Costa (2015) os partos eram domiciliares, após a medicalização os partos passam a ser hospitalar e a quantidade de cesáreas cresce a ponto de ser normalizada, mas a humanização questiona tal padrão de parto e as mulheres precisam refletir sobre qual modalidade de parto querem ter e sob quais condições.

Para muitas mulheres o parto, e a maternidade como um todo, é um divisor de águas na sua vida, momento no qual a mulher é levada a mostrar sua força. Muitas mudam de profissão, descobrem dons que não conheciam. Muitas viram doulas e continuam na defesa de um parto humanizado após passarem por uma experiência de parto normal ou de parto humanizado. No entanto o sistema de saúde não facilita à mulher a passagem pelo parto; muitos medos foram criados sobre o parto normal e isto inibe muitas mulheres de tentarem vivenciar esta experiência.

Para a doula K21 “O conhecimento leva ao empoderamento e a evitar violências ou ações que a mulher não deseja e podem ser evitadas. Quando chega uma mulher sem conhecimento algum no hospital a equipe age como quer. ” Por isso seria importante a equipe conversar com a mulher, explicar o que está acontecendo e, assim, dar suporte para a mulher poder tomar decisões, com informações.

A humanização trouxe à tona a violência obstétrica vivenciada e que antes não era assim entendida. Por meio dos grupos de gestantes e da informação sobre o que é considerado violência a mulher pode reconhecer a violência, enquanto ela acontece ou que já foi vivenciada (no caso de mulheres com filhos) e pode tentar proteger-se de sofrer esta violência.

Segundo as falas é possível entender que estas mulheres pensam o conceito de empoderamento muito ligado à definição apresentada anteriormente por Mageste (2008), como um poder de decisão sobre si mesmas, inclusive em espaços públicos como é o caso do parto hospitalar. O indivíduo aqui é central para pensar o empoderamento, sendo que este pode levar a uma transformação social, como é o caso do movimento dos grupos de gestantes que orientam na preparação de parto e apoiam os projetos de humanização do parto na cidade.

Um dos relatos de parto demonstra muito bem o potencial de uma mulher que tem conhecimento do que está acontecendo no seu parto e preparou-se para este momento. A entrevistada teve um trabalho de parto bem atípico porque durou pouco tempo, cerca de 6 horas no total, com pouca dor – ela relata ter sentido dor apenas na última hora do trabalho de parto - e com uma dilatação bem rápida. A maior parte do trabalho de parto aconteceu na sua casa, com o acompanhamento de uma doula que, por ter formação de enfermagem obstétrica, realizou o exame de toque para avisar qual o melhor momento para ir para o hospital.

Como a dilatação avançou de 5 para 8 centímetros em uma hora, algo bem incomum, e terminou de chegar a 10 centímetros no caminho até a unidade de atendimento básica a obstetra que atendeu a A32 informou que não daria tempo de ser transferida para o hospital e o seu filho nasceria na unidade mesmo. Ao saber disso ela relata ter ficado nervosa e perceber o nervosismo da obstetra em realizar o parto. Além disso a médica começou a pedir uma tesoura, que para A32 era indicação de que seria feita uma episiotomia, e pediu para ela ficar deitada na maca, uma posição que estava desconfortável para ela. Nesse momento A32 percebeu que se ficasse calada sofreria todas as intervenções que não queria no seu parto e para evitar sofrer, o que para ela seria uma violência física, ela enfrenta e médica e diz

‘você não vai fazer parto nenhum, quem vai parir sou eu, você não vai me encostar a mão, você não vai me cortar, não vai fazer nada’. A gente fica, fiquei louca assim. Irresponsável, mas assim louca. Ela virou e falou ‘então tá, então fica pelo menos nessa posição em cima da marca que eu tenho que ver o seu filho senão ele vai cair no chão’. Eu Ainda briguei com ela, ‘não vai cair não, eu seguro’. Ela não deixou a doula entrar aí ela me falou ‘ou entra o seu marido ou entra ela’. ‘Eu tenho direito, tem a lei da doula em Uberlândia’ e ela não estava nem aí. Eu lembro que estava com tanto medo de me cortar, o meu maior medo era disso, era me cortarem, fazer episiotomia sem necessidade. Eu preferia ter laceração natural do que me cortar. E aí eu já estava assim sem roupa, fiquei de gato em cima da maca virada pra porta assim, eu acho que você perde

todo o seu pudor também. Nesse momento comecei a dar a vontade de fazer força, ela vinha perto da minha barriga, acho que ela chegava perto de mim, a minha contração sumia. Aí ela afastava, passava um tempinho, vinha a vontade fazer de novo, na hora que ela vinha para chegar perto. Eu não sei o que que ela queria fazer perto de mim. Ela mandava eu fazer força eu ainda falei para ela assim: ‘eu faço a hora que eu quiser, que meu corpo me der vontade de fazer força.’ Eu fiquei muito brava, estava muito brava. Aí ela chegava perto de mim minha contração parava, para tudo. Sabe o que é parar? Parava dor, parava contração, parava tudo. Aí ela falou assim: ‘parece que você tá travando, não posso chegar perto você que você está travando’. Eu fiquei caladinha. Ela falou assim: ‘eu posso pelo menos te dar um toque porque se eu ver que você está travando e seu neném subiu eu vou te mandar pra medicina. [...] como que você trava um neném que está querendo sair, que tá ali já, que ela deu o toque e a cabecinha tava ali? Como que esse neném subiu? Por que? Olha a força que a gente tem, a cabeça que a gente tem, porque eu tava apavorada, tava com muito medo dela. Ela chegava perto de mim eu travava, não era consciente. Foi meu corpo respondendo ao meu medo. (A32, dezembro de 2018)

Após o neném ‘ter subido’ A32 foi transferida para o Hospital das Clínicas e deu à luz a seu filho depois de 20 minutos da fase expulsiva do trabalho de parto. No Hospital ela relata que chegou avisando querer ter seu filho em paz, na posição que quisesse e a equipe a deixou livre para escolher a posição e fazer a força quando sentisse vontade. Após o nascimento seu filho veio para seu peito, mamou e ficou a primeira hora sem fazer exames ou as limpezas, que podem esperar para ser feitas se a mãe assim o desejar – como foi o caso.

Este relato é muito importante para pensar como a luta pelo tratamento humanizado é uma luta muita das vezes individualizada, travada caso a caso. A32 não ficou passiva diante de um tratamento que poderia tornar-se violento, assim como questionou a obstetra sobre seu direito à presença da doula e à liberdade de ficar na posição melhor para seu parto, de acordo com suas necessidades na hora. Mesmo em um momento de fragilidade, e muito medo do que a obstetra faria, seu corpo foi aliado de suas palavras e, no fim, ela conseguiu alcançar seu objetivo de um parto normal, sem intervenções, seguindo seu plano de parto.

Podemos perceber nesta história o empoderamento na prática, seguindo a definição de Sardenberg (2009) de empoderamento como uma conquista de autonomia e um instrumento para alcançar esta autonomia. Ao decidir como seria o seu parto, e em qual posição, A32 questionou a hierarquia da obstetra e não aceitou ser subalterna nesta relação de poder.

Contestar estas relações não é uma tarefa fácil, muito menos conseguir subvertê-las, basta perceber no relato quanta violência psicológica A32 passou por questionar e não aceitar submeter-se ao padrão tradicional do parto normal, com várias intervenções. O empoderamento pode ser um dos caminhos para auxiliar as mulheres na busca por um tratamento mais humanizado e menos violento.

As organizadoras entendem que o parto humanizado pode ser uma porta para viver uma nova forma de maternidade, mais envolvida, empoderada, resgatando suas forças e de conseguir ser. Ela passa por uma “mudança da maneira de se colocar no mundo” (K 40). Várias mudanças na vida da mulher podem despertar a busca pelo seu próprio poder e consciência de si, mas o parto humanizado seria uma das experiências mais potentes que estimula a mulher a ver-se como ser com capacidades e que merece respeito. Muitas mulheres repensam seu trabalho, sua forma de viver, a educação dos filhos, dentre outros.

Outra entrevistada traz um aspecto interessante, o empoderamento seria construído antes da busca pelo parto humanizado.

É que na verdade você decidir por parto humanizado já é uma consciência, já é uma consequência de toda essa consciência entendeu. O fato de eu querer um parto humanizado já é porque eu tô empoderada, digamos assim, em outras áreas né. Então assim, o fato de eu me reconhecer enquanto mulher, reconhecer os meus direitos e reconhecer enfim todo o poder que eu tenho enquanto mulher é que provavelmente me levou a escolher este tipo de coisa para as minhas experiências com a maternidade né. Então assim eu acho que na verdade o parto humanizado é a consequência de um empoderamento anterior entendeu [...] a grande maioria dos casais e das mães que aparecem lá (no Flore Ser) [...] tem já um perfil diferente do padrão né. Então eu acho que na verdade, para grande maioria, o parto humanizado é realmente uma consequência do que elas já têm na bagagem delas [...] por exemplo no hospital municipal, que tem um parto humanizado, se a pessoa chega lá e ela não está preparada para aquilo ela não vai achar que teve uma boa experiência. Eu já ouvi muita gente, relatos assim, de parente ou marido indignado porque a mulher pariu no chuveiro. [...] é uma coisa que era para servir de empoderamento só que como a mulher não está preparada para que ela não vê como empoderamento, ela vê como desleixo. (P30, novembro de 2018)

Quando repensamos o parto é necessário ter em mente o significado da maternidade. Ao questionarmos as entrevistadas sobre o que elas consideram ser mãe, as respostas foram permeadas por palavras como doação, abdicação, resiliência, um amor enorme. Para uma das entrevistadas ser mãe é ter uma parte de você fora do seu corpo. Este sentimento visceral é percebido em diversas falas. A maternidade é vivenciada por estas

mulheres de uma forma intensa, tanto em suas alegrias quanto em suas dificuldades. A conexão com o bebê, talvez influenciada também pela preparação para sua chegada, é sentida de maneira muito forte. Para algumas o pai teria uma relação diferente porque não vivencia os mesmos sentimentos de ligação com o bebê que a mulher sente, por causa da gestação ser no corpo da mulher, portanto a paternidade seria bem mais fácil do que a maternidade.

Ser mãe, para as entrevistadas é se doar, mesmo com o esgotamento físico, emocional, devido à privação do sono.

Inicialmente eu achava que isso era um preconceito, uma coisa historicamente construída que o filho é da mãe, mas hoje eu entendo que realmente o filho é da mãe. Claro que existem aquelas que morrem no parto e que o pai cria, mas esse vínculo que a criança tem com a mãe ele não tem com nenhum outro ser humano. Então é por isso que a mãe se fortalece tanto pra, mesmo nos momentos de maior tempestade assim, de maior esgotamento físico e emocional ela consegue, através desse sentimento ela consegue se doar(...) se não for uma conexão tão visceral como é você não consegue ter força para cuidar dessa criança. (D35, dezembro de 2018)

Lendo a resposta acima pode-se pensar que a maternidade é entendida em concordância com a visão romantizada de que a mulher somente será completa e verdadeiramente feliz quando for mãe. No entanto a maternidade não é percebida pelas entrevistadas como uma obrigação na vida de toda mulher, mas seria uma área da vida tratada de forma diferente, em relação à área profissional, por exemplo.

A culpa materna aparece também, aliada ao medo e à dificuldade de saber cuidar do bebê, principalmente quando se é mãe de ‘primeira viagem’. A maternidade estaria ligada a passar por um turbilhão de emoções intensas, entre medo, culpa, indecisão, amor, alegria, preocupação, sentir tudo e desapegar para conseguir viver e deixar seu filho viver. O desapego, aqui apontado como necessário para que a criança consiga ser entendida como um indivíduo que vai crescer e seguir seu caminho, não mais tão dependente da mãe, vem de forma paradoxal porque a criação com apego parte do pressuposto de que justamente o bebê criado com carinho e bem próximo da mãe, ao crescer, torna-se mais seguro para ter sua individualidade.

O puerpério também é relatado como um momento muito complicado para a mulher, inclusive por ser o início da sua vivência da maternidade e por ser uma fase na qual os hormônios do pós-parto tem uma influência considerável sobre as suas emoções.

Em um relato a entrevistada importância de uma rede de apoio no pós-parto por ser uma fase com muitas dores.

É tanta dor, tipo assim, é dor de amamentar, e dor de seu filho não ganhar peso, é dor de medo, é dor de desespero é dor de tudo que você imagina que vem à tona e que tipo assim você precisa realmente de alguém para cuidar de você para que você consiga cuidar do bebê. Sabe é um período de muita vulnerabilidade, é muito forte e isso é pouco falado. E muitas mulheres são abandonadas nesse período assim. Os maridos não entendem, a família força que a mulher, que ela dê conta sozinha. Porque assim é como se fosse uma vingança, eu tenho impressão sabe, sobre as mulheres. Isso é muito forte na nossa sociedade. ‘Se eu sofri você tem que sofrer’, sabe. Tem ele tem demais nisso da Inveja de ter União sabe para ajudar tem muitas novidades muitas mulheres assim Guerreiros da própria família fala ‘Tem que dar conta disso pra você se fortalecer’. (E32, outubro de 2018)

A fala é interessante porque questiona a ideia de que as mulheres, por gestarem uma criança, possuem um instinto materno. Cuidar da criança, amamentar, reconhecer os sinais do bebê e suas necessidades, alimentar e brincar com seu filho não são instintivos, são habilidades aprendidas. O social está sempre presente inclusive na pressão para a mulher cuidar do filho sozinha, mesmo que ela não tenha sido ensinada a cuidar de uma criança.

Quando pensamos em sentimentos como medo, culpa, preocupação podemos entender que a maternidade é algo negativo para as entrevistadas, como uma função social cumprida com sofrimento. Pelas falas, não só nas entrevistas, mas nos grupos de WhatsApp percebemos um movimento destas mulheres por uma desconstrução da definição da maternidade como um momento fácil e cheio de amor, no qual a mulher aprende a cuidar do bebê imediatamente após o seu nascimento, como seguindo um instinto materno. A própria noção de instinto materno é questionada por estas mulheres e, talvez por isso, elas procurem uma rede de apoio que, passando pelo mesmo momento de vida, possa ouvi-las sem julgamentos e auxiliá-las porque compartilham da mesma visão sobre como querem criar seus filhos.

Em uma conversa recente no grupo de pós-parto uma mãe pediu um contato de pediatra, mas ela não queria qualquer pediatra, deveria ser um (a) que incentivasse a amamentação e auxiliasse na introdução alimentar de forma aberta a outras técnicas de oferta de alimento para além da tradicional papinha. O pedido gerou um debate sobre quais métodos de alimentação as outras mães utilizaram ou utilizam, indicações de livros e canais para orientar na alimentação dos bebês e foi reforçada a importância da amamentação em livre demanda até o primeiro ano de vida do bebê. As falas, no entanto, não orientavam

necessariamente a construção de outro padrão, já que diferentes técnicas foram apresentadas e nem por isso sofreram alguma resistência ou crítica.

Para essas mulheres o conceito de maternidade traz à tona várias contradições. Muitas das entrevistadas não planejaram a gravidez, mas uma vez grávidas, desejaram a criança e buscaram preparar-se da forma que acharam melhor para a maternidade. Após o nascimento várias pararam de trabalhar ou reduziram a quantidade de horas trabalhadas para cuidar do bebê no seu primeiro ano de vida. Este pode ser um indício da conformidade destas mulheres à “vocação materna” histórica e socialmente construída.

Carneiro (2015) faz um resgate histórico de como o feminismo lidou com a maternidade. Primeiro ela foi entendida como uma condição natural que condicionava as mulheres à posição de opressão, posteriormente ela é vista como um poder insubstituível feminino que os homens tentavam controlar para, por último ser superado o determinismo biológico e entendidas as questões sociais por trás da dominação masculina. Atualmente as mulheres têm a possibilidade de prevenir a gravidez, planejá-la ou abortar –legalmente ou não – portanto a maternidade deixa de ser o eixo central na discussão da dominação, para abranger os temas das tecnologias reprodutivas e do controle do corpo, como é o caso da luta pela humanização do parto.¹⁶

Entretanto a maternidade é vivenciada, desde a busca por um parto humanizado, de forma contestatória também. Elas questionam qual seria o melhor parto, a melhor introdução alimentar, como criar seus filhos (a criação com apego aparece nas falas), se devem amamentar em livre demanda e por quanto tempo, sendo a melhor escolha sempre resultado de uma decisão subjetiva da mulher, e seu (sua) companheiro (a).

Deparamo-nos com uma realidade complexa pois, apesar das mulheres estarem de acordo com as expectativas da sociedade ao tornarem-se mãe dedicadas a seus filhos e filhas, elas procuram novas expressões da maternidade. Neste contexto a procura por um parto humanizado, sem violência, no qual a mulher é respeitada e ouvida, é parte de um processo maior de vivência da maternidade. Por ainda estar em movimento é difícil identificar quais serão as consequências da luta das mulheres e se ela avançará para os outros aspectos da vida das mulheres, para além da gravidez, do parto e da maternidade.

¹⁶ Não desconsideramos, no entanto, que o parto não esteja necessariamente ligado à maternidade, porque as mulheres podem ser mães sem gerar ou parir uma criança. Assim como podem perder filhos por abortos espontâneos, ou devido a outras complicações, e ainda serem consideradas mães.

Outro aspecto importante quando se fala de parto humanizado é o preço do serviço. As mulheres que não podem pagar por uma equipe humanizada ou não têm acesso a essa equipe no hospital público, que não se prepara, podem ficar em uma posição de impotência por falta de informação. Esta falta de informação pode levar a mulher a não saber lidar com o parto normal, nem entender se quer passar por esta experiência, o que leva alguns (as) profissionais a aproveitarem-se da situação e utilizarem falsos argumentos para justificar uma cesárea.

Segundo Carneiro (2015) a oferta de tantos serviços, com profissionais diferentes, pode colocar a uma mulher sob

(...) uma certa tutela por parte dos profissionais que, em tese, detêm as técnicas para esses condicionamentos e aprendizado, dando ensejo a uma relação de dependência entre as mulheres e os profissionais. Essa relação abre, por vezes, espaços para uma normatividade – modelos e receitas – quanto ao modo de preparar-se, que passos seguir, aonde chegar e sobre o que se tem de fazer em nome do *belo parto*. (CARNEIRO, 2015, p. 189)

A questão financeira é um fator que pode atrapalhar as mulheres inclusive de participarem de grupos de preparação, mesmo que gratuitos, devido às dificuldades com o meio de transporte. Os cursos e atividades propostas pelos grupos são pagas e muitas vezes fora do orçamento das mulheres, assim como o próprio trabalho da doula. O valor alto do acompanhamento do parto humanizado, além do serviço da doula e de outras técnicas como fisioterapia, também é um fator que impede o acesso de várias mulheres a este atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, tínhamos como problema de pesquisa a experiência do parto humanizado como um fator de empoderamento das mulheres em Uberlândia e como as mulheres optam e preparam-se para este momento mediante o apoio dos grupos de gestantes. Ao longo da pesquisa pudemos acompanhar, seja pela observação, pela participação nos grupos de conversas virtuais, ou pelas entrevistas, as trajetórias das mulheres para conhecerem mais sobre a sua gestação e buscarem um parto com respeito.

O grupo Flore Ser é um dos grupos mais antigos da cidade e segue o mesmo modelo de reuniões com as gestantes que os outros grupos também oferecem. O seu diferencial é a atenção prestada ao pós-parto, abrindo espaço para as mulheres vivenciarem em conjunto os desafios da maternidade.

A preparação para o parto das mulheres pesquisadas é bem ampla, pois inclui a participação no grupo, o estudo autônomo por meio de vídeos, a busca por serviços de profissionais como a doula, fisioterapeutas, educadoras (es) físicos, consultora de amamentação, além da procura por uma equipe especializada em um tratamento humanizado ao parto na cidade.

Esta preparação é considerada importante porque a sua base é o conhecimento. Conhecimento sobre as etapas da gestação, sobre as fases do trabalho de parto, sobre as possíveis sensações e emoções que o parto pode trazer à tona, sobre seus direitos e a legislação que os suportam, sobre o desenvolvimento do bebê dentro e fora da barriga, sobre as técnicas de amamentação, sobre a introdução alimentar, etc.

A preparação não se restringe ao momento do parto porque a gestação é o início de uma etapa longa, a maternidade. A maternidade e os novos modelos de criação filhos (as) aparecem neste trabalho porque as mulheres, ao buscarem um parto humanizado, passam por um processo de pensar e repensar o que desejam para si e para seu bebê.

A postura do grupo aqui estudado é de tentar estimular o casal e as mulheres a pensarem, com base nos conhecimentos científicos, nas técnicas que auxiliam durante o parto, mas também em um autoconhecimento dos seus desejos e capacidades qual parto realmente é o desejado, de forma a não impor um padrão de parto considerado perfeito. Percebe-se este acolhimento ao constatar os diversos partos pelos quais as mulheres passaram e relatam no grupo. A visão do grupo é que a mulher deve ter liberdade para

escolher qual parto deseja e quais alterações no planejamento do parto devem acontecer, o fundamental é que a escolha seja consciente e baseada no conhecimento para evitar que as mulheres sejam enganadas pelas (os) profissionais.

Por termos estudado um grupo privado, apesar da roda de gestantes e pós-parto serem gratuitas, as mulheres estudadas correspondem à classe média, são em maioria brancas, com ensino superior completo e tem seu primeiro filho na faixa dos trinta anos. Se o estudo abrangesse as iniciativas de rodas de gestantes na rede pública provavelmente o perfil socioeconômico das mulheres fosse bem diferente.

O parto humanizado e todo o seu conjunto de técnicas preparatórias ainda é caro e inacessível. Embora existam projetos importantes nos hospitais públicos na assistência básica as mulheres não podem escolher a (o) obstetra que irá acompanhá-las durante a gestação, não existe ainda a vinculação com o hospital do parto e a equipe que acompanhará o parto será formada por plantonistas, nem sempre participantes dos projetos de humanização.

Todas estas questões levam as mulheres com maior poder aquisitivo a pagar caro por uma equipe humanizada, mesmo que nem sempre o parto saia como planejado, para tentar evitar sofrer uma violência obstétrica. Assim, nem sempre conseguem impedir esta violência, pois a estrutura do hospital particular e os demais membros da equipe, que não tem um compromisso com o atendimento humanizado, podem ser agentes dela.

Devido a relatos de violência obstétrica sofrida com a equipe particular outra questão veio à tona: a importância de também pensar uma cesárea humanizada, seja no hospital público ou no hospital particular. Para que ela seja atingida os desafios são ainda maiores pois, por ser uma cirurgia, envolve outros profissionais, mais riscos e o protagonismo é inteiro da equipe médica.

Uberlândia, há mais de dez anos, era a cidade com um dos maiores índices de cesárea do país. A humanização do parto, com todos os projetos, profissionais e grupos ligados a este processo, auxiliou a cidade a diminuir as taxas de cesárea e aumentar os casos de partos humanizados.

O processo de transformação da assistência ao parto na cidade é motivado por vários agentes. Aos poucos, a demanda das mulheres por um tratamento humanizado vai

transformando a assistência, principalmente no caso de profissionais da saúde da rede privada, como é o caso do grupo Apheto.

Nessa direção, também a rede pública de saúde, seja mediante projetos nacionais como o Parto Adequado e Apice On, seja mediante ações da secretaria de saúde municipal, vai substituindo aos poucos o modelo de assistência tradicional por um modelo humanizado, baseado em evidências científicas e com maior respeito e participação da mulher.

A medicalização tem como foco o risco, a patologização, na intervenção e acaba por limitar as obstetrizes por ser um modelo de assistência centrado no (a) médico (a). A humanização busca dar um significado individual e social para cada parto e estabelece uma relação da equipe com a mulher baseada no cuidado centrado nas necessidades da mulher e do bebê, nos direitos humanos e no estabelecimento do apego, principalmente entre mãe e bebê.

A humanização reorganiza a relação com as tecnologias médicas e a fé na medicina, trazendo tradições e modelos holísticos. Ela subverte a visão de risco e de necessidade de manter a mulher sob o controle e vigilância médica presente no parto medicalizado. Ao mesmo tempo o parto é paradoxal porque une o racional e o emocional, o natural e o social, biológico e cultural, envolve riscos físicos e emocionais.

O parto humanizado abre espaço para o empoderamento e protagonismo da mulher; no parto, um processo tanto individual quanto social, a mulher empodera-se. A condição para o empoderamento ser construído, mediante a busca pelo parto humanizado, é a valorização da autonomia e cidadania da mulher. Destarte, para que a experiência do parto seja positiva para a mulher é necessário incluir a mulher nos processos de decisão.

Foi perceptível a compreensão das mulheres da importância de se empoderarem para realizarem os seus partos, com liberdade de escolha, garantindo seus direitos e com base no respeito às suas necessidades e decisões em relação ao seu corpo e ao de seu (sua) filho (a). Mas este empoderamento ainda fica restrito ao momento do parto e à vivência da maternidade, posto que as relações de poder e hierarquia entre mulheres e equipe médica são percebidas e questionadas pelas mulheres. Tal empoderamento, ainda circunscrito ao parto e maternidade, pode ser o princípio do questionamento das desigualdades de gênero.

O movimento pela humanização é um movimento social e político, que conta com o suporte de políticas públicas demandadas pelas mulheres. É um movimento formado por mulheres, apoiado por profissionais que são mulheres visando à redução de violência e controle do corpo da mulher. Por isso ele pode ser o primeiro passo para repensar as desigualdades e propor outras configurações de parto e de maternidade para, em seguida, questionar outras desigualdades e violências sofridas pelas mulheres na nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

BAQUERO, Rute Vivian Angelo. Empoderamento: instrumento de emancipação social? – uma discussão conceitual. In: *REVISTA DEBATES*, Porto Alegre, v. 6, n. 1, jan.-abr. 2012, p.173-187.

<https://doi.org/10.22456/1982-5269.26722>

BATISTA, Luís Eduardo. Alguns aspectos das políticas de saúde da mulher no Brasil – o PAISM: um estudo de caso. In: BATISTA, Luís Eduardo; SCAVONE, Lucila. *Pesquisas de gênero: entre o público e o privado*. Araraquara: Gráfica UNESP, 2000, p. 49-67.

BIO, Eliane. *O corpo no trabalho de parto: o resgate do processo natural do nascimento*. São Paulo: Summus, 2015.

BRASIL. *Apice On: Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em Obstetrícia e Neonatologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. *Humanização do parto e do nascimento*. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. v. 4.

_____. *Parto Adequado: uma jornada de histórias inesquecíveis*. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. *Rede Cegonha*. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php . Acesso em: 20/06/2018

_____. *Rede Parto do Princípio. Episiotomia 'é só um cortezinho': violência obstétrica é violência contra a mulher*. 2014. Disponível em: <http://www.partodoprincipio.com.br> Acesso em: 14/05/2018.

BRENES, Anayansi Correa. História da Parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 7(2), p. 135-149, abril/jun, 1991.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>

BURAWOY, Michael. *Marxismo sociológico: quatro países, quatro décadas, quatro grandes transformações e uma tradição crítica*. São Paulo: Alameda, 2014.

BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Tradução Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

CARMO, Sônia Irene do. *Discurso, dimensão da História* – a análise do discurso numa perspectiva interdisciplinar. Araraquara: UNESP, 1999, mimeo.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

<https://doi.org/10.7476/9788575415146>

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Editora Cortez, 1991.

CONSELHO MUNICIPAL DE DIREITOS DAS MULHERES. Diretrizes de Políticas Públicas às Mulheres e Igualdade de Gênero (2004), com atualização (2006 a 2016, jun-ago.2018).

COSTA, Lúcia Helena Rodrigues. Narrativas de parteiras do norte de Minas: do domicílio ao hospital. In: MAIA, Claudia (org). *História das mulheres e do gênero em Minas Gerais*. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2015.

COSTA, Roberta; et al. *Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal*. História da enfermagem Revista eletrônica, v.1, n.1, p. 55-68, abr. 2010.

CYRINO, Rafaela. A categorização do masculino e do feminino e a ideia de determinismo cultural: uma crítica epistemológica aos usos normativos do gênero. In: *10º Seminário Internacional Fazendo Gênero*, 16 a 20 de setembro de 2013, Florianópolis. Anais.

DESPERTAR DO PARTO. *Doula – o que é?* Disponível em: <http://www.despertardoparto.com.br/o-que-eh-doula.html>. Acesso em 18/06/2018)

DIAS, Maria Djair. *História de vida: parteiras tradicionais e o nascimento em casa*. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.09, n.2, p.476-488, 2007.

FARIA, Nalu e NOBRE, Miriam. O que é ser mulher? O que é ser homem? Subsídios para uma discussão das relações de Gênero. In: *Gênero e desigualdade*. São Paulo: SOF-Sempre viva Organização Feminista, 1997, p. 9-23.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2016.

_____. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1977.

FRANZON, Ana Carolina Arruda. *Pai e acompanhante de parto: Perspectivas dos homens sobre o processo reprodutivo e a assistência obstétrica*. 2013. 136f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo,

São Paulo, 2013.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.

GIDDENS, Anthony. *As consequências da modernidade*. São Paulo: Unesp, 1991.

GOMES, Maíra M. *De onde sai tanto machismo ? : sobre violência obstétrica e o horror de vagina*. 2015. Disponível em: <http://emporiododireito.com.br/de-onde-sai-tanto-machismo-sobre-violencia-obstetrica-e-o-horror-de-vagina-por-maira-marchi-gomes/>
Acesso em: 10 setembro 2016.

GOVERNO DE MINAS GERAIS. *Plano Decenal de Políticas para Mulheres do Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Subsecretaria de Políticas para Mulheres, 2018.

GRIFFIN, Karen M. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro, 1991, p.190-200.

LARA, Bruna, et al. *#Meu Amigo Secreto: Feminismo para além das redes*. Rio de Janeiro: Edições de Janeiro, 2016.

LAURETIS, Teresa de. A tecnologia do gênero. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (org). *Tendências e Impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

LE BRETON, David. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Vozes, 2007. 2ª ed.

LOURO, Guacira Lopes (org). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 3ª ed. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2016.

_____. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis: Vozes, 2003.

LUZ, Lia H.; GICO, Vânia V. Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais. *Cadernos Terapia Ocupacional*. São Carlos, v.23, n.3, p.457-484, 2015.
<https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0622>

MAGESTE, Giselle de Souza, et al. Empoderamento de mulheres: uma proposta de análise para as organizações. *V Encontro de Estudos Organizacionais da ANPAD*, 18 a 20 de junho de 2008, Belo Horizonte. Anais.

MAINGUENEAU, Dominique. *Novas tendências em Análise do Discurso*. Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 3ª ed., 1997.

MARTINS, Ana Paula Vosne. As ciências dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, 13(3), p. 645-665, setembro-dezembro/2005.

<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2005000300011>

MEDEIROS, Renata M. K.; SANTOS, Inês M. M.; SILVA, Leila R, A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery, 2008.

<https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400022>

MELO, Camila P. L. Gênero, corpo e novos modos de subjetivação: possibilidades de construção de uma nova cultura sobre o parto. *18º REDOR*, 2014, Recife. Anais.

MILLS, Daniel Quinn. *Empowerment: um imperativo*. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

MORAES, Maria Sílvia de. Cesariana no Município de São José do Rio Preto. In: BATISTA, Luís Eduardo; SCAVONE, Lucila. *Pesquisas de gênero: entre o público e o privado*. Araraquara: Gráfica UNESP, 2000, p. 91-106.

NAGAHAMA, Elizabeth E. I.; SANTIAGO, Silvia M. *A institucionalização médica do parto no Brasil*. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300021&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 23 junho 2016.

NASCER NO BRASIL: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, supl. 1:3, 2014.

<https://doi.org/10.1590/0102-311XED01S114>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *IV Conferência Mundial sobre a Mulher*. Pequim, 1995.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Convenção Interamericana para a Prevenção, Punição e Erradicação da Violência contra a Mulher ("Convenção de Belém do Pará")*, Belém, 1994.

OSAVA, Ruth Hitomi; TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. *Os paradigmas da enfermagem obstétrica*. Ver. Es. Enf. USO, v.31, n.1, p.96-108, abril 1997.

<https://doi.org/10.1590/S0080-62341997000100008>

PEREIRA, Adriana L. F; BENTO, Amanda D. *Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto*. 2011. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/> Acesso em: 23 junho 2016.

PEREIRA, Marina Santos. *O trabalho da parteira: um saber iniciado e compartilhado entre as mulheres*. V Jornada Internacional de Políticas Públicas, 23 a 26 de agosto de 2011, São Luís. Anais.

PIMENTEL, Camila; et al. Autonomia, risco e sexualidade: a humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. In: *REALIS*, v.4, p. 166-185, 2014.

QADEER, Imrana. Saúde Reprodutiva: uma perspectiva de saúde pública. In: FARIA, Nalu. *Mulheres, corpo e saúde*. São Paulo: SOF, 2000, p. 25-43.

RATTNER, Daphne. *Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas*. Comunicação Saúde Educação. V.13, supl. I, p.759-768, 2009.

<https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>

ROTANIA, Alejandra. Formas atuais de intervenção no corpo das mulheres. In: FARIA, Nalu. *Mulheres, corpo e saúde*. São Paulo: SOF, 2000, p.11-24.

SAFFIOTI, Heleieth. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Labrys, Estudos Feministas. Revista Eletrônica*, n. 1-2, jul. /Dez. 2002.

SARDENBERG, Cecília. Conceituando “Empoderamento” na Perspectiva Feminista (transcrição revisada da comunicação oral apresentada ao *I Seminário Internacional: Trilhas do Empoderamento de Mulheres – Projeto TEMPO*, NEIM/UFBA, Salvador, 2006, ampliado na versão 2009).

SCAVONE, Lucila. *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais*. São Paulo: Editora UNESP, 2004, p. 141-169.

<https://doi.org/10.7476/9788539302949>

SCHRAIBER, Lima B. *Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais*. Ciência e Saúde coletiva, v.17, n.10, p.2635-2644, 2012.

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000013>

SCOTT, Joan Wallach. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. *Educação & Realidade*. Porto Alegre, vol. 16, nº 2, jul. /Dez. 1995, pp. 5-22.

TAVOLARO, L.G.M. & TAVOLARO, S.B.F. “Corpo e Modernidade na abordagem de Anthony Giddens: Uma Reflexão à Luz do Discurso pela Humanização do Parto”. *Caderno Espaço Feminino*, Uberlândia/MG, v. 24, n. 1, p. 15-48, jan. /jun. 2011.

THIOLLENT, M. J.M. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Editora Polis, 1982.

TIBURI, Marcia. *Feminismo Em Comum – para todas, todes e todos*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

VALOURA, Leila de Castro. *Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo Empoderamento, em seu sentido transformador*. Revisado em jun.2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/303912423_Paulo_Freire_o_educador_brasileiro_autor_do_termo_Empoderamento_em_seu_sentido_transformador> Acesso em: 03/01/2018.

VERDELIO, Andreia. *Brasil reduz mortalidade materna, mas continua longe do ideal, diz especialista*. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-05/brasil-reduz-mortalidade-materna-mas-continua-longo-do-ideal-diz-especialista> Acesso em: 17/06/2018.

VISBAL, Leticia A. *Importancia de la consciencia de género para las políticas públicas en salud y los derechos ciudadanos*. *Revista de Ciencias Sociales*, v. III, n. 97, p. 127-135, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - CARTA DE APRESENTAÇÃO

Uberlândia, 03 de maio de 2018.

Ilmas. Sras Coordenadoras do Grupo Flore Ser Parto & Crias

Lucília Mendes de Oliveira e Silva, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Uberlândia, realizo pesquisa na linha de gênero e direitos reprodutivos, sob a orientação da professora doutora Maria Lúcia Vannuchi, focalizando a relação entre parto humanizado e o empoderamento feminino, entendido como um dos meios de conquista da autonomia da mulher.

Considerando a importância da temática tanto no campo científico quanto no cenário social e de políticas públicas, e o objetivo de entender como o parto humanizado e o processo de preparação da mulher para o momento do parto vem acontecendo na cidade de Uberlândia, vimos mui respeitosamente solicitar autorização para que possa acompanhar as rodas de gestantes organizadas pelo grupo Flore Ser, assim como conhecer o grupo, sua organização e realizar entrevistas com as suas participantes e organizadoras.

Atenciosamente

Lucília Mendes de Oliveira e Silva

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa acadêmica, desenvolvida por Lucília Mendes de Oliveira e Silva, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Uberlândia, sob a orientação científica da Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Vannuchi.

Nesta pesquisa realizarei um estudo de caso sobre o grupo Flore Ser para compreender sua trajetória, conhecer as atividades promovidas pelo grupo e acompanhar as rodas de gestantes realizadas pelo grupo. O objetivo da pesquisa é entender a importância do grupo no processo de preparação das gestantes para o momento do parto e obter dados para o conhecimento do quadro atual de construção de processos de tratamento humanizado no momento do parto, seja ele domiciliar ou hospitalar.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada por meio do anonimato. Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato por meio do endereço eletrônico: lusilva_4@hotmail.com ou pelo telefone (34) 99918-4816.

Uberlândia, de de 20.....

Lucília Mendes de Oliveira e Silva

Eu afirmo ter lido o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido /a.

Local e data:

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

1. Idade:
2. Sexo/Gênero:
3. Raça/ Etnia:
4. Local de Nascimento:
5. Cidade na qual reside:
6. Mora em casa/apartamento: () próprio () alugado () cedido
7. Nível de escolaridade:
8. Profissão:
9. Estado Civil:
10. Número de filhos/as:
11. Idade dos filhos/as:
12. Profissão do/a cônjuge:
13. Nível de escolaridade do/a cônjuge:
14. Profissão da mãe:
15. Nível de escolaridade da mãe:
16. Profissão do pai:
17. Nível de escolaridade do pai:
18. Renda pessoal: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos () acima de 3 salários mínimos
19. Renda familiar: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos () acima de 3 salários mínimos
20. Religião:

APÊNDICE D - ROTEIRO AUXILIAR DE QUESTÕES: ORGANIZADORAS DO FLORE SER

Data:

Horário de início:

Horário de término:

Local:

Nome (opcional):

1. Como surgiu o grupo Flore Ser Parto & Crias?
2. Há quanto tempo você faz parte do grupo?
3. Qual foi a sua motivação para entrar no grupo?
4. Você acha que o grupo auxilia as gestantes e as mães? Em quais aspectos?
5. Quais são as principais atividades e eventos organizados pelo grupo?
6. Das atividades do grupo quais são voltadas para a preparação da mulher para o momento do parto? Quais os temas relacionados são abordados?
7. Você considera que o grupo estimula na mulher a busca por um tratamento humanizado no parto e pós-parto? Por quê?
8. Qual é a importância de a mulher conhecer as etapas da gestação, se preparar para o parto e o pós-parto?
9. A preparação da mulher para o parto pode influenciar na redução de cesáreas programadas? De que forma?
10. A preparação da mulher para o parto pode ser uma das formas de aumentar a quantidade de partos normais?
11. O aumento na quantidade de partos normais está acontecendo associado à humanização do parto e diminuição de violência obstétrica? Como?
12. O que você entende por violência obstétrica?
13. Qual é a importância da humanização no parto? O que você entende como um parto humanizado?
14. O parto com um tratamento humanizado pode ser um dos fatores que leva uma mulher a tomar escolhas sobre o próprio corpo? Gera mais autonomia da mulher? Por quê?

APÊNDICE E – ROTEIRO AUXILIAR DE QUESTÕES: GESTANTES

Data:

Horário de início:

Horário de término:

Local:

Nome (opcional):

1. Como você conheceu o grupo Flore Ser? O que te motivou a participar do grupo?
2. Há quanto tempo você participa das rodas de gestantes? Participa de outra atividade?
3. Você acha que a participação no grupo pode te auxiliar na preparação para o parto e pós-parto? Como?
4. Você considera essa preparação importante? Por quê?
5. Conhecer mais sobre o processo da gestação, parto e pós-parto te traz mais segurança?
6. Você se sente capaz de tomar decisões sobre seu corpo, inclusive durante o trabalho de parto?
7. Você fez ou fará um plano de parto? Qual é a importância dele?
8. No trabalho de parto você acha que a mulher deve ter maior poder de decisão sobre os procedimentos? De que forma?
9. O que você sabe sobre o projeto de humanização do parto, estabelecido pelo Ministério da Saúde? Destaque alguns aspectos positivos ou negativos sobre o projeto.
10. O que seria o parto humanizado para você?
11. O que é violência obstétrica para você?
12. O que é ser mãe para você?
13. E qual é a importância do pai no cuidado com o filho? Ele participou ou irá participar do parto?
14. O seu parto foi da forma que você planejou?

APÊNDICE F – ROTEIRO AUXILIAR DE QUESTÕES: DOULA

Data:

Horário de início:

Horário de término:

Local:

Nome (opcional):

1. Há quanto tempo você atua como doula?
2. Como é realizada a formação para ser doula? Existem cursos específicos para esta formação?
3. Como você descreveria o trabalho da doula? Ela pode atuar em quais fases da gestação?
4. O que você entende por parto humanizado?
5. O que você entende como violência obstétrica?
6. Qual é a importância da doula no trabalho de parto? Quais são os benefícios para a gestante que possui a orientação de uma doula?
7. Qual é a importância de a mulher conhecer as etapas da gestação, se preparar para o parto e o pós-parto?
8. A preparação da mulher para o parto pode ser uma das formas de aumentar a quantidade de partos normais?
9. A doula pode auxiliar no pós-parto? Como?
10. Você cobra para prestar este serviço? Poderia falar qual o valor?
11. Você sabe informar se na cidade de Uberlândia existem doulas voluntárias (que prestam o auxílio sem cobranças)?

APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E32

- 21. Idade: 32
- 22. Sexo/Gênero: Feminino
- 23. Raça/ Etnia: Branca
- 24. Local de Nascimento: Itumbiara - GO
- 25. Cidade na qual reside: Uberlândia - MG
- 26. Mora em casa/apartamento: () próprio (X) alugado () cedido
- 27. Nível de escolaridade: Superior Completo
- 28. Profissão: Fisioterapeuta / Terapeuta Holística
- 29. Estado Civil: Casada
- 30. Número de filhos/as: 1
- 31. Idade dos filhos/as: 0
- 32. Profissão do/a cônjuge: Designer Gráfico / Terapeuta
- 33. Nível de escolaridade do/a cônjuge: Superior Incompleto
- 34. Profissão da mãe: Professora
- 35. Nível de escolaridade da mãe: Superior Completo
- 36. Profissão do pai: Usineiro / Furnas
- 37. Nível de escolaridade do pai: Técnico em Eletrônica
- 38. Renda pessoal: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos (X) de 2 a 3 salários mínimos () acima de 3 salários mínimos
- 39. Renda familiar: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos (X) acima de 3 salários mínimos
- 40. Religião: Espiritualista

APÊNDICE H – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO A38

1. Idade: 38
2. Sexo/Gênero: Feminino
3. Raça/ Etnia: Branca
4. Local de Nascimento: Uberlândia - MG
5. Cidade na qual reside: Uberlândia - MG
6. Mora em casa/apartamento: (X) próprio () alugado () cedido
7. Nível de escolaridade: Superior Completo
8. Profissão: Psicóloga / Doula
9. Estado Civil: Casada
10. Número de filhos/as: 2
11. Idade dos filhos/as: 8 e 11 anos
12. Profissão do/a cônjuge: Professor
13. Nível de escolaridade do/a cônjuge: Superior Completo
14. Profissão da mãe: Médica
15. Nível de escolaridade da mãe: Superior Completo
16. Profissão do pai: Professor
17. Nível de escolaridade do pai: Superior Completo
18. Renda pessoal: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos (X) acima de 3 salários mínimos
19. Renda familiar: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos (X) acima de 3 salários mínimos
20. Religião: Espiritualista, atualmente frequento Umbanda

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO K40

1. Idade: 40
2. Sexo/Gênero: Feminino
3. Raça/ Etnia: Branca
4. Local de Nascimento: Uberlândia - MG
5. Cidade na qual reside: Uberlândia - MG
6. Mora em casa/apartamento: (X) próprio () alugado () cedido
7. Nível de escolaridade: Superior Completo
8. Profissão: Doula / Empresária
9. Estado Civil: Casada
10. Número de filhos/as: 3
11. Idade dos filhos/as: 6, 8 e 10 anos
12. Profissão do/a cônjuge: Contador
13. Nível de escolaridade do/a cônjuge: Superior Completo
14. Profissão da mãe: Administradora de Clínica
15. Nível de escolaridade da mãe: Ensino Médio
16. Profissão do pai: Motorista
17. Nível de escolaridade do pai: Ensino Médio
18. Renda pessoal: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos (X) acima de 3 salários mínimos
19. Renda familiar: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos (X) acima de 3 salários mínimos
20. Religião: Espírita

APÊNDICE J – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO A32

1. Idade: 32
2. Sexo/Gênero: Feminino
3. Raça/ Etnia: Branca
4. Local de Nascimento: Uberlândia - MG
5. Cidade na qual reside: Uberaba - MG
6. Mora em casa/apartamento: (X) próprio () alugado () cedido
7. Nível de escolaridade: Superior Completo
8. Profissão: Dentista
9. Estado Civil: União Estável
10. Número de filhos/as: 1
11. Idade dos filhos/as: 4 meses
12. Profissão do/a cônjuge: Enfermeiro
13. Nível de escolaridade do/a cônjuge: Superior Completo
14. Profissão da mãe: Dentista
15. Nível de escolaridade da mãe: Superior Completo
16. Profissão do pai: Corretor de imóveis
17. Nível de escolaridade do pai: Ensino Médio
18. Renda pessoal: (X) até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos () acima de 3 salários mínimos
19. Renda familiar: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos (X) acima de 3 salários mínimos
20. Religião: Católica

APÊNDICE K – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO D35

1. Idade:35
2. Sexo/Gênero: Feminino
3. Raça/ Etnia: Negra
4. Local de Nascimento: Uberlândia - MG
5. Cidade na qual reside: Uberlândia - MG
6. Mora em casa/apartamento: ☐ próprio ☒ alugado ☐ cedido
7. Nível de escolaridade: Pós-Graduação
8. Profissão: Assistente Social
9. Estado Civil: União Estável
10. Número de filhos/as:1
11. Idade dos filhos/as: 1 ano e 5 meses
12. Profissão do/a cônjuge: Programador
13. Nível de escolaridade do/a cônjuge: Técnico
14. Profissão da mãe: Aposentada
15. Nível de escolaridade da mãe: Fundamental Incompleto
16. Profissão do pai: Aposentado
17. Nível de escolaridade do pai: Fundamental Completo
18. Renda pessoal: ☐ até 1 salário mínimo ☐ de 1 a 2 salários mínimos ☐ de 2 a 3 salários mínimos ☐ acima de 3 salários mínimos
19. Renda familiar: ☐ até 1 salário mínimo ☐ de 1 a 2 salários mínimos ☐ de 2 a 3 salários mínimos ☒ acima de 3 salários mínimos
20. Religião: Espírita

APÊNDICE L – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO P30

1. Idade: 30
2. Sexo/Gênero: Feminino
3. Raça/ Etnia: Branca
4. Local de Nascimento: Jataí - GO
5. Cidade na qual reside: Uberlândia - MG
6. Mora em casa/apartamento: () próprio (X) alugado () cedido
7. Nível de escolaridade: Superior Completo
8. Profissão: Analista de Exportação
9. Estado Civil: Casada
10. Número de filhos/as: 1 (gestando)
11. Idade dos filhos/as: -
12. Profissão do/a cônjuge: Analista de TI
13. Nível de escolaridade do/a cônjuge: Superior Completo
14. Profissão da mãe: Técnica em Enfermagem
15. Nível de escolaridade da mãe: Curso Técnico em Enfermagem
16. Profissão do pai: Empresário
17. Nível de escolaridade do pai: Ensino Médio Completo
18. Renda pessoal: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos (X) acima de 3 salários mínimos
19. Renda familiar: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos (X) acima de 3 salários mínimos
20. Religião: Ateia

APÊNDICE M – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO A33

1. Idade: 33
2. Sexo/Gênero: Feminino
3. Raça/ Etnia: Branca
4. Local de Nascimento: Uberlândia - MG
5. Cidade na qual reside: Uberlândia - MG
6. Mora em casa/apartamento: (X) próprio () alugado () cedido
7. Nível de escolaridade: Pós-Graduação
8. Profissão: Bióloga
9. Estado Civil: Casada
10. Número de filhos/as: 1
11. Idade dos filhos/as: 5 meses
12. Profissão do/a cônjuge: Bancário
13. Nível de escolaridade do/a cônjuge: Superior Completo
14. Profissão da mãe: Do lar
15. Nível de escolaridade da mãe: Médio Completo
16. Profissão do pai: Engenheiro Elétrico
17. Nível de escolaridade do pai: Superior Completo
18. Renda pessoal: (X) até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos () acima de 3 salários mínimos
19. Renda familiar: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos (X) de 2 a 3 salários mínimos () acima de 3 salários mínimos
20. Religião: Espírita

APÊNDICE N – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO A31

1. Idade: 31
2. Sexo/Gênero: Feminino
3. Raça/ Etnia: Branca
4. Local de Nascimento: Uberaba - MG
5. Cidade na qual reside: Uberlândia - MG
6. Mora em casa/apartamento: (X) próprio () alugado () cedido
7. Nível de escolaridade: Superior Completo
8. Profissão: Socióloga
9. Estado Civil: Solteira
10. Número de filhos/as: 1
11. Idade dos filhos/as: 5 meses
12. Profissão do/a cônjuge: Publicitário
13. Nível de escolaridade do/a cônjuge: Superior Completo
14. Profissão da mãe: Psicanalista
15. Nível de escolaridade da mãe: Superior Completo
16. Profissão do pai: Empresário
17. Nível de escolaridade do pai: Ensino Médio Completo
18. Renda pessoal: () até 1 salário mínimo (X) de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos () acima de 3 salários mínimos
19. Renda familiar: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos (X) acima de 3 salários mínimos
20. Religião: Não tenho

APÊNDICE O – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO K21

1. Idade: 21
2. Sexo/Gênero: Feminino
3. Raça/ Etnia: Branca
4. Local de Nascimento: Jardim do Seridó - RN
5. Cidade na qual reside: Uberlândia - MG
6. Mora em casa/apartamento: (X) próprio () alugado () cedido
7. Nível de escolaridade: Médio Completo
8. Profissão: Desempregada
9. Estado Civil: Solteira
10. Número de filhos/as: 1
11. Idade dos filhos/as: 5 meses
12. Profissão do/a cônjuge: Supervisor de Farmácia
13. Nível de escolaridade do/a cônjuge: Médio Completo
14. Profissão da mãe: Feirante
15. Nível de escolaridade da mãe: Fundamental Incompleto
16. Profissão do pai: Metalúrgico
17. Nível de escolaridade do pai: Fundamental Incompleto
18. Renda pessoal: (X) até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos () acima de 3 salários mínimos
19. Renda familiar: () até 1 salário mínimo (X) de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos () acima de 3 salários mínimos
20. Religião: Católica

APÊNDICE P – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO L26

1. Idade: 26
2. Sexo/Gênero: Feminino
3. Raça/ Etnia: Parda
4. Local de Nascimento: Uberlândia - MG
5. Cidade na qual reside: Uberlândia - MG
6. Mora em casa/apartamento: () próprio () alugado (X) cedido
7. Nível de escolaridade: Superior Completo
8. Profissão: Advogada
9. Estado Civil: Casada
10. Número de filhos/as: 2
11. Idade dos filhos/as: 10 anos e 2 meses
12. Profissão do/a cônjuge: Funcionário Público
13. Nível de escolaridade do/a cônjuge: Superior Incompleto
14. Profissão da mãe: Do lar
15. Nível de escolaridade da mãe: Fundamental
16. Profissão do pai: Vigilante
17. Nível de escolaridade do pai: Fundamental
18. Renda pessoal: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos (X) de 2 a 3 salários mínimos () acima de 3 salários mínimos
19. Renda familiar: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos (X) acima de 3 salários mínimos
20. Religião: Cristã

APÊNDICE Q – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E24

1. Idade: 24
2. Sexo/Gênero: Feminino
3. Raça/ Etnia: Branca
4. Local de Nascimento: Uberlândia - MG
5. Cidade na qual reside: Uberlândia - MG
6. Mora em casa/apartamento: (X) próprio () alugado () cedido
7. Nível de escolaridade: Superior Completo
8. Profissão: Zootecnista
9. Estado Civil: Solteira
10. Número de filhos/as: 1
11. Idade dos filhos/as: 6 meses
12. Profissão do/a cônjuge: Zootecnista
13. Nível de escolaridade do/a cônjuge: Superior Completo
14. Profissão da mãe: Pedagoga / Professora
15. Nível de escolaridade da mãe: Superior Completo
16. Profissão do pai: Segurança
17. Nível de escolaridade do pai: Ensino Médio Completo
18. Renda pessoal: (X) até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos () acima de 3 salários mínimos
19. Renda familiar: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos (X) acima de 3 salários mínimos
20. Religião: Cristã

APÊNDICE R – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO D34

1. Idade: 34
2. Sexo/Gênero: Feminino
3. Raça/ Etnia: Negra
4. Local de Nascimento: Carmo do Paranaíba
5. Cidade na qual reside: Uberlândia - MG
6. Mora em casa/apartamento: () próprio (X) alugado () cedido
7. Nível de escolaridade: Superior Completo
8. Profissão: Doula e Professora
9. Estado Civil: Solteira
10. Número de filhos/as: 2
11. Idade dos filhos/as: 6 e 3
12. Profissão do/a cônjuge: Vendedor
13. Nível de escolaridade do/a cônjuge: Superior
14. Profissão da mãe: Faxineira
15. Nível de escolaridade da mãe: Ensino Médio
16. Profissão do pai: Motorista
17. Nível de escolaridade do pai: Ensino Médio
18. Renda pessoal: () até 1 salário mínimo (X) de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos () acima de 3 salários mínimos
19. Renda familiar: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos (X) de 2 a 3 salários mínimos () acima de 3 salários mínimos
20. Religião: Sem religião

APÊNDICE S – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO K32

1. Idade: 32
2. Sexo/Gênero: Feminino
3. Raça/ Etnia: Branca
4. Local de Nascimento: Araguari - MG
5. Cidade na qual reside: Uberlândia - MG
6. Mora em casa/apartamento: () próprio (X) alugado () cedido
7. Nível de escolaridade: Superior
8. Profissão: Doula
9. Estado Civil: Solteira
10. Número de filhos/as: N
11. Idade dos filhos/as: -
12. Profissão do/a cônjuge: Consultor de Empresas
13. Nível de escolaridade do/a cônjuge: Nível Técnico
14. Profissão da mãe: Do lar
15. Nível de escolaridade da mãe: Ensino Médio
16. Profissão do pai: Gerente de loja
17. Nível de escolaridade do pai: Ensino Médio
18. Renda pessoal: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos (X) de 2 a 3 salários mínimos () acima de 3 salários mínimos
19. Renda familiar: () até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos (X) acima de 3 salários mínimos
20. Religião: Não possui

ANEXO A – BOAS PRÁTICAS E A ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo.

CATEGORIA A - PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS:

- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado ao seu marido/companheiro
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto
- Respeito à escolha da mulher sobre se usa acompanhantes durante o trabalho de parto e parto
- Fornecimento à mulher sobre todas as informações e explicações que desejar
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto e o término do processo de nascimento;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto

- Estimulo a posições não supinas durante o trabalho de parto
- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;
- Condições estéreis ao cortar o cordão
- Prevenção da hipotermia do bebê
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares

CATEGORIA B - PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS:

- Uso rotineiro de enema
- Uso rotineiro de tricotomia
- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto
- Cateterização venosa profilática de rotina
- Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto
- Exame retal
- Uso de pelvimetria por Raios-X
- Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos
- Uso de rotina da posição de litotomia com os membros durante o trabalho de parto
- Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto
- Massagem de distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto
- Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, como objetivo de evitar ou controlar hemorragias
- Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto
- Lavagem uterina rotineira após o parto
- Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto

CATEGORIA C -PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO:

- Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos
- Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto
- Pressão do fundo durante o trabalho de parto
- Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto
- Manipulação ativa do feto no momento do parto
- Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto
- Clampeamento precoce do cordão umbilical
- Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto

CATEGORIA D - PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO:

- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto
- Controle da dor por agentes sistêmicos
- Controle da dor por analgesia peridural
- Monitoramento eletrônico fetal
- Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto
- Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço
- Correção da dinâmica com utilização de ocitocina
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto
- Cateterização da bexiga

- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário
- Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto
- Parto operatório
- Uso liberal e rotineiro de episiotomia
- Exploração manual do útero após o parto