

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

Tatiana Akemi Kawata

**PARTO: TIPOS, FORMAS E LOCAIS.
UM ESTUDO DE CASO SOBRE A EXPERIÊNCIA DO PARTO**

Trabalho de Conclusão de curso
submetido ao Programa de Ciências
Sociais da Universidade Federal de
Santa Catarina para a obtenção do
Grau de bacharel em Ciências Sociais.
Orientadora: Prof. Dr. Marcia Grisotti.

Florianópolis
2010

Tatiana Akemi Kawata

**PARTO: TIPOS, FORMAS E LOCAIS – UM ESTUDO DE CASO
SOBRE A EXPERIÊNCIA DO PARTO.**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de bacharel em Ciências Sociais e aprovado em sua forma final pelo Programa de Ciências Sociais.

Florianópolis, 16 de novembro de 2010.

Prof. Itamar Aguiar, Dr.
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a, Dr.^a Marcia Grisotti,
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a Elizabeth Farias da Silva,
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof., Dr. Fernando Dias de Avila Pires,
Universidade Federal de Santa Catarina

Aos que me acompanharam nesta etapa

AGRADECIMENTOS

Durante a minha - ainda curta - vida acadêmica, muitas foram as pessoas que me apoiaram e ajudaram a construir caminhos, me deram subsídios e conhecimentos para chegar a este momento.

Agradeço aos meu pais, Mario e Carmen, e aos meus irmãos, Tiago e Camila, meu suporte inicial, que sempre acreditaram em meu potencial e estiveram sempre ao meu lado.

Agradeço ao Gabriel, *mon amour*, e à sua família que, assim como a minha, também são parte importante na minha vida.

Agradeço especialmente aos meus amigos, tanto os que trago da infância quanto os que fiz nestes anos de universidade. Muito obrigada pelo companheirismo e pela paciência, principalmente nesta etapa final de TCC, estágio docência, provas, mestrados.

Agradeço à todos professores do curso de Ciências Sociais, que tanto me ensinaram durante estes últimos anos. Agradeço especialmente aos professores Yan de Souza Carreirão, Ligia Helena Hann Luchmann e Julian Borba, que me deram a oportunidade de trabalhar com eles em projetos de pesquisa.

Agradeço à minha orientadora, Marcia Grisotti, pela paciência e atenção dada para a realização deste trabalho. Também ao professor Fernando Avila e a todos integrantes do Núcleo ECOS pelo carinho com que me acolheram.

Agradeço às mães entrevistadas pelo tempo e as vivências aqui compartilhadas.

Agradeço à banca da minha qualificação, professora Elizabeth Farias da Silva e Marisa Monticelli, pelos importantes conselhos.

“a gestação, o parto e o nascimento voltam a ser vistos como fenômenos naturais e fisiológicos: deve-se buscar contribuir para evolução natural da situação, bem como corrigir os desvios da normalidade, respeitando a individualidade da parturiente e oferecendo o suporte emocional essencial nessa ocasião de tanta ansiedade.”

(Regina Maria Gonçalves Barcelos, 2005)

RESUMO

Este trabalho procura analisar a trajetória do parto, situação pela qual inevitavelmente passaram todas as mulheres que foram e são mães biológicas. Este procedimento foi, por muito tempo, realizado por mulheres (parteiras) no intuito de auxiliar outras mulheres (parturientes): antes, durante e depois do parto. No entanto, uma mudança acontece após a instalação da obstetrícia como ciência médica. A medicina apropria-se da gravidez e da mulher grávida para realizar o parto, não tendo apenas a exclusão das parteiras no momento do parto como também a submissão das parturientes às regras e domínios da nova forma, local e tipo de parto. Atualmente porém, percebe-se um movimento, por parte dessas gestantes, de tomada de controle sobre a condição de seus corpos nesse momento. Mulheres (parturientes) retomam o controle das decisões às quais seus corpos serão submetidos, enfim empoderando-se.

Palavras-chave: parto, parteiras, empoderamento feminino, medicina.

ABSTRACT

This research works on the history of labour, a moment when, inevitably every woman who has already given birth had already passed through. Such procedure was, for a long time, made by women (midwives) with intention of helping other women (parturients): before, during and after they give birth. However, an important change occurs after the installation of obstetrics as medical science. Medicine takes control over the pregnancy and the pregnant woman to perform the labour, not only with the exclusion of midwives during childbirth, but as well as submitting the parturient to the rules and the domination of the new fields of form, location and type of give birth. Nowadays, however, a movement is being increased by those pregnant women, on the direction of taking control over the condition of their bodies at that time. Women (parturients) reassume control about the decisions to which their bodies will undergo, finally empowering themselves.

Keywords: birth, labour, empowerment, medicine.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
1.1. <i>Metodologia.</i>	2
2. A sociologia do corpo e o corpo feminino.....	5
3. O parto instrumento de dominação e usurpação	11
3.1. <i>Corpos grávidos e a ciência.</i>	26
3.2. <i>Intervenções</i>	30
3.3. <i>O parto domiciliar no sul e no norte do Brasil.</i>	34
4. Experiências e percepções do parto: um estudo de caso.	37
4.1. <i>Pesquisa.</i>	38
4.2. <i>A descoberta da gravidez.</i>	41
4.3. <i>Escolha do profissional e local do parto.</i>	45
4.4. <i>Procedimentos médicos e vontades individuais da parturiente...</i>	52
4.5. <i>A Dor.</i>	59
4.5.1. <i>Nascimento de cesárea:</i>	76
4.5.2. <i>Cesárea necessária:</i>	76
4.6. <i>Interesses médicos e suas influências no parto.</i>	79
4.7. <i>O empoderamento.</i>	86
5. Considerações finais.....	89
Referências	91
Anexo 1 – Questionário enviado ao NDI	96
Anexo 2 – Email enviado.....	97
Anexo 3 - Entrevista	98

1. INTRODUÇÃO

A quem pertence o parto? Esta é a pergunta de saída deste trabalho de conclusão de curso e a resposta leva ao tema: O momento do parto pertence a mulher acima de qualquer profissional envolvido no procedimento. O parto entra no ponto central deste trabalho quando discuto o sentimento de mulheres, do conforto, da segurança e principalmente da autonomia num momento tão íntimo e especial quanto o parto, sendo o empoderamento feminino discutido e analisado nas entrevistas realizadas.

Ao longo do trabalho discuto alguns temas relacionados à defesa e opção pelo parto normal e pela implantação da teoria de humanização dentro dos hospitais brasileiros. O parto normal volta a ser debatido após uma série de discussões sobre os efeitos maléficos dos altos índices de intervenções desnecessárias realizadas mundialmente e, em especial, no Brasil. Práticas maléficas no sentido dos altos índices de mortalidade materno infantil e pelos traumas causados em algumas mulheres as quais foram objeto de estudos, livros, teses e lutas para difusão de maneiras diferentes de parir¹.

A humanização do parto surge como uma forma de auxiliar e empoderar a parturiente, dando-lhe autonomia e informações necessárias sobre as técnicas comprovadas cientificamente² para que a parturiente consiga ter um parto tranqüilo, humanizado e normal. Recomendado mundialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS,1996) e nacionalmente pelas diretrizes do Ministério da Saúde. A recomendação mundial é de que apenas 15% dos partos sejam cesáreos, sendo este o ideal a ser alcançado nacionalmente, pois as condições fisiológicas da maioria das mulheres permite o desenvolvimento do parto normal não havendo a real necessidade de uma intervenção cirúrgica, como a cesariana. Os 15% são relativos às mulheres que não podem ter o parto normal, pois esta é a verdadeira necessidade e importância da cesárea, auxiliar e salvar vidas, quando necessário.

O parto surgiu como tema após uma descoberta surpreendente, dentro de uma Universidade canadense (McGill), de que existiam parteiras ainda atuantes no mundo contemporâneo e que não eram apenas personagens históricos. Iniciei minhas indagações sobre o parto, e nos profissionais envolvidos. Inicialmente enfoquei a disputa entre parteiras e médicos, na discussão sobre qual dos dois profissionais

¹ ver (RATTNER e TRENCH, 2005) e (LARGURA, 2000)

² ver (OMS, 1996)

estaria mais preparado para atuar no momento do parto. A descoberta das parteiras diplomadas, me levou a questionar o porque do ressurgimento desse ofício, e a pesquisa sobre isso me levou a descobertas inimagináveis acerca da história dessas mulheres. Tal como, não se tratar de um ressurgimento, pois em alguns lugares como, por exemplo no Brasil, elas nunca desapareceram. Com a literatura sobre o tema aprendi sobre tipos de partos possíveis, sobre as altas taxas de intervenções cirúrgicas desnecessárias, entre outros assuntos intrigantes. E, dentro de todas estas pesquisas e leituras outras perguntas foram feitas e as tentativas de responde-las me impulsionaram a outras perspectivas e temas. A cada encontro com minha orientadora desejava investigar os mais diversos assuntos relacionados ao parto e ela sempre me chamava para realidade de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e na necessidade de manter o foco no que estava fazendo, o que havia me comprometido a fazer na qualificação.

No final o que desejo com este trabalho é mostrar que o parto não é um momento qualquer, mas sim um rito de passagem e que foi sendo esquecido ou negligenciado por muitos(as) médicos(as) e muitas mulheres. O importante não é onde e/ou como, mas sim o que sentiu? Foi atendida de acordo com suas necessidades e seus desejos? Foi uma experiência enriquecedora?

Não desejo tornar este trabalho um documento de reivindicação ou um manual pela luta anti-hospitalização, mas mostrar o outro lado possível da realização do parto. E, principalmente trabalhar no discurso de algumas mulheres residentes em Florianópolis no que se refere às sensações do parto e a percepção destas sobre o empoderamento feminino.

1.1. Metodologia.

Realizei entrevistas com cinco mulheres residentes de Florianópolis. As entrevistas foram feitas junto às mães do NDI (Núcleo de Desenvolvimento Infantil) da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina). O NDI atende 270 crianças e possui 24 turmas divididas em manhã e tarde. Consegui a inserção através da diretora pedagógica, que abriu espaço para que eu enviasse uma carta de apresentação, juntamente com questionário³, às mães que desejassem me ajudar numa pesquisa futura, e solicitando que lessem e respondessem ao questionário. A aplicação inicial dos questionários serviu com intuito de

³ ANEXO 1

descobrir mulheres que realizaram algum dos 11 tipos de partos por mim anteriormente classificados. Como resultado, não obtive tantas variedades de partos, todavia obtive outros dados interessantes para esta pesquisa.

Dos 66 questionários enviados obtive o retorno de 18, que resultaram em cinco entrevistas. Dos questionários coletados nem todas as mães foram contactadas posteriormente, pois realizei junto com minha orientadora uma pré-seleção e destas obtive 5 respostas positivas.

A forma de contato foi através de e-mail⁴ ou telefonema, no qual relembrava o questionário preenchido por elas e convidava-as para uma entrevista. Os relatos transcritos e analisados a partir das entrevistas gravadas ajudaram-me a elucidar e corroborar minhas idéias, com os dados pesquisados na literatura, além de sanar dúvidas.

Como Knibiehler (2007) coloca: “*La plupart des femmes aiment raconter leurs accouchements. J’ai écouté (ou provoqué) de nombreux récits.*” (KNIBIEHLER, 2007, p. 264). Parti deste pressuposto e transformei as entrevistas em conversas, nas quais a primeira parte é relativa a identificar quem são essas mulheres, uma vez que alguns dados iniciais haviam sido respondidos no questionário aplicado anteriormente. A segunda parte foi sobre como foi o parto, a preparação para tal. Deixei que estas mulheres me contassem como tinha sido desde o momento da descoberta da gravidez até o momento do parto. Sendo que dentro da conversa caso alguns assuntos não fossem mencionados por elas, recorria ao roteiro de perguntas pré-estruturadas. A dinâmica de cada entrevista foi diferente, algumas leram as perguntas e responderam enquanto contavam as suas histórias de gravidez e parturição, a outras eu perguntava. Os resultados obtidos, com o mesmo arsenal de perguntas diferem em algumas partes e em outras são bem parecidas, as diferenças encontradas são devido às diferentes experiências vividas por cada entrevistada, como mostrarei a seguir.

⁴ ANEXO 2.

2. A SOCIOLOGIA DO CORPO E O CORPO FEMININO

“O processo histórico de medicalização do corpo feminino traduz de modo exemplar a idéia de que existe uma natureza biológica determinante da condição feminina. É justamente por meio dessa concepção que a medicina construiu o discurso legitimado sobre o corpo das mulheres e sobre a reprodução.” (BARBOSA, GIFFIN, *et al.*, 2003, p. 1613).

Pizinni (2000) coloca que enquanto seres humanos somos “animais culturais”, pois a cultura está inserida em nosso corpo, está incorporada como algo de nossa natureza mesmo que seja uma construção realizada socialmente. Na mesma direção, Breton (2006) ao estudar o corpo, tenta elucidar as lógicas sociais e culturais que envolvem o homem em seu contexto particular, sendo este também um objeto de estudos sociológicos e antropológicos, não só físicos ou biológicos. Afirma também que o corpo é condicionante e condicionado à forma social e cultural em que se vive, fazendo parte de uma realidade mutante, pois a sua interpretação e representação são modificadas com a mudança de sociedade e/ou de época histórica. Segundo Meyer (2009) e Knibiehler (2007), somos biológicos e sociais, nossa construção do que é normal pode ser baseado no biológico, porém é legitimado no social: somos sujeitos e sujeitados de nossa cultura.

O movimento do corpo produz práticas simbólicas. Assim, como sua relação com as ferramentas, o corpo é um instrumento do ser humano, modelado a partir de hábitos culturais. Podemos dizer que o corpo é um instrumento, uma parte importante na constituição do ser humano e na projeção de sua atividade na cultura em que está inserido. Mas não é apenas um instrumento, pois nestas atividades desenvolvidas pelo corpo há valores e significados. Pode-se dizer que o corpo adquire significados, valores, formas e movimentos a partir do social e do cultural em que nos desenvolvemos. Desta forma, a maneira de andar, falar, gesticular, nadar, dar à luz, todos são valores culturais e sociais que aprendemos no decorrer da vida.

Se todos os corpos são construções sociais onde há diferenciações, observa-se que isto não é diferente para a questão do gênero. Como o homem, a mulher é construída socialmente e culturalmente dentro desta mesma sociedade diferenciada e na sociedade ocidental, é tratada, vista, representada como um ser frágil e que

necessita de cuidados específicos. Breton (2006) afirma que “As qualidades morais e físicas atribuídas ao homem ou à mulher não são inerentes a atributos corporais, mas são inerentes à significação social que lhes damos e às normas de comportamento implicadas.” (BRETON, 2006, p. 68) e acrescenta que o corpo não é comandado apenas pelo biológico, mas este serve de razão para as diferentes atribuições criadas entre os sexos.

Ele também cita como exemplo do biológico agindo no social das mulheres estéreis nos NUER, que são tratadas socialmente como homens por não terem a função reprodutora e a questão de Mead e dos Chambuli, onde a mulher é o ser dominante e frio, enquanto o homem representa a parte emotiva desta sociedade. Este último caso sendo o contrário do encontrado em nossa sociedade, algo impensável para muitos dentro de nossa cultura. Por fim, Breton (2006) afirma que:

“As características físicas e morais, as qualidades atribuídas ao sexo, dependem das escolhas culturais e sociais e não de uma gráfico natural que fixaria ao homem e à mulher um destino biológico. A condição do homem e da mulher não se inscreve em seu estado corporal, ela é construída socialmente. Como escrevia S. Beauvoir, “não se nasce mulher, torna-se mulher”.⁵ O mesmo ocorre ao homem.” (BRETON, 2006, p. 66).

É uma diferença social e não biológica que nos faz ser o que somos e agir como agimos em nossa sociedade. As mulheres foram criadas e educadas a partir da definição de seus brinquedos, roupas, comportamentos aceitáveis e distintos, juntamente com as emoções possíveis a cada sexo. Em seus papéis sociais como meninas ou meninos aprende-se socialmente a tornar-se homem ou mulher. Por fim criamos no social a diferença entre sexos e os papéis que estes devem seguir. As mulheres enraízam seu papel feminino.

Historicamente construído ao longo da história ocidental, o corpo feminino inicialmente foi apropriado socialmente pela religião católica, que era a detentora da verdade e considerava a mulher uma imperfeição. Por ter sido criada a partir da costela de Adão, por Eva e seu pecado original, a mulher deveria ser lembrada em seu parto, sendo a dor no

⁵ (Grifo nosso)

parto uma punição divina dos pecados cometidos por elas. Nesta mesma direção, Coelho (2006) destaca:

“O momento seguinte foi a da Ciências Naturais, da Biologia, Fisiologia e Anatomia. Até porque seria insustentável, devido aos avanços científicos advindos com as novas concepções políticas e filosóficas do Iluminismo, continuar mantendo a mulher submissa e inferiorizada somente com o suporte das religiões. Foi preciso subsistir as sanções e os limites impostos pela religião, baseados na culpa e no pecado, por concepções mais condizentes com o pensamento da época. A religião como forma de opressão sobre a mulher foi substituída pela Medicina.” (COELHO, 2006, p. 15).

Todo corpo dentro de uma cultura é moldado socialmente e as mulheres não somente foram moldadas como também dominadas a partir da função biológica da reprodução. Como mencionado por Pizinni (2000): “*La medicalisation du corps féminin est la réponse de la modernité à la nécessité du contrôle social sur l'activité reproductrice de la femme.*”⁶ (PIZINNI, 2000, p. 2). Portanto, quando o século das luzes se instaura o corpo é mais uma vez utilizado para afirmar a diferença social entre os sexos, porém desta vez não pelo pecado, mas pela diferença biológica. O mesmo é dito por Vieira (2002) ao colocar que “A medicalização do corpo feminino particulariza-se nas implicações específicas da reprodução humana, baseada principalmente em sua biologia, e através dela a sua condição feminina será naturalizada”(VIEIRA, 2002, p. 19).

O corpo feminino dentro das diversas sociedades (principalmente da ocidental), tornou-se historicamente um objeto de controle social. Pois, a partir do momento em que as altas taxas de natalidade são vistas como índice de desenvolvimento e bem estar de toda uma nação, as mulheres ganham o papel central, sob tutela masculina, dentro da sociedade. A partir da construção social do local que ocupa na vida pública da sociedade ao ter a função biológica reprodutiva, o corpo feminino adquire uma identidade coletiva. Sendo as mulheres alvo de coerção e controle a partir aspecto reprodutivo, a cultura ocidental se

⁶ “A medicalização do corpo feminino é uma resposta da modernidade à necessidade do controle social sobre a atividade reprodutora da mulher”(Tradução nossa)

utiliza do papel maternal como meio de controle, pois seu papel é de gerar e criar filhos para pátria, povoar e educar o futuro. A função da mulher com o tempo é reconfigurada no social, de apenas submissa torna-se mãe protetora de sua cria e do seu lar. Categoria esta que como relata Vieira(2002) garante a diminuição da mortalidade infantil, no momento em que a mulher recebe como tarefa de ser mãe e protetora e é educada socialmente a exercer este papel dentro da sociedade em que está inserida. Sendo assim, os papéis sociais são bem definidos, por mais que o corpo feminino seja considerado público, a mulher não participa da função pública à ela cabe o aconchego do lar e a função de ensinar e cuidar. Logo:

“O homem possui a faculdade de fecundar a mulher enquanto esta conhece menstruação regular, carrega em si a criança que coloca no mundo e em seguida aleita. Aí estão os traços estruturais em torno dos quais as sociedades humanas acrescentam infinitos detalhes para definir socialmente o que significa o homem e o que significa a mulher, as qualidades e o status respectivo que enraízam suas relações com o mundo e suas relações entre si.” (BRETON, 2006, p. 65).

A mulher grávida se enquadra na sujeição social de ser uma boa mãe, enquanto em condição de futura mãe muitos cuidados são difundidos como ideal para saúde de ambos, tanto da mãe quanto do bebê. A campanha social e cultural de anos leva-nos a acreditar e creditar o valor de boa mãe como algo natural. Como Meyer (2009) afirma:

“ A nossa crença de que a maternidade é ou deveria ser exercida assim, de que deveria ser desejada e vivida desse modo por todas as mulheres, independentemente de suas condições, desencadeia a repulsa e horror, amplamente divulgados e alimentados pelas mídias, que cercam as mulheres mães que, por alguma razão, escapam dessa representação de “boa mãe”. (MEYER, 2009, p. 99)

Acreditamos que a boa mãe é aquela que deseja sempre o melhor para o seu filho, que pensa na cria antes mesmo de si, tanto que atualmente o abandono, aborto e infanticídio, práticas comuns antigamente, tornam-se assuntos abomináveis e o estigma das mulheres que realizaram alguma destas ações é enorme e inconcebível para muitos (as). Algo que acreditamos ser tão natural como a maternidade protetora é, na realidade, um mito. A constituição desta idéia maternal como parte da natureza, como coloca Knibiehler (1990), é invenção iniciada com a igreja católica um dispositivo de feminilização e domesticação de mulheres, sendo sempre renovado e remodelado com novas versões até a Modernidade. Recriado ao longo da história ocidental pela mídia em suas campanhas constantes de como ser uma boa mãe e campanhas públicas para o aumento da natalidade, da importância feminina em gerar filhos corroborado sempre pela ciência em expansão. Ciência esta que se volta ao corpo como Viera (2002) coloca quando diz que “O século XIX assiste à consolidação da prática médica: a medicina como saber científico, que surge no contexto historicamente determinado da formação da sociedade capitalista, no interior da qual constitui-se o projeto de medicalização dos corpos”(VIEIRA, 2002, p. 20).

O discurso científico nos diz como ser mãe e o que não fazer ao ser mãe, o discurso médico recria a maternidade ditando quais são os comportamentos e tendências, que devemos seguir. A ciência médica passa a ser utilizada no lugar da igreja para dar respaldo às afirmações e determinações exigidas do corpo feminino e da sua função social. Sob a proteção do discurso científico o papel da mãe é criado, reforçado e trabalhado pela mídia, pelo Estado, pela medicina, estabelecendo as maneiras, atitudes, comportamentos e tendências a serem seguidas pela parturiente até os dias atuais⁷.

Aos poucos o Estado foi tomando para si a responsabilidade de assistir a maternidade e os direitos das mulheres grávidas, o que Meyer (2009) chama de politização da maternidade: um conjunto de ações estatais, difundida por manuais, revistas, jornais, televisão, cinema e publicidade. Impondo o modelo de mãe ideal, estes discursos científicos são difundidos e tornam-se parte do senso comum, que é repetido e assimilado, acabando por transformar-se em discurso verdadeiro. Dentre estes discursos há o do que é ser mãe e o do que fazer e não fazer, tendo a cientificidade como base e uma estratégia de naturalização e universalização destas questões. Como Meyer (2009) cita:

⁷ ver (VIEIRA, 2002)(KNIBIEHLER, 1990), (MEYER, 2009).

“ O que importa é entender como determinados conhecimentos -que se apresentam e que assumimos como científicos, universais e neutros - incorporam, reproduzem, atualizam e tensionam as representações culturais de maternidade, e que efeitos isso pode ter sobre os modos como cuidamos de mulheres-mães e homens-pais em nossos cotidianos profissionais” (MEYER, 2009, p. 85)

Neste sentido o corpo feminino não foi apenas socializado e moldado para o papel materno dentro da sociedade ocidental, foi também medicalizado. A hospitalização do parto é um dos processos de abertura a este novo mundo descoberto pela ciência médica, sendo o controle da higiene durante a urbanização um dos maiores triunfos da dominação e instalação da medicina como verdade.

3. O PARTO INSTRUMENTO DE DOMINAÇÃO E USURPAÇÃO

"Na França, a profissão de parteiras (sages-femmes), que era única profissão feminina no mundo contemporâneo, deixou de o ser em 1983, com a aprovação de um decreto europeu que possibilitou igual acesso dos homens neste ofício." (BRENES, 2008, p. Apresentação)

Martins (2005) coloca que a obstetrícia, apesar de ser uma prática antiga, não tem sua origem na medicina, mas que a medicina se apropria ao perceber nela uma atividade lucrativa e cirúrgica. Pois o parto, enquanto considerado um evento natural sem fins lucrativos e atividade de mulheres não interessava aos jovens cirurgiões, apenas após a mudança de status de um evento natural para um evento patológico e passível de intervenções cirúrgicas e principalmente pago, chama atenção da classe médica. O século XIX consolidou a medicina obstétrica como científica, dando objetividade e racionalidade ao conhecimento produzido pelo médico, de uma escrita totalmente masculina, pois na época em que a medicina se consolida, as mulheres eram impedidas de perseguirem os estudos médicos e científicos. Tinham apenas o conhecimento tradicional de como partejar como Canassa (2005) descreve:

“A arte de partejar sempre foi uma atividade que acompanhou a história da humanidade e durante muitos séculos foi considerada um fazer/cuidar privativo do gênero feminino, realizado pelas mãos das parteiras. No seio familiar e no trabalho fora do lar, além de assumir o ato de partejar as parteiras realizavam outras atividades, como: lavar, preparar alimentos, cuidar dos filhos e assistir os recém-nascido. A estas atividades não era atribuído um valor econômico, mas humanitário, social e afetivo, ligadas ao amor, à caridade, à bondade e à solidariedade. (CANASSA, 2005, p. 20)

A arte de partejar por muitos séculos foi uma atividade exclusivamente feminina, realizada por mulheres mais experientes que auxiliavam as parturientes pelo anseio de ajudar, no qual as mulheres eram detentoras do saber e do fazer. O parto era relacionado à natureza,

bruxarias, etc. enfim, atos considerados exclusivamente femininos. A partir do momento que o corpo feminino torna-se objeto de estudos e tem a medicalização do parto como porta de entrada, temos um corpo dominado, vozes caladas, um ofício extinto e uma profissão em ascensão.⁸

Segundo Studnicka e Brenes (2005) a tradição era passada de parteira para parteira, era algo aprendido no olhar, na transmissão de conhecimentos aprendidos na prática, no toque e não em cadeiras escolares. Era o saber cuidar e não apenas o ato de partejar, pois havia um acompanhamento, antes, durante e depois do parto. O caldo de galinha preparado, e as funções da casa eram assumidas pela parteira enquanto a mulher estava de resguardo. O conhecimento popular era utilizado e válido, assim como os rituais e os atos ditos de fé, o que por muitos anos, através da campanha médica de extermínio das parteiras tradicionais, foi atacado por ser algo rudimentar, era socialmente estruturado e aceito. A parteira era normalmente uma mulher mais velha e com sucesso. Aos poucos elas foram ganhando reconhecimentos e poderes, com o ofício de parteira veio o benefício social, pois estas mulheres eram importantes em seus locais de residência e tinham um elevado grau de confiabilidade perante a população. O que gerou conflitos e disputas levou a “extinção” deste ofício.

Brenes (2008) destaca que autoras como Gélis e Laget apontam que na França no século XV ocorre a primeira ruptura entre as parteiras, surgindo a mulher urbana que cobra ao ajudar as mulheres no parto e, para distinguir as duas vertentes, cria-se o nome *sage-femme* para a profissão, a fim de diferenciar-se do ofício das *acchoucheuses*. A segunda seria uma comadre, uma parteira tradicional como descrita por Nascimento et al (2009):

“Parteira tradicional é aquela que presta assistência ao parto domiciliar e que é reconhecida pela comunidade como parteira. Originalmente adquire suas aptidões fazendo partos por conta própria ou após aprender o ofício com outras parteiras. A formação de quase todas foi na prática, no embate com a falta de assistência às mulheres, estimuladas pelo desejo de servir, pela curiosidade, pela necessidade de trabalhar. Parteiras fazem mais do que partos, são conselheiras, curadoras da família e dos

⁸ ver (BRENES, 2005),(BRENES, 2008) e (MARTINS, 2005)

necessitados.” (NASCIMENTO, SANTOS, *et al.*, 2009, p. 320)

A primeira surgiu no perímetro urbano e teria adquirido algum conhecimento teórico científico, ao realizar algum curso que lhe dava um status superior perante as mulheres que aprenderam na prática. A diferença era o conhecimento científico de uma contra os saberes populares da outra. O estudo torna-se algo a se vangloriar. Porém, esta não era a única diferença: enquanto a segunda trabalhava pelo dever outra cobrava pelo serviço. Após esta distinção entre parteira leiga e diplomada temos outra luta entre elas, mas desta vez no valor do diploma em Brenes (2005):

“ O curso de parteiras criado na Faculdade de Medicina de Paris, em 2 de fevereiro de 1823, abre uma ferida na formação profissional das parteiras. Um curso de três meses passou a ter mais prestígio do que dois anos de estudos dado pela Escola de Parteiras. Surge a guerra entre mulheres parteiras de 1º classe (graduadas pelo curso de Faculdade de Medicina de Paris) e as de 2º classe (graduadas na Escola de Parto de Paris).” (BRENES, 2005, p. 25)

Neste caso temos o saber médico validado acima de outros, estabelecido por anos como era o caso do curso de parteiras da Escola de Partos de Paris que perde seu prestígio quando o curso de partos é instalado na faculdade de medicina de Paris. Brenes (2005) coloca que os avanços da medicina na atenção ao parto criou o curso de parteiras dentro da faculdade de Medicina de Paris a fim de exterminar a escola do Parto de Paris, que estava estabelecida e por anos funcionando. Criou assim, uma desvalorização dos ensinamentos ali ministrados, mesmo sendo de maior duração e tendo mais tempo de existência. A ciência começa a sua empreitada de verdade absoluta e reconhecimento público.

A primeira disputa de espaço deu-se entre parteiras tradicionais e diplomadas, depois entre as diplomadas e muda quando a medicina descobre o corpo feminino como um instrumento de estudos e obtém o aval da ciência acima da moral. Foi a partir deste momento de domínio médico que as mulheres perderam seu espaço, tanto a parteira quanto a parturiente.

No Brasil, tendo em vista o número elevado de praticantes aptas para auxiliar as parturientes começou a ser exigido tanto das parteiras estrangeiras quanto das brasileiras um exame de conhecimentos, surgindo as bancas examinadoras integradas por médicos para que recebessem o diploma de parteiras registrado pela Câmara Municipal. Independente do renome da parteira e de seu certificado expedido por qualquer escola de partos, todas tinham que passar por uma banca formada por um corpo médico habilitado para provar suas capacidades, tanto na França quanto no Brasil. O pré-requisito para as mulheres que gostariam de se formar como parteira diplomada era saber ler e escrever, registro de nascimento, casamento, para as viúvas, o atestado de óbito do marido e para todas, um certificado de boa conduta fornecido pela prefeitura. A vida e costumes eram exigidos, apesar de não serem diretamente ligados à profissão, tanto para inscrição no curso de parteiras quanto em seu exame de obtenção do certificado de parteira. E, por fim, faziam um juramento de exercício profissional.⁹

O controle médico e estatal inicia-se nesta medida de autorizações e julgamento de quem podia ou não atuar como parteira. Como Rodhen (2006) aponta em sua retrospectiva histórica:

“Já em 1832 estava criado um curso de partos para que elas aprendessem de acordo com os preceitos da ciência a “correta” maneira de atender as mulheres no momento do parto e os primeiros cuidados com a criança. Passou-se propagar a idéia das parteiras com certificado concedido pelos médicos. Estas tornam-se as mais legítimas e requisitadas pelas famílias mais poderosas e civilizada.” (ROHDEN, 2006, p. 215)

Ao olharmos a afirmação acima podemos perceber algumas mudanças e ideais que serão adotadas alguns anos mais tarde, ao tratar da ciência. Temos a super valorização do conhecimento científico acima do popular, do conhecido e passado por gerações e o início de uma desconfiança das mulheres que por anos foram as únicas companheiras das parturientes. E por fim os médicos que surgem como avaliadores e a palavra civilidade que trás todo o sentido para a mudança do local e forma de partejar. Brum (2004) trabalha no mesmo sentido ao dizer que:

⁹ Ver (BRENES, 1991)

“...a hegemonia do saber médico que se instituiu no Brasil a partir do século XIX, quando se institucionalizou o conhecimento exercido pelas parteiras leigas. A escola de medicina, em 1832, institucionalizou o trabalho das parteiras através do curso de formação de parteiras, as quais passaram a exercer seu trabalho sob controle médico, com restrição a sua independência de ação, podendo exercer atividades de cunho prático se autorizadas pelos médicos.” (BRUM, 2004, p. 34)

No início tudo era amigável, os médicos ensinavam as parteiras que obtinham o conhecimento científico e podiam atuar da mesma maneira que um médico. O uso do fórceps era ensinado às parteiras, os conhecimentos eram partilhados, pois aos médicos cabiam apenas os casos de cirurgia os quais eram os únicos que lhes interessavam. O que era apenas uma avaliação burocrática torna-se uma forma de controle, resgatando o histórico em Brenes (2005) o qual coloca que, em 1809, surge a cadeira de Arte Obstétrica na escola de cirurgia do Rio de Janeiro. Porém, este tipo de estudo demorou a chamar atenção dos jovens cirurgiões e servia mais para regulamentar o ofício de parteira. Como Rohden (2006) mostra, “No Brasil, até o começo do século XIX, os médicos só atendiam os casos mais graves, de doenças mais sérias ou em casos de partos complicados que colocassem em risco a vida da mãe ou da criança.”(ROHDEN, 2006, p. 214). As restrições começam quando eles desejam atuar no parto e não somente nas complicações decorrentes do parto. A partir deste momento o fórceps é um objeto da ciência e só pode ser utilizados por homens aptos e educados por esta ciência, ou seja, os médicos obstetras. Era algo que as parteiras não tinham o poder e o “conhecimento” para manejar. Conseguem estabelecer imposições e exigências corroboradas por leis, e as parteiras perdem o direito de utilizar qualquer instrumento científico, sendo este restrito ao conhecimento médico. Enquanto, o parto pela parteira era um acontecimento natural e da mulher, o parto pelo médico foi encarado como uma patologia, algo da ciência médica. O parto como um evento patológico legitima mais ainda estes homens da ciência ao serem detentores das tecnologias, a solução para apaziguar o risco iminente que é o parto. Como afirmam Kruno et Bonilha (2004):

“Com o iluminismo, estudos científicos sobre as diferenças anatômicas e fisiológicas entre homens

e mulheres tentaram reafirmar a fragilidade e a inferioridade do corpo feminino. A partir da popularização do fórceps, nos séculos XIX e XX, a participação masculina tornou-se predominante no atendimento ao parto. O parto passou a ser técnico, científico e inevitavelmente um ato médico.” (KRUNO e BONILHA, 2004, p. 398).

A mulher é relatada como um ser frágil que necessita de monitoramento constante e a sua hospitalização na hora do parto é algo necessário para proteger sua vida e a do bebê, tendo a medicina obstétrica como a solução para diminuir as mortes causadas pelas parteiras, estas atacadas, pelos médicos, devido a falta de conhecimentos científicos. Mais uma vez o corpo feminino é socialmente construído e usurpado, desta vez pela ciência médica. O ambiente científico e uma sociedade cada vez mais tecnológica fazem com que as parteiras percam seus espaços, sendo facilmente substituídas e/ou incluídas pelo monopólio médico e hospitalar. Enquanto o alto índice de mortalidade materno-infantil era relacionado às questões higiênicas, a seguridade fornecida pelo ambiente hospitalar, que possuía o pressuposto de ser limpo, estéril e com médicos brancos e de classe média altamente especializados em parto que poderiam salvar a vida da mãe e de seu filho, ganhou facilmente uma validade no seio de nossa sociedade moderna, como afirma Clark (2008):

*“Physicians gained ideological superiority over midwives by portraying their own work as scientific, and buttressed by safe and efficient tools such as forceps, all of which would improve the likelihood of safe birth for mother and infant.”*¹⁰ (CLARK, 2008, p. 344)

Tendo a inclusão das parteiras no corpo médico com um meio de controle exercido por eles, o que começou apenas como uma forma de aprimorar os conhecimentos femininos na arte de partejar torna-se uma cadeira de estudos para os médicos. Conseqüentemente uma profissão a competir com as parteiras e resulta na inclusão destas dentro dos hospitais e exclusão das que não se adaptaram. Como Brenes (2005) coloca: “Se, por um lado, esse momento inicia mais claramente um

¹⁰ Médicos ganharam superioridade ideológica sobre as parteiras ao retratarem seu trabalho como científico, com instrumentos seguros como o fórceps que poderia aumentar a probabilidade de um parto seguro para mãe e o bebê. (Tradução nossa.)

controle de ordenamento de parteiras como ofício cirúrgico, por outro, também significou o começo dos atritos com os cirurgiões ou mesmo a apropriação de sua prática por eles.”(BRENES, 2005, p. 45). O curso de obstetrícia ganha valor e os médicos começam a se dedicar a estes estudos tanto quanto aos outros ramos da medicina, e a parteira considerada como uma mulher ignorante, sem instrução, suja, cheia de credices começa a ser atacada como charlatã. Culpada pela barbárie e as mortes materno-infantis.

Todavia, quando os jovens médicos voltam atenção ao parto, tiveram que ganhar, primeiro, a confiança da sociedade. Segundo Rodhen (2006) a ideologia segundo a qual mulher não pode ser tocada pelo sexo oposto perdurou até o século XIX, ou seja, a moral impediu por um longo período de tempo a ascensão dos médicos na medicalização do corpo feminino, sendo mantida a idéia da moral acima da vida. O pudor impedia o tratamento do corpo feminino por médicos e os exames ginecológicos tiveram que ser cientificamente explicados, retirando a conotação sexual de seus atos e dando a legitimidade científica de uma profissão. Como Vieira (2002) destaca “Embora date do início do século XVI a aproximação dos médicos ao parto, será durante os séculos XVIII e XIX que a prática dos cuidados com o corpo feminino, considerado como competência exclusiva dos médicos, irá desenvolver-se, organiza-se, enfim, ganhar legitimidade.”(VIEIRA, 2002, p. 23). Sendo assim, inicialmente como demonstra Brenes (2008) eles tiveram que dessexualizar a profissão, injetar a visão de neutralidade e profissionalismo. Algo alcançado por eles, mas não foi algo conquistado de imediato, e só se deu após a mudança de mentalidade de toda uma sociedade que o corpo visto não era o feminino, mas sim objeto de estudos científicos de uma ciência que neste momento histórico era restrito aos homens. E é, a partir desta diferente representação e interpretação do corpo que hoje naturalizamos o atendimento médico. Mas, houve dificuldades, foi um processo longo e demorado, mas de uma vitória inevitável, pois, apesar dos médicos obstetras e ginecologistas enfrentarem os problemas de uma sociedade moralista, a cientificidade e a descrição destes ganharam espaços irrevogáveis.

A primeira medida na construção da campanha de eliminação das parteiras, como coloca Canassa (2005) foi a dos médicos americanos e europeus que se organizam em associação e legitimam a obstetrícia como especialização médica nos anos 1940 e iniciaram realmente a campanha persecutória contra as parteiras. Organizados em associações, o sigilo do paciente torna-se norma e foi o silêncio médico que protegeu

os segredos familiares, as gravidezes e as doenças, não deixando vir a tona e com a honra mantida ganhavam credibilidade perante a sociedade. Além do ataque de toda uma corporação atacando a falta de conhecimentos científicos das parteiras punha em dúvidas as capacidades e salvar vidas das mesmas, pois até o momento eram elas as únicas responsáveis pelos partos. Como coloca Brum (2004) no Brasil: "A hegemonia médica na saúde foi conquistada gradativamente pela sociedade. Uma das vias foram as campanhas públicas de desgaste da imagem das parteiras, acusadas de causar danos à mãe e à criança"(BRUM, 2004, p. 34). Os ataques eram constantes, como se pode ver na pesquisa realizada por Brum (2004) e Vieira (2002), nos jornais locais da época, a barbárie é como os jornais descreviam os casos de mortes causadas por parteiras, que eram denominadas como charlatãs. Enquanto isso, as parteiras ainda disputavam entre si, ou seja, por muito tempo elas não agiram como uma unidade. Os ataques médicos continuavam toda vez que alguma morte sangrenta era registrada e publicada nos jornais.

Na época da perseguição às parteiras, tanto nos Estados Unidos quanto no Brasil a quantidade de péssimas parteiras se equiparava com a de médicos obstetras, mas estes tinham corporação que os protegia enquanto que as mulheres recebiam críticas de diversos meios e inclusive entre elas. Uma das origens para exclusão era a nacionalidade, classe social e escolaridade de que proviam as parteiras, pois a maioria eram imigrantes, vindas principalmente da Itália e França, enquanto que, no caso do Brasil, também havia as descendentes de escravizados¹¹. Sendo assim, eram retratadas como sujas, sem educação e supersticiosas contribuindo para o preconceito criado em torno destas mulheres que por tantos anos foram as únicas companheiras das parturientes.¹²

A campanha contra o ofício das parteiras foi sutil e inicialmente foco era em eliminar as parteiras leigas. O modelo tradicional de formação de parteiras, passado de mãe para filha ou pela observação das mais experientes, deixou de ser válido. Elas necessitavam da especialização auferida por médicos e avaliada pelos mesmos e, sem a autorização do corpo médico elas não podiam exercer a profissão. As escolas de parteiras na França¹³ existiam antes mesmo das regulamentações impostas, mas com o passar do tempo eram cada vez mais desqualificadas, como coloca Brenes (2008) não categorizavam ao

¹¹(MOTT, MUNIZ, *et al.*, 2007) e (OSAWA, RIESCO e TSENECHIRO, 2006)

¹² Ver (BRENES, 2008)(BRENES, 1991)

¹³ No Brasil tivemos projetos de escolas de parteiras, mas nunca saiu do papel. Ver (MARTINS, 2005)(BRENES, 1991)

mesmo nível de instrução dos médicos ou das escolas médicas. Apesar destas escolas terem uma duração maior e conseqüentemente mais tempo de experiência perdiam no quesito de não poderem auferir o certificado médico, ou seja, não era a qualidade que havia baixado, mas a mudança de concepção na avaliação destes locais. A perseguição foi, no início voltada às ditas comadres sob alegação que estas matavam as mães e de que eram mulheres sujas, feiticeiras, benzedeiras, curiosas, sem cultura e que só tinham a prática aprendida com outras mulheres, estendeu-se as parteiras diplomadas por não ter o conhecimento médico necessário. Por fim, todas as práticas não científicas deveriam ser banidas. Brenes (2005) menciona o que os médicos diziam:

“A generalização, sobretudo, do termo *sage-femme* não significava o reconhecimento da competência que a forte expressão (mulher sábia) sugeria. Prova disso é que muitos discursos médicos destacavam o trocadilho *qu'une sage-femme et une femme sage pouvaint très bien ne pas se rencontrer dans la même personne.*” (BRENES, 2005, p. 34)¹⁴.

Enquanto o método e conhecimento científico cresciam em prestígio em todas as áreas de conhecimento e conseqüentemente na medicina, a obstetrícia começou a ser valorizada como profissão. Acusadas de praticar o aborto e infanticídio proibidos por lei, o qual foi um argumento muito utilizado e um dos fortes fatores para que o Estado tanto brasileiro quanto o francês e norte-americano preferissem e apoiassem o atendimento médico, pois numa época onde o crescimento econômico estava diretamente ligado ao alto índice de natalidade o aborto e infanticídio eram vistos como algo ruim e isto levou à campanhas reforçadas pelo Estado tanto da medicalização quanto da hospitalização do parto, local de controle maior sobre os infanticídios. Isso resultou na diminuição da autonomia das parteiras e aumentou a autoridade dada aos médicos promovidos por lei destacado no trabalho de Brum (2004) como política estatal brasileira:

“Visando regulamentar o atendimento ao parto, o decreto n° 7481, de 14 de setembro de 1938, definiu que as parteiras e enfermeiras obstétricas trabalhariam com registro no departamento de

¹⁴ Uma sábia mulher (tradução literal do termo parteira diplomada) e uma mulher sábia poderia muito bem não ser a mesma pessoa. (Tradução nossa).

Saúde, devendo possuir carteira de identidade profissional. Ambas deveriam limitar-se a prestar cuidados às parturientes e aos recém-nascidos nos casos normais e, em caso de anormalidade, chamar o médico, cabendo-lhes responsabilidade criminal em caso de imperícia. Era vedado o atendimento às parturientes que não tivessem atestado médico prevendo a possibilidade de parto normal. Também não poderiam prestar assistência fora do período do parto, manter consultório ou estabelecimento sob sua direção ou atender em suas residências.”(BRUM, 2004, p. 88)

As visitadoras sanitárias, como eram chamadas, as mulheres que visitavam as casas, tinham a recomendação do Estado brasileiro de ensinar as mulheres noções básicas de higiene e a função de controle relatando tudo aos superiores e fazer campanha para parto hospitalar, como Brum (2004) afirma:

“Na área de higiene pré-natal, as mulheres recebiam o atendimento domiciliar da visitadora sanitária, que, conforme o decreto-lei nº 3171, de 2 de Abril de 1941, do governo federal, deveria realizar a educação higiênica das gestantes com visitas periódicas até a proximidade do parto e orientação para que este fosse realizado em maternidade ou sob cuidado médico, ou em serviço oficial de parto a domicílio.”(BRUM, 2004, p. 82)¹⁵

A parteira fica à margem do sistema de partos e tanto ela quanto a parturiente ganham mecanismos de controle estatal. Viera (2002) destaca que Foucault (1980b) ao dizer que a sociedade adota dispositivos que tratam a sexualidade e reprodução de uma forma política, na emergência de uma sociedade ocidental capitalista e de Estados Nacionais o conhecimento e controle médico eram os melhores mecanismos para o crescimento populacional. A medicina torna-se social, a higiene uma das principais bandeiras levantadas para evitar mortes. Ao médico cabe o papel de guardião da moral e dos costumes. Ganham autonomia e respeito, e colabora para o crescimento populacional brasileiro.

¹⁵ (Grifo nosso.)

Algumas parteiras foram incorporadas ao ambiente hospitalar para compartilhar o parto normal com as enfermeiras. Entram nos hospitais como auxiliares e estes locais permanecem, com o passar dos tempos, o único lugar em que podem atuar legalmente. Ficam cada vez mais limitadas pelas séries de normas exigidas e tornam-se um adendo dentro dos hospitais para realizar os partos naturais¹⁶. Porém, vale lembrar as descobertas de Semmelweis no século XIX, quando muitas das parteiras na Europa trabalhavam dentro dos hospitais e eram submetidas ao poder médico, a febre puerperal matava mais mulheres nas alas dos médicos do que nas das parteiras. Estes, por auxiliarem as grávidas no trabalho de parto após realizar necropsias, mataram muitas mulheres. As parteiras também as mataram, mas em menor proporção, visto que elas não tinham acesso ao conhecimento científico e os estudos em cadáveres. Logo, o conhecimento científico adquirido pelos médicos a partir dos cadáveres matou muitas mulheres de febre puerperal, pois como Nuland (2005) coloca em seu estudo sobre a vida de Semmelweis, a ala das parteiras era mais requisitada por serem maiores as chances de sobrevivência. Sendo por muito tempo os partos domiciliares considerados mais seguros que nos hospitais, (a taxa era de 35% contra 80% de mortes nos hospitais). Por muito tempo acreditou-se que a febre puerperal era transmitida por miasma, contágios, matéria que restava no útero feminino ou do leite apodrecido. Nos casos de surtos as clínicas e alas hospitalares eram fechadas por um tempo, as paredes repintadas, mas nunca a culpa recaía sobre os médicos. Quando Semmelweis afirmou que nem miasma, nem contágio, mas sim matéria pútrida de um cadáver transportada pelas mãos dos médicos estava matando mulheres, foi desacreditado. Semmelweis é criticado por Nuland (2005), autor da história de sua descoberta, pois ele não provou cientificamente os seus resultados, e demonstra que outros cientistas que ousaram explicar a febre também tiveram seus nomes excluídos e esquecidos devido à hierarquia existente da academia de medicina européia. Só após a revolução pastoriana, os hospitais começam a obter melhores resultados. Sendo os médicos considerados os especialistas com conhecimentos superiores aos das parteiras, demorou para que realmente conseguissem melhores resultados na questão de salvar vidas. Porém, estes dados não eram revelados e a campanha contra as parteiras que as tomavam por assassinas continuava.

O hospital, como Brenes (2005) coloca, era em seu início um local para mulheres casadas, mas pobres que procuravam este local para

¹⁶ Ver (BRENES, 2008)(CANASSA, 2005)

alimentação e abrigo, mães solteiras e prostitutas. Local ideal para estudos pois, “Com suas grandes concentrações de pobres, os hospitais eram locais de treinamento ideais para os jovens homens que queriam se tornar médicos” (NULAND, 2005, p. 40). De acordo com Brenes (2008) quem atuava na hora do parto estava mais ligada a questão financeira do que escolha pessoal, as parteiras de primeira classe normalmente eram escolhidas pelas famílias ricas, enquanto a preferência pelos parteiros era o caso mais certo entre as famílias de classe média, pois estes podiam utilizar-se do fórceps. Restava ao pobre que não tinham onde parir e como pagar, os hospitais pois eram locais sujos onde mulheres tinham que dividir leitos, não havia uma divisão entre local de parto e doenças e havia uma associação constante a morte. Muitas mulheres serviram como cobaias aos médicos e a medicina obstétrica evolui junto com o movimento das mulheres indo parir nos hospitais. Este era um dos fatores da criação de maternidades e alas de gestantes nos grandes hospitais: o ensino da obstetria. A hospitalização do parto serve para o desenvolvimento da prática médica. Vieira (2002) destaca que “As escolas médicas têm um papel fundamental na formação das idéias médicas. Em relação ao corpo feminino e o processo de medicalização no Brasil, as escolas propõem a hospitalização do parto em benefício do ensino médico e da apropriação e desenvolvimento da prática obstétrica.”(VIEIRA, 2002, p. 29). Discussão esta encontrada em Brenes (2005 e 1999) sobre as escolas francesas. O mesmo é discutido por Mott et al (2007) na construção dos cursos de partos no Brasil e a quem cabia ensinar e aprender dentro das maternidades, as parteiras ou os médicos. Sendo assim:

“ Além de lançar um olhar em profundidade para o interior do corpo feminino, a obstetria científica do século XIX voltou-se para a superfície dos corpos através do aperfeiçoamento dos exames. Construir um saber sobre a gravidez e os parto naturais exigiu dos médicos a reorganização do método de investigação do corpo da mulher, fundado no que Foucault(1986-Vigiar e Punir) chamou de princípio da visibilidade obrigatória. O saber médico deixou de ser apenas uma interpretação dos sintomas para estabelecer a relação entre o que era visto e o que era enunciável no diagnóstico e no prognóstico. Assim, a obstetria científica incorporou o método experimental, ultrapassando o tradicional

princípio do “toque, mas não olhe”, procurando, a partir de então, ver tudo, bem de acordo com uma série de transformações políticas do século XIX que afetaram a vida de vários grupos sociais, especialmente nos centros urbanos.” (MARTINS, 2005, p. 108)

Outro fator levantado por Canassa (2005) foi da facilidade de locomoção dos médicos por terem melhores condições financeiras e serem detentores de telefone e carro o que contou também contra as parteiras, que não possuíam tais meios. Além do apoio estatal e as campanhas contra as mudanças da sociedade que influenciaram neste processo, o status de ser atendido por médicos ao invés de parteiras abria brechas para o atendimento médico dentro das casas. Após a reformulação do hospital e sua desvinculação da associação de ambiente para mulheres pobres e da morte e a vinculação do status elevado, ao se tornar um local limpo, claro, de ambientes individualizados e que se credita como sinônimo de local que salva vidas e não onde se morre levam mulheres seduzidas pelo status de parir nos hospitais. O ideário inverteu-se. De acordo com Clark (2003) “pessoas decentes não tinham filhos em casa”¹⁷(CLARK, 2008, p. 343). Pois, aos que tinham algum poder aquisitivo bastava ir aos hospitais terem seus filhos, pois ter filhos em casa com parteiras significava ‘coisas de imigrante’, ‘pobres que não possui meios de bancar a internação num hospital’(BRENES, 1999). Situação inversa de anos anteriores, quando apenas mulheres pobres se internavam para terem seus filhos, pois desta maneira tinham alimentação e moradia garantida enquanto os jovens estudantes de medicina e até mesmo as parteiras estudavam, como afirma Brenes (1999) “Ter filhos no recinto do hospício da maternidade significou, durante todo o século XIX, um pouco do estigma da pobreza e da desonra para a mulher da época”(BRENES, 1999). Logo, houve uma mudança de status social e de pacientes dentro dos hospitais. As parteiras perderam o prestígio, status social e o ofício.

O advento do conhecimento científico mais especializado conjuntamente com o uso de instrumentos como o fórceps e a cesárea, e como a promessa da diminuição da dor do parto utilizando anestesia, foi bem aceito e como Knibiehler (2007) coloca tornou-se algo rotineiro e automático, atraindo muitas mulheres para os hospitais. A vantagem da cesariana levou muitas mulheres ao hospital para parir, mas esta

¹⁷ “decent people did not have their babies at home” (Tradução nossa).

demorou a ter seus efeitos em salvar vidas. As cesáreas em seu início eram apenas utilizadas após o falecimento da mãe. E só com passar do tempo e o aprimoramento das técnicas é que passou a ser utilizada em vida, mesmo que isto não garantisse a vida da parturiente. (BRENES, 2005) descreve o processo:

“No século XIX, temos o momento histórico, já às claras, da prática da “cesariana em vida”. A inoperância dos instrumentos cortantes, a pouca destreza do parteiro, a ausência de suturas após as operações, a falta de anestesia, tal como conhecemos hoje, bem como a abertura dos corpos por mãos contaminadas por bactérias de outras enfermidades, estão no centro das explicações sobre as mutilações e mortes maternas.”(BRENES, 2005, p. 57-58)

A cesariana em vida só teve sucesso o final do século XIX. “Quando o italiano Dr. Eduardo Porro (1853-1903) desenvolveu a técnica da amputação supra cervical do útero nas cesarianas.” (BRENES, 2005, p. nota de rodapé37). O conhecimento científico dentro do mundo feminino fez com que as mulheres, tanto parteiras quanto parturientes se submetessem aos hospitais e aos conhecimentos difundidos pela ciência médica com relação ao corpo feminino. Sobre esse aspecto, ressalto aqui a dissertação de Canassa (2005) que trabalhou a história das parteiras na Maternidade Carmela Dutra (MCD) em Florianópolis, no qual o discurso das parteiras que ali trabalhavam mostra que o conhecimento da ciência recebido pelos médicos recém formados e chegados na maternidade não era o suficiente para que estes exercessem suas funções e por muito tempo foram elas que os ensinaram a parir, podemos trabalhar com o conhecimento que estas transmitiram aos médicos e enfermeiras dentro da maternidade Carmela Dutra aqui em Florianópolis. Canassa (2005) ressalta que:

“Cumpre enfatizar que o estudo sobre as parteiras da MCD demonstrará que elas tiveram destacado papel na vida de várias gerações de mulheres, principalmente catarinenses, que ali tiveram seus filhos. Durante muito tempo elas foram as responsáveis pelos partos não-cirúrgicos considerados “normais”. Assistiram as mulheres buscando realizar o parto fisiológico. Além disso, contribuíram na formação de profissionais que

buscavam na arte da obstetrícia.¹⁸ (CANASSA, 2005, p. 17).

Mesmo com a ciência ensinada nos cursos de medicina as mulheres por muito tempo ensinaram aos médicos (as) como auxiliar no parto, trabalhando como auxiliares. Ou seja, mesmo sendo excluído oficialmente o conhecimento popular destas mulheres por muito tempo foi utilizado dentro da ciência médica para auxiliar nos partos normais.

Resumindo, o modelo tradicional de formação de parteiras, passado de mãe para filha, ou pela observação das mais experientes modifica-se com o tempo e as funções destas, mesmo diplomadas também mudam. Com todo o advento científico as “crendices populares” são desqualificadas, como antigas e até como prejudiciais à saúde. O ambiente asséptico e higienizado do hospital é apresentado como ideal. Os médicos eram os únicos a utilizarem instrumentos cirúrgicos, sendo o hospital o local ideal e dividido entre parto normal/natural as parteiras, sem necessidades de intervenções e os procedimentos cirúrgicos para os médicos capazes de salvar vidas. Homens ganham espaço num campo antes exclusivamente feminino e as parteiras perdem posição e mesmo sua identidade ao serem absorvidas pelos hospitais. Não só as parteiras perdem, mas também as mulheres. O corpo grávido entra nos hospitais e aos cuidados médicos. No ocidente tornamos os partos dependentes dos aparatos e dos ideais médicos, a mulher não questiona a autoridade. O resultado disto são os altos índices de intervenções cirúrgicas desnecessárias, num país como o Brasil. Essas considerações são confirmadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) que descreve em seu documento:

“Quando, em muitos países em desenvolvimento, o parto passou de um processo natural a um procedimento controlado, o local de nascimento mudou do domicílio para o hospital. A dor passou a ser aliviada por meios farmacológicos e as mulheres ficavam sozinhas por longos períodos, pois de qualquer modo, estavam num dono leve; eram monitoradas, de longe. Este foi ao outro extremo do espectro em relação àquelas regiões onde menos de 20% das mulheres têm acesso a qualquer tipo de maternidade formal. Para elas, o parto domiciliar não é uma escolha, mas sim virtualmente inevitável, por razões que variam de

¹⁸ (Grifo nosso)

econômicos a culturais incluindo as geográficas. A proposta de um retorno ao processo natural, em muitas partes do mundo desenvolvido, abriu as salas de parto aos pais e outros familiares, mas o local permaneceu o mesmo: o hospital(OMS, 1996, p. 10).

De todas as lutas, verdades científicas, problemas, gêneros, etc. uma coisa nunca foi questionada depois de instituída o parto dentro do ambiente hospitalar, por mais que a política de humanização e naturalização ganhe forças são os hospitais que modificam seus ambientes, regras e normas para atender as novas exigências. A semelhança ao ambiente doméstico, o apoio pode melhorar e diminuir a intervenção desnecessária, mas ainda estamos parindo dentro dos hospitais.

3.1. Corpos grávidos e a ciência.

“Au cours du XIX eme siècle, surtout après la révolution pasterienne, le savoir scientifique a donné des armes et des justifications au «pouvoir médical». Bientôt, la procréation est passée sous le contrôle d’un corps professionnel masculin, les femmes ont été en quelque sorte dépossédées de leur corps et de leur bébé.” (KNIBIEHLER, 2007, p. 264-265)

O corpo da mulher foi desvendado num vocabulário biológico científico e a reprodução foi analisada como instrumento do saber médico e apropriada por estes como detentores da verdade. Durante toda a trajetória das parteiras, muitos conflitos ocorreram entre religiões, culturas e profissionais da saúde, no que tange ao ofício desempenhado por elas. As curas couberam aos médicos e às parteiras coube auxiliar estes profissionais, perdendo espaço e autonomia. Aos poucos o papel da mulher torna-se apenas a função reprodutiva na arte de partejar enquanto os cuidados ficam à encargo dos homens (médicos). Como coloca Nascimento et al (2009):

“A transferência do parto do ambiente doméstico para o contexto hospitalar foi acompanhada por uma série de transformações no processo de parturição. A parturiente e o feto perdem o papel de protagonistas nesse processo, assumido uma

posição passiva, enquanto os profissionais passam a tomar o controle sobre o nascimento, realizando uma série de intervenções e modificando as práticas obstétricas(NASCIMENTO, SANTOS, *et al.*, 2009, p. 320)

Uma discussão que se iniciou baseada no gênero muda de perspectiva ao tratar hoje de ciência, técnicas e o direito de escolha de como nascer. A dominação do corpo grávido levou as mulheres aos hospitais para terem seus filhos, deitadas e sem nenhuma forma de questionamento e tendo o médico (a) como centro de todo o processo e por muito tempo e algo foi esquecido. Como Rodhen (2006) afirma:

“A autoridade de ginecologistas e obstetras sobre o comportamento das mulheres, no final do século XIX, ultrapassava em muito o domínio dos consultórios. E principalmente ultrapassava o domínio do físico, do orgânico ou mesmo do psíquico para se instalar no domínio moral. A crescente especialização médica sobre o corpo feminino, aliada ao clima intervencionista mais geral que caracterizava a medicina do século passado são fatores implicados nesse processo.”(ROHDEN, 2006, p. 216)

O Brasil a partir dos anos 1970 adota o modelo biomédico americano com a assistência ao parto, ou seja, entram as tecnologias tais como ultrassom, monitor fetal, etc. Tudo para deter a mortalidade materna e infantil, a nova tecnologia em favor da vida. Mas, essa mesma tecnologia é adotada sem uma reflexão crítica, dando uma ênfase maior aos aparelhos e subestimando a capacidade da mulher parir. E, “os resultados dessa tecnologia são impressionantes, a mulher acredita não ser capaz de dar à luz sem intervenção, sem anestésicos e ser a cesárea a opção mais segura para ela e seu bebê.” (KRUNO e BONILHA, 2004, p. 397). De acordo com esses autores, esta concepção de melhorias trouxe riscos, o culto a tecnologia como demonstra também não é o ideal a ser seguido.

“A concepção de que o hospital é o único local adequado e seguro para parir, vem da idéia de que quanto mais tecnológico o parto, maior a segurança. Entretanto, as inúmeras intervenções levam freqüentemente, às iatrogênicas

hospitalares. Cultua-se a idéia de que a tecnologia salva vidas, o que é uma realidade; entretanto, a tecnologia utilizada de forma desnecessária e abusiva poderá ocasionar problemas maiores e até mesmo a morte. Essa idéia não é divulgada às mulheres e aos leigos.” (KRUNO e BONILHA, 2004, p. 402).

Afirmção que vai de encontro com ao relatório da OMS (1996) o qual coloca que a idéia de tratar todos os partos como de alto risco é uma maneira equivocada de provocar partos cesáreos. Pois, nem toda gravidez é de alto risco e o excesso de aparelhagem além de ser desconfortável para mulher é também enganador quanto aos resultados mostrados e interpretados. Uma crítica do grupo de estudos sobre nascimento e parto¹⁹, é a de que não há gestação sem risco segundo os critérios médicos pois atualmente todo parto é considerado um risco, sendo ele baixo ou alto. Outro problema descrito no processo do parto é: o que era um processo natural tornou-se artificial, pois a aceleração do processo do parto para diminuir os longos períodos de espera médica tornou-se uma prática freqüente, não sendo pelo bem estar da parturiente e seu filho, mas, sim de facilidade e rapidez do processo. Outro fator que beneficia muito mais o médico que a parturiente é a posição deitada (decúbito dorsal) que hoje é reconhecido como a pior pela anatomia para mulher, mas com uma facilidade maior para o médico (a) e as tecnologias aplicadas. Os hospitais e suas regras muitas vezes retiram a autonomia da mulher devido à sua divisão de tarefas, de espaço e hierarquias, pois, há locais determinados para esperar, outro para parir e outro para acomodar o bebê. Dentro das regras hospitalares, perde-se o respeito e a individualidade, pois, o modelo médico é de impessoalidade, distanciamento e objetividade. Retornamos a pensar o parto em um ambiente mais familiar, menos parecido com o hospital e menos frio, sendo uma campanha inversa àquela feita há anos atrás ao jogar o parto para o ambiente hospitalar, séptico e dividido. Como coloca Knibiehler (2007) uma usina de bebês na qual:

“Là, il arrive que la «rationalisation» du travail dépersonnalise les soins: la parturiente sera peut-être accueillie par une sage-femme, surveillée par une autre, délivrée par une troisième, selon le roulement; de même, elle peut voir défiler

¹⁹ Ver (GRUPO DE ESTUDOS SOBRE NASCIMENTO E PARTO, 2005)

plusieurs anesthésistes, plusieurs pédiatres, plusieurs puéricultrices.”(KNIBIEHLER, 2007, p. 268)²⁰.

Algumas mulheres começaram a questionar, depois de anos de insatisfação registrada e da rede fortalecida de parteiras diplomadas. Segundo Brenes (2008) atualmente estamos voltando à discussão do parto devido ao alto índice de mortes maternas/infantil, pois as tecnologias velhas ou novas estão sendo reavaliadas.

"Certamente, a tentativa é boa e traduz o desejo de encontrar uma nova explicação ou uma solução para o problema da morte materna nos hospitais. E, como no passado, foram as parteiras as maiores responsabilizadas ou a elas foram atribuídas as estatísticas de luto e morte; no presente, são as tecnologias, as velhas ou novas, que estão em pauta. Em outras palavras, os médicos(homens e mulheres que atuam na obstetrícia) e o uso do arsenal obstétrico produzido há mais de um século para atender as mães e os bebês nas maternidades estão sendo postos em questão." (BRENES, 2008, p. Apresentação).

Uma culpa que as parteiras levaram por anos volta aos que as excluíram ao não conseguirem baixar o alto índice de mortalidade, devido ao uso desnecessários da tecnologia no parto. Voltam a pensar em medidas mais humanas e naturais de parir, pois, a parturiente, por muitas vezes, ao entrar no ambiente hospitalar perde sua autonomia perante as regras da instituição.

O retorno ao pensamento voltado ao bem estar da mulher ao parto como sendo um momento natural e não patológico em que a intervenção deve ser feita apenas se necessária, não é uma discussão tão atual como coloca Kruno et Bonilha (2004): “Em 1979, na Europa, foram revisados em torno de 40.000 estudos sobre 275 práticas de assistência perinatal, surgindo o conceito de Medicina baseada em evidência científica. Embasados nesses estudos foi acordado que qualquer intervenção sobre a fisiologia deve ser feita somente quando se prova ser mais segura e

²⁰ Acontece a racionalização do cuidado impessoal: a parturiente talvez será recebida por uma parteira, observada por outra, parirá com uma terceira, de acordo com os turnos; assim como poderá aparecer vários anestésistas, vários pediatras e vários “puéricultrices”. (Tradução nossa.)

efetiva que a não intervenção.” (KRUNO e BONILHA, 2004, p. 398). As discussões médicas e institucionais da área da saúde tiveram início nos anos 1980, com o problema dos índices de intervenções cirúrgicas realizadas e, como consequência deste ato, o alto índice de mortalidade materno-infantil, quando comparadas aos mesmos índices de mortalidade de partos vaginais.

3.2. Intervenções

“o corpo não é somente uma coleção de órgãos arranjados segundo leis da anatomia e da fisiologia. É, em primeiro lugar, uma estrutura simbólica superfície de projeção passível de unir as mais variadas formas culturais. Em outras palavras, o conhecimento biomédico, conhecimento oficial nas sociedades ocidentais, é uma representação do corpo entre outras, eficaz para as práticas que sustenta.” (BRETON, 2006, p. 29)

Os alto índice de cesáreas desnecessárias é uma realidade brasileira e muitos estudos apontam para várias causas, dentre elas o despreparo médico para realizar o parto normal, excesso de tecnologias e o consequente mau uso delas, a diferença de retorno financeiro de uma cesárea e um parto normal e o tempo gasto na espera por um parto normal e um ato cirúrgico, ou seja, a praticidade. Porém, devido à exposição dos altos índices de mortalidade começam a surgir teses, debates, congressos na tentativa de criar alternativas para diminuir as intervenções desnecessárias. Em países como os Estados Unidos e Brasil as taxas de cesáreas ultrapassam o que é considerado normal e aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelece 15% anuais de intervenções médicas. Esta não é uma constatação nova, mas, só a partir das evidências científicas, temos novamente esta discussão retomada e repensada nos vários congressos mundiais realizados sobre atenção ao parto. O encontro da OMS realizado em Genebra no ano de 1996, foi um onde debateram os problemas da medicalização excessiva e que encaminhou sugestões a todos envolvidos no processo da gestação e parto (médicos, parteiras, enfermeiras, enfermeiras-obstetras...) sobre como melhorar e humanizar os serviços prestados. A reunião da OMS (1996) realizada em Genebra integrou 189 países, incluindo o Brasil, resultou no mesmo ano um documento intitulado “Assistência ao Parto

Normal: um guia prático”, no qual traz as discussões e recomendações do congresso para profissionais da saúde com relação à medidas para melhorias na assistência ao parto normal. Em seu início temos a carta de apresentação do então secretário de políticas públicas do Ministério da Saúde, João Yunes e do representante da Organização Panamericana de Saúde no Brasil, Jacobo Finkelman que apresentam os dados introdutórios as conclusões e medidas tomadas pelas políticas brasileiras:

“No Brasil, mais de 95% dos partos ocorrem nos hospitais, Apesar disso, a mortalidade materna ainda representa um desafio que o Ministério da Saúde está firmemente empenhado em superar, de forma conjunta com todas as instituições envolvidas na questão. Tal desafio, conforme indicam os estudos acerca do problema, é representado pela ampliação de acesso, e principalmente, pela melhoria da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde adotou uma série de medidas para implementação da assistência pré-natal, organização de sistemas de atenção à gestante de alto risco, redução das taxas de cesáreas, promoção do parto normal, investimento em reformas e equipamentos para maternidades, bem como publicação de normas técnicas atualizadas de atendimento durante o pré-natal, a gestação e em situações de alto risco e emergências obstétricas.

Com essas medidas, busca-se a humanização do atendimento, aqui compreendida *como um conjunto de práticas que visam a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal. Essas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis.*²¹

Como referência para implantação do parto humanizado nos serviços de saúde, apresentamos o presente Guia Prático para Assistência do Parto

²¹ (Grifo nosso)

Normal, no qual são discutidas as práticas obstétricas vigentes e recomendadas, com base em evidências científicas²², o que deve ser mantido - porque os benefícios estão assegurados - e o que deve ser abolido, porque são comprovadamente danosas. Recomenda-se ainda cautela para indicação ou execução de algumas medidas, posto que ainda não se tem certeza quanto aos benefícios ou danos que elas podem trazer para a mulher e a criança.” (OMS, 1996, p. Apresentação).

A humanização do parto²³ e do atendimento à parturiente é algo discutido internacionalmente e torna-se política pública a partir do momento em que evidências científicas provam que algumas práticas são danosas como aquelas discutidas na apresentação acima. O relatório não desqualifica a atuação médica na questão do parto, mas observa a importância da humanização do parto e o retorno ao parto normal e/ou natural. O documento produzido a partir da conferência de Genebra e outros artigos mostram que quanto mais humanizado o ambiente e menos parecido com o ambiente hospitalar e quanto melhor atendimento dos profissionais ao redor, melhor será o desfecho do parto. Aponta para a necessidade de diminuição do índice de intervenções cirúrgicas desnecessárias; da importância do acompanhante e das técnicas naturais, estas feitas por doulas,²⁴ parteiras ou profissionais treinados; da diminuição do uso abusivo soluções farmacológicas para amenizar as dores, pois são considerados mais prejudiciais; e principalmente das decisões sobre o parto virem da mulher e não dos médicos a sua volta. Houve a conclusão de que os instrumentos tecnológicos constituem os maiores agentes na mudança do parto normal/natural para o parto cesáreo. Isto é causado pelo excesso de aparelhos e tecnologia que levam a má utilização e interpretação na hora do parto.

²² (Grifo nosso)

²³ Entendo como humanização do parto o reconhecimento dos direitos e o respeito dos mesmos da parturiente, quanto à escolha ao tipo, forma e local de parto. Respeito às necessidades fisiológicas e o acompanhamento; respeito à individualidade e integralidade. O fornecimento constante de informações claras e compreensíveis, antes com cursos de gestantes, durante e após o parto.

²⁴ “uma prestadora de serviços que recebeu um treinamento básico sobre parto e que está familiarizada com a ampla variedade de procedimentos de assistência. Fornece apoio emocional, consistido de elogios, reafirmação, médica para aumentar o conforto materno, contato físico, como friccionar as costas da parturiente e segura as mãos, explicações sobre o que está acontecendo durante o parto e uma presença amiga constante.”(OMS, 1996, p. 13)

No Brasil, as recomendações de Genebra vão de encontro com às diretrizes hoje propostas do Ministério da Saúde e resultaram nas políticas de saúde: de adotar a política do parto humanizado com o intuito de diminuir os excessos desnecessários de intervenções cirúrgicas e com respeito ao processo fisiológico. Porém, o controle maior das diretrizes fica a encargo dos locais públicos de nosso Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de controle de verbas e políticas de incentivo. A política adotada foi o corte de verbas pelo excesso de cesarianas nos hospitais, como coloca Nascimento et al (2009):

“No Brasil, são feitos aproximadamente 2,6 milhões de partos anuais. Desse total, 24% são cirúrgicos. Para coibir o alto índice de cesariana no País, o Ministério da Saúde lançou, em 1998, uma portaria que determina controle rigoroso sobre pagamento de no máximo 50% de cesarianas sobre o total de parto realizados pelo SUS. A medida conseguiu reduzir para 30% o número de cesáreas realizadas na rede pública—segundo dados da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direito Reprodutivo.” (NASCIMENTO, SANTOS, *et al.*, 2009, p. 320-321).

Esta indicação da humanização e diminuição de intervenções desnecessárias foi feita para ambos os ambientes tanto públicos quanto privados, mas só houve um decréscimo nos ambientes públicos devido ao boicote financeiro aplicado ao SUS.

Entretanto, no Brasil ainda temos aproximadamente 24% dos partos resultam em partos cirúrgicos, mesmo com as diretrizes de humanização e valorização do parto normal e ainda estamos acima do recomendado pela OMS que é de 15%. Em nosso país encontramos três tipos de serviços de auxílio ao parto, os hospitais públicos, privados e as parteiras. Enquanto, o primeiro tenta adotar medidas de humanização e diminuir as cesarianas, o segundo, ainda mantém um alto índice de cesáreas e o terceiro é feito por mulheres que optaram por algo mais “natural” ou que não possuem outra escolha, pois não há um médico (a) ou hospital devido a falta de posto médico ou dificuldade de transporte até este. E, nestes casos, por mais que a política de humanização e diminuição dos atos cirúrgicos desnecessários seja incentivada, não há o apoio ao parto domiciliar realizado por outros atendentes que não seja o (a) agente da saúde.

3.3. O parto domiciliar no sul e no norte do Brasil.

O Norte do país realiza desde 2000 o programa “Trabalhando com Parteiras Tradicionais”, o qual, capacita parteira tradicional a partir de cartilhas e cursos fornecidos por profissionais da saúde. O mesmo acontece no México em relação à tentativa de trabalharem em conjunto com os agentes da saúde. Neste caso, ao invés de eliminá-las e proibir sua atuação, procura-se ensinar os requisitos básicos de higiene e fornecer conhecimentos através de cartilhas, cursos e de material necessário para as melhorias do parto realizados por estas “parteiras tradicionais”, ou seja, elas reúnem saberes tradicionais aos científicos.²⁵

Nascimento et al (2009) mostram a diferença no ano de 1996 entre o parto domiciliar e hospitalar entre regiões do Brasil, atribuindo o parto domiciliar mais comum no Norte e região Amazônica à falta de acesso ao serviço de saúde. Este programa é colocado como nacional, mas não abarca o sul do país. De acordo com Nascimento et al (2009) foi criado devido a preocupação do Ministério da Saúde com a alta morbimortalidade materna e perinatal, sendo um programa específico para regiões específicas promovendo o parto domiciliar em algumas localidades. O perfil desta pesquisa mostra mulheres na faixa etária dos 40 a 50 anos, corajosas que aprenderam por necessidade a ajudar outras mulheres, em municípios de difícil acesso. São pagas pelo serviço com alimentos, enquanto fica a critério do município passar ou não por via do PAB variável (Plano de Assistência Básica) a quantia de R\$ 13,75 por parto atendido. Nesse artigo a autora ressalta o reconhecimento da comunidade da permanência das parteiras como um dos principais fatores de recompensa do ofício de parteira no norte do país, que persistiu nos locais sem acesso à instituição de saúde estatal. Porém, coloca que o programa [Trabalhando com parteiras tradicionais] foi elaborado ao considerar a diversidade socioeconômica, cultural e geográfica, ou seja, não é uma realidade possível em todo o país, mas uma alternativa para locais de difícil acesso, que os programas de saúde nacionais não conseguiram atender. O mesmo discurso enraizado neste artigo é reproduzido para negar o projeto de lei 2145/07 da deputada Janete Capiberibe. A diretora do grupo em Gestão do Trabalho em Saúde, do Ministério da Saúde, Maria Helena Machado negou o apoio ao projeto de lei de oficializar a profissão de parteira, pois segundo ela

²⁵ Ver (DAVIS-FLOYD, 2007)

uma das diretrizes do Ministério é de não admitir partos sem assistência de enfermeiros ou obstetras. Afirma:

“Não estamos contra as parteiras, e sim contra a regulamentação dessa atividade. Se ela existe no Brasil em lugares longínquos, de difícil acesso, é por causa da ausência do Estado, da ausência de médicos e enfermeiros. Então, o que nós temos de fazer? É prover esses lugares de médicos e enfermeiros.” (Maria Helena Machado. In: Agência Câmara, 2009).²⁶

Tal afirmação é baseada nos números do Ministério da Saúde que mostram que apenas 2% dos partos são realizados fora do ambiente hospitalar, porém a deputada Janete Capiberibe em entrevista²⁷ afirma que no Brasil existem mais de 60 mil mulheres realizando partos fora dos hospitais no total de 450 mil partos todos os anos, representando 18% dos partos realizados no Brasil, passando da porcentagem oficial. A mesma mentalidade é encontrada em nossa história. Mott (1999) coloca que em 1863, um projeto de criação de uma escola de parteiras no Brasil foi negado pela comissão médica ao afirmar que haveria número suficiente de médicos, fato demonstrado por ela ser uma mentira e até hoje não conseguimos suprir o atendimento médico em todo território nacional.

Em relação à região sul Kruno et Bonilha (2004) mostram outra realidade, coloca que o parto domiciliar no Brasil é uma alternativa para mulheres privilegiadas. Elas trabalham com uma pesquisa qualitativa com mulheres que optaram por ter seus filhos em casa e o perfil destas é de condições econômicas e sociais acima de média brasileira e que:

“A decisão por um parto em casa significa trocar tudo que o Sistema de Saúde oferece de mais seguro e moderno em termos hospitalares por um local considerado ultrapassado e inapropriado para parir, de acordo com a opinião da maioria das pessoas e de profissionais da saúde. Culturalmente, em nossa sociedade, o hospital é o local de excelência para o nascimento de bebês.” (KRUNO e BONILHA, 2004, p. 399).

²⁶ (CÂMARA, 2009)

Um dos argumentos dados pelas parturientes que escolheram o parto domiciliar é por ser o local mais familiar possível, é o seu canto, nada remete ao externo e o parto é realizado com uma equipe (médico (a)/parteira, etc.) que a acompanhou durante toda sua gestação. Uma familiaridade que pode não ocorrer no hospital. Outro fator levantado é o modelo hospitalar do alto risco, ou seja, tratar todas as grávidas com a possibilidade de intervenção de emergência tendo em mãos a alta tecnologia e que pode acarretar intervenções desnecessárias. A idéia de permanência maior ao lado do recém-nascido foi um fator predominante na escolha do parto domiciliar, baseada na teoria de Odent (2005) que prioriza o parto domiciliar, como mais propício a permitir o primeiro contato com a mãe enquanto que o hospital tem regras a serem seguidas que impedem este contato inicial. Ela demonstra que estas mulheres já conheciam desde antes da consulta ou sugestão do profissional que as acompanhava na gravidez a idéia do parto domiciliar, que esta não foi uma decisão tirada do nada e que buscavam por isso antes. Resumindo: Elas já eram empoderadas.²⁸

²⁸ Trabalho com empoderamento feminino no parto como o poder de informação, conhecimentos e decisão da mulher sobre o seu corpo grávido. Sem sofrer influências externas a que ela decidiu previamente.

4. EXPERIÊNCIAS E PERCEPÇÕES DO PARTO: UM ESTUDO DE CASO.

Nesta parte do trabalho procuro recuperar as indicações apresentadas pelo relatório da OMS (1996), e diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde e outros artigos comparando com os depoimentos das entrevistadas. O relatório da OMS (1996) classifica em quatro diretrizes a serem observadas como: a) práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; b) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; c) práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisadas esclareçam a questão; d) práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado. Um exemplo deste último é a utilização do monitoramento da freqüência cardíaca fetal em mulheres de baixo risco, que, além de diminuir a possibilidade de movimentação da mulher o aparelho deve ser interpretado e dependendo da maneira que é feita essa leitura leva a alta taxa de intervenções desnecessárias. “Tanto a taxa de cesarianas quanto as de partos vaginais operatórios foram mais altas nos grupos com monitoramento eletrônico.” (OMS, 1996, p. 18). É importante destacar que em partos de alto risco a efetividade e necessidade é mais do que comprovada. O mesmo é demonstrado no exame de escalpo fetal, deve apenas ser utilizado em gravidez de alto risco em hospitais preparados para tal exame.

O documento da OMS demonstra a preocupação com a humanização e o empoderamento feminino na hora do parto. Explicita que a decisão deve ser da mulher e esta deve ser o agente ativo no processo do parto. O (a) atendente presente deve respeitar as decisões da parturiente, saber como proceder nos casos de necessidade de intervenção, reconhecer as possíveis complicações e informar o desenvolvimento do parto e principalmente não pressionar nas escolhas feitas. O agente mais recomendado pelo relatório é a (o) enfermeira(o)-obstetra, pois no momento em que se prioriza o parto normal e o acompanhamento integral do processo do parto este profissional está melhor preparado. O documento relata que os obstetras são recomendados em questões de risco e necessidade de intervenção. Os (as) médicos (as) generalistas não dispõem do tempo necessário para acompanhar todo processo do parto e os outros atendentes, como a parteira tradicional são colocados como necessários, mas não o ideal e nem são incentivados.

4.1. Pesquisa.

O lócus da pesquisa foi dentro do ambiente universitário. As cinco mães entrevistadas possuem um perfil parecido. A idade variou de 24 à 43 anos. Vieram de outras cidades, tendo como local de nascimento interior o estado de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e São Paulo. Todas possuem formação universitária completa ou em andamento, com passagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Uma está no mestrado e outra possui doutorado. São casadas e continuam com os pais de seus filhos. Seus filhos estudam no Núcleo de desenvolvimento Infantil. (NDI).

Na Tabela 1 é caracterizado o perfil das entrevistadas.

Tabela 1 - Identificação e perfil das mães

<i>Identificação</i>	<i>Perfil</i>
Mãe 1 32 anos (2 filhos)	Veio para Florianópolis para estudar, cursou biologia e no momento realiza um mestrado na área da educação, ambos na Universidade Federal de Santa Catarina. Foi para o Oeste de Santa Catarina a trabalho junto com seu marido e sua filha. Seus dois filhos nasceram em Florianópolis em maternidades, o primeiro de parto normal, sendo este primeiro a principio seria realizado por uma parteira aconteceu numa maternidade pública e o segundo foi um parto natural, em uma maternidade privada.
Mãe 2 38 anos (1 filho)	Graduada de ciências contábeis na UFSC. Trabalha na área há mais de 10 anos. Teve seu filho em Florianópolis de parto normal, na maca. Em maternidade pública.
Mãe 3 33 anos (1 filho)	Nascida em São Paulo cursou arquitetura na UFSC e trabalha nesta área. Sua filha nasceu de cócoras de parto normal, em uma maternidade privada de Florianópolis..
Mãe 4 24 anos (2 filhos)	Graduada de psicologia da UFSC. Teve dois filhos o primeiro de parto normal, de cócoras e o segundo de cesariana, devido a problemas na hora do parto, ambos em Florianópolis. Ambos em locais privados
Mãe 5 43 anos (2 filhos)	Nascida no interior de Santa Catarina, formada em serviço social pela UFSC, mestrado em sociologia política na UFSC e doutorado na PUC São Paulo. Atua como professora no departamento de serviço social da UFSC. Seus dois filhos nasceram em Chapecó. Seu primeiro filho nasceu de parto normal, relatado como uma experiência negativa. Seu segundo filho nasceu 09 anos mais tarde de cesárea previamente decidida por ela. O primeiro em hospital público e o segundo num privado.

Para a análise das entrevistas²⁹ e organização do conteúdo das narrativas, trabalho com tematização e categorização dos relatos, no qual categorizei e agrupei os temas que surgiram. As categorias surgiram de acordo com as afinidades das respostas, para assim conseguir visualizar de maneira mais clara o material coletado e facilitar o meu processo de análise. De acordo com Bardin (1979), o processo de categorização possibilita o ordenamento dos dados e pode trazer a tona aspectos que passavam despercebidos (BARDIN, 1979)

Procuro trabalhar com as recomendações do relatório da OMS (1996) entre outros textos lidos e as falas das mães, quanto às questões que por mim foram classificadas dentro dos agrupamentos feitos. Tais como a descoberta da gravidez, informações, escolha do local, tipo, forma e profissionais, empoderamentos, influências, descobertas, percepções, etc.

O parto normal é descrito pela OMS (1996) como:

“Definimos parto normal como de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho em boas condições.” (OMS, 1996, p. 4)

Das cinco mães entrevistadas todas experienciaram ao menos um parto normal. Três possuem a única experiência do parto normal; três com a experiência de dois partos, sendo que uma teve os dois de parto normal e as outras duas tiveram um (a) filho (a) de um parto normal e outro (a) cesáreo. Todas tiveram acompanhamento médico durante a gestação, realizaram o pré-natal e os partos ocorreram em alguma instituição, seja ela numa maternidade ou hospital privado ou público.

Quando discuto parto trabalho com tipos, formas e locais. Os tipos classifico como normal, natural e cesáreo. Tive certa dificuldade em entender a diferença do parto natural e do normal, e por fim entendo que o natural é aquele sem nenhum auxílio farmacológico ou médico como por exemplo: a inserção de ocitocina, analgesia ou anestesia. Ou seja, quando ocorre uma interferência no processo do parto pode-se

²⁹ As entrevistas foram transcritas tal como a conversa aconteceu com as mães e aprovadas posteriormente pelas mesmas.

dizer que este foi normal e o natural seria aquele sem interferência alguma. Quanto às formas são as variações do parto normal, podendo ser na água, de cócoras, em decúbito dorsal, etc. Os locais são maternidades ou hospitais públicos ou privados e a escolha depende das opções oferecidas. Fiz a pergunta entre local público ou privado com o objetivo de investigar se houve diferença nas preferências médicas, e/ou influências sofridas dependendo do local de atendimento. Porém, não obtive respostas significativas para uma conclusão sobre o tema.

O que percebo é a preferência, das entrevistadas de locais, pela possibilidade de tipos de parto. Trabalho com mulheres empoderadas que escolheram a priori a forma de parir, informaram-se de alguma maneira e conseguem discutir e defender a opção pelo tipo de parto escolhido, além de perceberem as problemáticas do parto no Brasil e discutidas neste trabalho.

4.2. A descoberta da gravidez.

Enquanto a descoberta da gravidez foi uma surpresa para algumas, sendo que não era esperada para aquele momento, embora planejada para o futuro. Para outras a decisão foi tomada para aquele momento e era mais do que esperada. O exame de farmácia foi utilizado pelas mães como primeiro método de confirmação de gravidez, em seguida do exame de sangue, como mostram os depoimentos:

“A primeira gravidez eu estava há 7 meses casada, quando ficamos sabendo (...). Fiz um exame de farmácia e rapidinho já foi para o positivo. Fiz exame de sangue que comprovou.” Mãe 1, 32 anos.

No segundo filho,

“E, foi assim foi uma notícia que não era para ter sido, mas agente também não bloqueou. Foi uma coisa assim que agente queria, estava desejando não exatamente aquele momento, mas veio e foi muito mais tranquilo. Depois agente viu foi a melhor coisa foi ter vindo agora.” Mãe 1, 32 anos.

“A notícia da gravidez veio quando eu ainda trabalhava na C. e a minha menstruação atrasou. (...) fui comprei o teste na farmácia, fiz o teste e deu positivo. Na época eu liguei para o meu marido, ele era meu namorado e falei ‘fiz o teste e deu positivo’. Ele ‘ ah então vamos fazer o teste de sangue’.” Mãe 3, 33 anos

“Super feliz, porque agente planejou ter.” Mãe 2, 38 anos.

“Eu tenho dois filhos e o meu primeiro filho nasceu em 98, então já faz 12 anos. Já tem tempo e foi normal, foi uma gravidez planejada e quando veio a notícia foi uma surpresa e uma felicidade, mas algo normal era esperado.”

Segundo filho,

“foi planejado pós o doutorado, porque entre o mestrado e o doutorado eu demorei bastante (...) eu defendi a minha tese de doutorado em maio de 2006 e fiquei grávida logo depois, porque era intenção mesmo defender e logo engravidar. E, foi o que aconteceu, eu engravidei em setembro de 2006” Mãe 5, 43 anos

“Agente quis engravidar da R. (...) foi uma decisão conjunta. “Vamos ter um filho”. (...) Era esperada e no primeiro momento o exame que eu fiz foi de farmácia e deu negativo e agente sofreu porque eu não estava grávida, mas depois descobriu que eu estava grávida, mas como estava no comecinho não chegou a pegar gravidez e depois quando eu fiz exame de sangue que acusou que eu estava grávida da R”. Mãe 4, 24 anos.

Todas tiveram o acompanhamento da gestação realizado por um(a) médico(a), a mãe 1 em seu primeiro filho além do acompanhamento com médico teve-o também com uma parteira. Seu objetivo era o parto em casa, mas não foi possível. Todas tiveram o tempo de gestação entre 39 e 42 semanas.

A escolha do parto normal aparece como algo decidido por vários fatores e influências. Algumas tinham desde pequenas a idéia do

parto normal. E, quando houve influências partiu da cunhada, mãe, amigas, informações recebidas, tanto do grupo de gestantes quanto em pesquisas realizadas por elas no decorrer na gestação. Mas, a principal razão para decisão é o bem estar do bebê e o parto normal é o mais indicado, como as mães contam:

“Talvez porque eu tivesse uma mãe que teve partos normais muito fáceis e não tinha por parte dela como houve de amigas que a mãe teve experiências ruins e previamente acabava influenciando a filha. Eu não tive isso então eu não tinha previamente uma posição ruim ou negativa ou contraria ao parto normal. Eu tinha de fato até uma expectativa positiva pelo parto normal por conta da recuperação e um pouco essa idéia de que é mesmo a forma mais natural de se ter um filho.” Mãe 5, 43 anos.

“até para mim desde a adolescência quando ficava me imaginando ser mãe era parto normal, nunca me imaginava fazendo uma cesárea.” Mãe 1, 32 anos

“É lógico que tem toda aquela dúvida, o tipo de parto. A principal influência foi essa minha cunhada que falava o tempo todo para mim: “o parto normal é o melhor para criança. (...) Li bastante sobre isso e vi que no Brasil tem mais cesárea e que na Europa não é tanto, que eles buscam retomar essa naturalidade do parto e gostei da idéia.” Mãe 2, 38 anos

“No começo eu dizia que eu queria cesárea, porque que tenho um limiar para dor muito pequeno (...) Porque qualquer coisa eu sinto dor e conversei com o médico sobre isso e ele disse que tem pessoas que tem mesmo, mais dor. E, eu falei, eu não quero sentir dor, eu quero cesárea. Mas, aí depois dos cursos e depois de tudo o que eu li, que é melhor para criança e o que melhor para mãe, dos hormônios, do parto normal e das experiências que eu conversei com as pessoas. Eu comecei a mudar a minha cabeça. Eu pensei, “se

der eu vou tentar o normal.” Eu queria cócoras, eu falei já que é para ser natural, vamos ser bem natural. Cócoras sem episiotomia, sem nada.” Mãe 3, 33 anos.

“Olha o que acontece quando eu fiz o grupo de gestante já era uma decisão de querer ter o parto normal, eu sempre quis ter parto normal. Minha mãe teve duas cesáreas e sempre me encheu o saco para ter parto normal. (...) Fiz o grupo de gestante todo do HU e o grupo todo é muito forte na questão do parto natural, do parto mais natural possível, sem nada, sem remédio, sem isso e sem aquilo. (...) Eu acho que eu nunca pensei em ter cesárea, se eu lembrar eu guria novinha, colégio eu sempre falei que eu queria ter parto normal (...). Sempre foi muito fácil para mim quando eu engravidei eu já sabia que queria ter parto normal. “Mãe 4, 24 anos.

Como fonte de informações para a escolha do parto elas mencionam que pesquisaram, seja em revistas, livros, internet, programa de televisão, médicos, amigos, parentes, e o curso de gestantes, principalmente pela troca de informações entre mulheres na mesma situação como colocam. Enquanto, a mãe 5 relata que não estava na moda o curso em sua primeira gravidez. O curso de gestantes é um programa novo para acompanhamento e difusão de informações para as mães, dentro do HU (Hospital Universitário) percebe preferência pelo parto normal.

“Agente fez dois cursos. Fizemos aqui no HU que eram 3 meses, toda quinta feira a tarde (...) eu fiz um curso na maternidade.” Mãe 3, 33 anos.

“Fiz um dado pela Unimed (...) é uma reunião semanal que fazem ginástica e tem uma enfermeira que dá palestra sobre aleitamento.(...) Gostei bastante, algumas coisas agente já sabia, nessa fase íamos muito para internet e tem muita coisa. Que agente ouvia falar porque todo mundo dá opinião quando agente está grávida e foi legal porque tinham grávidas na mesma fase que agente.” Mãe 2, 38 anos.

“Agente fez o curso de gestantes do HU, dos dois, tanto da R. quando eu tive o H. (...) Olha eu não lia muita coisa, quando eu fiz o grupo agente tinha muita discussão no grupo de gestantes as coisas, as questões da gravidez(...) o curso ajudou um monte, mas não para essas coisa pois isso eu já sabia, mas para discutir com outras pessoas e ver as experiências e as histórias, as expectativas que os outros tem..” Mãe 4, 24 anos.

“Eu não fiz curso, acho que naquela época não era tão em voga, tão acessível como é hoje esses cursos para casais grávidos, para gestantes.” Mãe 5, 43 anos.

4.3. Escolha do profissional e local do parto.

Para a preparação para o parto, todas fizeram acompanhamento pré-natal. Porém, o que aparece em destaque nas falas destas mulheres é a certeza do tipo de parto e da escolha do local e do (a) profissional é secundária. O (a) médico (a) é alguém escolhido (a) apenas para acompanhamento do pré-natal e não uma peça fundamental no parto. São mulheres empoderadas e conscientes de seus desejos e vontades na escolha e decisão de como parir. Vejo que a escolha do(a) profissional e do local influencia o tipo do parto, mas, às vezes, a escolha de como parir é muito mais importante para se manter fiel ao que deseja. Como mostram essas mulheres que escolheram a forma de parir e não especificamente este ou aquele profissional. E, para elas, o mais importante para a escolha do parto foi ter o conhecimento dos procedimentos e do que ia acontecer para manter o tipo de parto escolhido, como aparece nos depoimentos:

“A preparação para o parto, depois do quarto mês tem uma amiga minha que teve em casa com a parteira e foi muito bacana e nós começamos fazer o acompanhamento com a parteira. Nós íamos uma vez por semana na casa dela, conversávamos, tinha uns exercícios para fazer.” Mãe 1, 32 anos.

Em seu segundo filho,

“Em fevereiro, no final da gravidez vim para cá, vim com a minha filha e o meu marido ficou lá terminando o trabalho dele, fiquei na casa da minha mãe para passar o final da gravidez aqui e ganhar o neném aqui, né. Ai foi com uma médica que é amiga de muitos anos da minha mãe e vizinha de frente da minha mãe. (...) daí assim como eu escolhi ela o lugar para ganhar. Agente já conhecia as maternidades e tal, mas ela falou o lugar que ela se sentia mais a vontade que foi na clínica Santa Helena, agente foi lá visitou e tal.” Mãe 1, 32 anos.

“eu troquei de médico durante o pré-natal porque a ginecologista que eu tinha antes queria me cobrar um monte para fazer cesárea e eu disse não eu quero ter parto normal e eu vou procurar outro médico. (...) eu disse não eu já sabia que eu ia ganhar no HU, então eu sabia que eu ia fazer o pré-natal com uma pessoa porque eu tinha plano de saúde, mas eu ia ganhar com outra pessoa. Então, eu não via sentido para aquilo, ficar numa pressão sem necessidade. Bom, eu disse só quero uma pessoa que seja legal comigo, porque quando eu for ganhar eu vou ganhar na emergência do HU então vai ser com outra pessoa de qualquer jeito.” Mãe 4, 24 anos

Segundo filho,

“A Jane não, eu já tinha escolhido a Jane porque eu queria ganhar o Henrique na água, porque a Jane tem a banheira, eu queria que o H. nascesse na banheira. (...) a Jane foi uma escolha minha, pois tem toda questão do pré-parto e tem a banheira.” Mãe 4, 24 anos.

“Eu tinha a minha ginecologista, mas eu nunca fui muito fiel. Eu não era muito apegada a ela. E, também ela cobrava muito caro, ela era mais famosinha e cobrava muito caro para estar na hora do parto. E, quer saber de uma coisa, primeiro que eu ainda não tinha decidido, visitei todas as maternidades com o meu marido e agente falou assim vamos ver. Eu gostaria que fosse na Santa

Helena, mas se fosse num horário de rush teria fila na ponte e não daria então teria que escolher uma aqui na ilha. Eu falei vamos ver, a hora que acontecer agente vê para que lado agente vai. Eu tinha visitado todas e tinha a minha lista de prioridades, de qual seria a melhor, a segunda.” Mãe 3, 33 anos.

Por que a Santa Helena?

“Eu achei a mais moderna, não só as instalações, mas lá tinha UTI neonatal e achei melhor os quartos, tinha estrutura. As outras eu achei mais velhas, também conversei a época com pessoas que tinham tido lá e tinham gostado muito e achava muito bom.” Mãe 3, 33 anos.

O que ajudou a manter a decisão?

“Acho que foi não pensar a gravidez como uma doença, uma coisa mais natural. A idéia de uma sala toda branca, você deitada numa maca com holofote em cima de ti. Uma coisa mais tranqüila, um ambiente mais tranqüilo, mais familiar, mais acolhedor.” Mãe 1, 32 anos.

Você acha que esse apoio foi fundamental?

“Acredito que ajudou, acho que fundamental foi a decisão de querer ter aquele tipo de parto.” Mãe 2, 38 anos.

“Acho que a informação, você saber o que está acontecendo, o que vai acontecer. Aí não fica com medo, não fica ansiosa, receosa. Já sabe qual vai ser o processo, como vai funcionar, o que é melhor, o que é pior. Acho que a informação ajuda a pensar racionalmente na hora, de não se apavorar. (...) Acho que foi um conjunto, acho que o curso mostrou que o corpo é preparado para isso que tem nexos, a cabeça comanda muita coisa se você tiver boa para o parto normal o corpo vai funcionar, tudo é para isso, para ter parto normal.” Mãe 3, 33 anos.

O parto não é algo que podemos prever e dizer será assim e pronto; muitas vezes não são as complicações do parto que modificam o decorrer do parto como contratemplos no local ou quando a pessoa que deveria atender levou as mães para outros locais onde parir. A mãe 1, relata que quando começou sentir as contrações a parteira responsável por seu parto estava num local sem sinal de celular. A escolha permaneceu como parto normal, mas o local e a forma modificaram-se. O mesmo ocorre com as mães 2 e 3:

“Começamos a ligar para ela e não conseguimos falar com a parteira. Porque ela foi passar réveillon na casa de uma amiga e o celular não pegava. (...) Ficamos até umas 10h tentando falar com ela e não conseguíamos.(...). Mas, prevendo antes disso eu visitei todas as maternidades, hospitais. Já tínhamos na cabeça que “se alguma coisa desse errado agente iria para a maternidade Carlos Correia”.” Mãe 1, 32 anos.

“Estávamos imaginando muito em casa. Li também parto n’água, de cócoras, mas acabou não escolhendo se não for em casa, o método mais natural fora e acabou indo para o mais tradicional.³⁰” Mãe 1, 32 anos.

“a principio eu falava que ia ter parto de cócoras no HU que tem, chegou no final eu fui para ter no HU mas não pude ter, pois eles estavam com equipamento em manutenção e me encaminharam para Carmela. E, lá eles não fazem diferente. É o tradicional mesmo³¹ e depois eu nem sei se me arrependi ou não. Mas, a principio eu não pude ter de cócoras que era o que eu queria ter.” Mãe 2, 38 anos.

“eu ia ganhar no HU. Ai o HU estava cheio, a Carmela esta cheia e estava tudo cheio e queriam me mandar para o regional e eu disse para o regional eu não vou, então libera que eu vou para

³⁰ (Grifo nosso)

³¹ (Grifo nosso)

uma clínica. Me liberaram e eu fui para Santa Helena, foi uma decisão minha.” Mãe 4, 24 anos.

Outro fator que chama atenção é que na mudança de local dessas mulheres há uma modificação da forma de parir, não na decisão do tipo, mas da maneira, e ao invés de ser de cócoras, como colocam tiveram seus filhos do modo mais tradicional. Se olharmos a teoria o tradicional deveria ser o parto de cócoras, ajoelhada ou de quatro, como coloca Brenes (2008):

"Desde os tempos das comadres, havia três maneiras tradicionais de nascer. Nenhuma dessas posições facilitava o uso dos instrumentos cirúrgicos

1. A posição de cócoras, na qual a criança era recebida por trás.
2. A posição de joelhos, apoiando-se na cama, foi condenada, pois além de difícil era considerada antinatural.
3. A posição de quatro patas. Essa foi a mais censurada de todas, inclusive pela Igreja Católica, pois lembrava nitidamente nossa condição animal." (BRENES, 2008, p. 60).

Estes eram os primeiros modos de parir condenados pela igreja católica, modificado pela medicina para que o(a) atendente fique numa posição mais confortável e que os instrumentos possam ser utilizados com mais destreza, sendo a posição de decúbito dorsal a maneira moderna e não tradicional de se parir. O tradicional demonstrado por Brenes (2008) vêm da tradição de anos passada pelas mulheres, enquanto o tradicional citado pelas mães é algo recente criado junto com a hospitalização e medicalização do parto, não sendo tradicional no sentido de ser algo passado por gerações e um conhecimento popular, mas sim científico.

A posição que elas consideram como tradicional vem junto com advento da medicina obstétrica e os médicos(as) que por muitos anos atacaram o método tradicional de parir, agora encaram o tradicional a sua forma de parir e o parto de cócoras como algo novo e moderno. Estudos comparando posições diversas de parir ao decúbito dorsal constatam que “nas posições não supinas, em média, o trabalho de parto era percebido como menos doloroso (havia menos necessidade de analgesia) e a correção dinâmica era utilizada menos freqüentemente.”

(OMS, 1996, p. 21). Logo, as mulheres “devem ter a liberdade e serem estimuladas a adotar a posição preferida durante o trabalho de parto. A mudança de posição é frequente, já que nenhuma delas é confortável durante muito tempo.” (OMS, 1996, p. 21). O parto de cócoras é posto pelas entrevistadas em evidência como o mais natural, o melhor pela física e está na moda tendo uma cadeira desenvolvida especificamente para o parto de cócoras para auxiliar. Como elas mencionam abaixo a razão por esta escolha, e se tivessem outros filhos este seria o tipo que escolheriam:

"Pela internet de pesquisa, tinha varias justificativas tipo a física ajuda na posição de empurrar para baixo e porque o medico também falava que era legal. E, sempre ouvia falar quem o HU tinha esse parto e as pessoas tinham tido elogiavam bastante também. Mas, não tive." Mãe 2, 38 anos.

“Pelo o que eu estudei é o mais natural e porque a saída da vagina tem um angulo e se você está deitada o teu útero tem que fazer força para frente e para cima então é mais força para o neném sair e se você está de cócoras já tem a gravidade que te ajuda nessa saída. É o mais natural, é o mais fácil do que estar deitada e eu falei já que eu estou escolhendo uma coisa natural eu vou tentar o mais natural possível.” Mãe 3, 33 anos.

“Eu conhecia, sabia que eu queria ter o mais natural possível e eu sei que ter um filho de cócoras é muito mais do que deitada então isso foi uma escolha de lógica, então eu sabia que eu queria ter de cócoras.” Mãe 4, 24 anos.

E, você mudaria alguma coisa nesse segundo parto?

“Talvez ter um pouco de liberdade para não ficar deitada na maca, seria mais fácil de cócoras.” Mãe 1, 32 anos.

“Eu ia tentar de cócoras agora, se eu tivesse não pretendo ter. Eu ia gostar de ter de cócoras, eu ia tentar.” Mãe 5, 43 anos.

O parto de cócoras foi decidido por três das mães enquanto a mãe 2 não conseguiu ter o seu filho desta forma devido a mudança de hospital as mães 3 e 4 tiveram a sala de parto improvisada para o desenrolar do parto:

“Como não tinha cadeirinha eles esterilizaram, colocaram um pano e eu fiquei apoiada na perna do meu marido que estava sentado na escada para maca. E daí ela nasceu, foi de parto normal, cócoras e ninguém acreditou.” Mãe 3, 33 anos.

“O meu marido já tinha falado com ele, como a gente tinha falado para ele que a gente queria ter de cócoras, e depois que o médico assumiu para ele e entendeu as expectativas que agente tinha em relação ao parto ele assumiu aquilo para ele. E, tranqüilamente ele disse desce, pegou a escadinha para subir na maca virou e eu encostei no degrau debaixo e o meu marido ficou de cima. E, ele só colocou um pano no chão e pegou a R. no chão agachou e ajoelhou e pegou ela.” Mãe 4, 24 anos.

Não houve relatos de desconforto na mudança de sala, mas em todas se percebe a transferência para dita sala de parto. Mas, não há a real necessidade para esta transferência caso o parto seja normal, como a OMS (1996) destaca:

“Em alguns hospitais, é costume transferir a mulher da sala de pré-parto a uma “sala de parto” específica no início do segundo estágio. Em geral a sala de parto é equipada com luzes fortes e brilhantes, instrumentos e uma mesa obstétrica com hastes de litotomia e estribos ou perneiras metálicas. Embora este ambiente seja mais conveniente para o prestador de serviços, caso se contemple um parto operatório, qualquer transferência desnecessária é desagradável para a parturiente. No trabalho de parto normal não há necessidade de transferir a parturiente para outra sala no início do segundo estágio. O trabalho de parto e o parto podem perfeitamente ser atendidos na mesma sala.” (OMS, 1996, p. 25)

4.4. Procedimentos médicos e vontades individuais da parturiente.

A OMS destaca que a analgesia peridural dos farmacológicos é que tem mais duração no alívio da dor, porém:

“há uma tendência para que o primeiro estágio do trabalho de parto seja um pouco mais longo, e com uso mais freqüente de ocitocina. Em vários relatos e estudos, constatou-se um aumento do número de partos vaginais operatórios, especialmente se o efeito analgésico foi mantido durante o segundo estágio do trabalho de parto, suprimindo assim o reflexo do puxo. Num estudo americano recente, o número de cesarianas aumentou quando se utilizou analgesia peridural, especialmente quando iniciada antes de 5 cm de dilatação.(Thorp et al 1993. In OMS, 1996; 16).

As mães pediram e tiveram algum tipo de analgesia ou anestesia. Em nenhum caso houve a mudança para o parto cesáreo, porém houve a reclamação da falta de sensibilidade no reflexo do puxo, nos partos, da mãe 1 em seu primeiro parto e da mãe 5 também em seu primeiro parto. Contudo a cesariana não ocorreu nestes casos devido a teimosia da mãe 1, e a vontade dela de ter parto normal e principalmente por não estar preparada psicologicamente para uma modificação em sua forma de parir. Pois, segundo seu relato o médico já estava com os equipamentos e preparado para uma cesárea e no caso da mãe 5, o médico pede o auxílio de uma parteira que a fez ter o seu filho de parto normal. Pela solicitação de uma parteira para resolver o parto da mãe 5, acredito seja no sentido do trabalho realizado pelas parteiras na Carmela Dutra na tese de Cabassa (2005), quando as parteiras ensinavam aos médicos como auxiliar no parto normal. Neste caso o médico chama uma parteira para que esta exerça seu conhecimento para ajudar a mãe 5 a ter seu filho. A mãe 5, havia pedido a analgesia em consulta, pois como ela mesma coloca na época era moda o parto sem dor feito com analgesia.

“não sei porque na época era moderno, há 12 anos atrás. Era moderno o tal do parto sem dor, então eu tive uma grande amiga que teve com outro ginecologista um parto sem dor, com analgesia, foi tudo muito bem, então eu também me

preparava para ter um parto assim, sem dor, com o uso da analgesia” Mãe 5, 43 anos.

“Eu fiquei internada e daí fiquei agüentando as contrações, contrações e contrações quem foi ficando nervoso foi o meu marido, ele já estava louco que eu tomasse a anestesia, a peridural. E ele “vai vai...”e eu “não eu quero agüentar o máximo possível sem anestesia” e daí quando chegou uma da tarde eu realmente não agüentava mais e pedi a analgesia e fiquei no centro cirúrgico e tal.” Mãe 3, 33 anos.

“Eu tomei a analgesia quando eu já estava com 10 cm, (...) eu descí eles me deram a analgesia, porque o médico tinha que fazer uma cesárea que estava marcada para as 7 e meia da manhã. (...) Eu quando R. nasceu de parto normal eu não pensei em analgesia o médico ofereceu, “qué tomar analgesia eu te dou analgesia tu já esta com 10 cm eu te dou a analgesia e depois eu volto”. E, eu tudo bem. “A tua dilatação não vai mudar e ela vai nascer de parto normal, tu vai fazer força é só para tu não ficar sentindo dor e ele me deu a analgesia” e do H. eu tinha que tomar anestesia de qualquer jeito então eles me deram anestesia.” Mãe 4, 24 anos.

“Daí comecei a sentir muita dor, muita dor, muita dor e fui para sala do parto e pedi anestesia e o anestesista demorou para chegar, tomei anestesia. Só que o médico falou que eu ia sentir o momento de fazer força, mas eu não senti mais nada. Não sei se foi muito anestesia ou demorou para aplicar, daí ele ficava falando “faz força, faz força” Aí não foi muito bacana, porque eu parei de sentir e o médico já estava ali com os equipamentos para ir para uma cesárea. Mas, consegui fazer o normal.” Mãe 1, 32 anos.

“Ele simplesmente me anestesiou, eu fique dali em diante completamente anestesiada e o ginecologista mandava eu fazer força e eu não sentia, a partir daquele momento, absolutamente mais nada, eu não sentia as minhas pernas, eu

fiquei completamente anestesiada. Eu lembro que depois eu relatei ao anestesista que foi me visitar no quarto que eu me sentia anestesiada até aqui em cima (mostra perto do peito) (...) o ginecologista mandava eu fazer força e eu não sentia mais nada, comecei a ficar nervosa, extremamente nervosa naquele momento” Mãe 5, 43 anos.

Tomou anestesia?

“Não”. Mãe 2, 38 anos.

Eles não ofereceram?

“Lá, não ofereceram. Anestesia foi local para o corte, para os pontos na hora de nascer, mas, não para dor.” Mãe 2, 38 anos.

“Não sei, acho que estava muito certo na minha cabeça que se eu fosse para uma cesárea eu não iria estar preparada e acho que como é o inverso também. Quando a mulher quer cesárea e de repente estoura a bolsa e ela tem tudo para ter um parto normal, mas não está preparada para um parto normal. Então isso aconteceu comigo acho eu iria ficar muito mal, muito depressiva. Acho que eu não aceitava acho que foi um pouco rebeldia.” Mãe 1, 32 anos.

“e aí o ginecologista chama uma parteira para ajudar, a parteira entrou e veio sobre mim e me disse: “eu vou te ajudar a tu ter o teu filho”. Porque eu não sentia mais as contrações eu tinha simplesmente me desligado, do que antes eu sentia, e eu não sentia mais nada. Aí ela veio sobre mim e apertou a minha barriga e me disse que quando eu sentisse a contração, que ela ia sentir que a minha barriga ia ficar dura ela ia me ajudar a empurrar o bebê e numa dessas contrações o bebê nasceu.” Mãe 5, 43 anos.

Outro dado levantado pelo relatório da OMS (1996) é a dúvida, se pode afirmar que o parto com o uso de analgesia, ocitocina é um

parto normal, pois há a necessidade de medicalização do parto e por consequência a transformação de um evento fisiológico em médico. Pois, o “trabalho de parto induzido ou com correção de dinâmica pelo uso de ocitocina ou prostaglandinas é considerado de alto risco, e somente ocorre sob a responsabilidade de um obstetra.” (OMS, 1996, p. 19). Não há estudos que creditem algum problema nesta intervenção, apenas o relato de mulheres que sentem mais dor com a aplicação de ocitocina e o desconforto de restrição aos movimentos. A ocitocina foi utilizada como recurso por algumas das mães.

Em seu segundo filho a mãe 1,

“E, aí chegou mais para o final ela deu uma ocitocina .

Mas, você autorizou ou pediu essa ocitocina.

Ela, disse se quiser agente poder dar para dar adiantada, senão tu vai ficar mais um bom tempo e eu já estava cansada. Da meia noite e as 6 da manhã, eu já estava cansada para ficar mais umas três quatro horas.(...) E, aí ela deu e acabou estourando a bolsa e começou mais forte .” Mãe 1, 32 anos.

Em seu segundo filho a mãe 4,

“fiquei menos tempo em trabalho de parto, ele induziram e quando eu estava tomando ocitocina eu não sentia a contração, a ocitocina não fez efeito suficiente para fazer a contração. E, ele assim a última tentativa que eu vou fazer é eu vou romper a tua bolsa e eu já conheço essa história.” Mãe 4, 24 anos.

“como estava demorando muito para dilatação o médico botou a ocitocina para ficar mais rápido e aumentar a dilatação e internou. (...) A dor maior foi parte depois que anoiteceu e o remédio estava perdendo o efeito e ele estava demorando muito para nascer.” Mãe 2, 38 anos.

A amniotomia precoce (rompimento da bolsa) é algo que acelera o processo do parto em média de 60 à 120 minutos, segundo o documento da OMS (1996), mas não há nada que comprove a sua efetividade ou algo maléfico nesta operação. As mães 1 em seu segundo filho, mãe 3 em seus dois filhos e 5 relatam o rompimento da bolsa. Como os relatos acima e abaixo demonstram:

"e ele fez perfuração da bolsa e tudo mesmo indicava que ia ser parto normal porque eu estava muito evoluída. Eles me levam para mesa, já com 10 de dilatação a coisa ia ser muito rápida...eu já estava no período expulsivo e a pediatra já tinha sido chamada." Mãe 5, 43 anos.

O documento da OMS (1996) chama atenção para capacidade de reconhecimento de um falso trabalho de parto e o efetivo, pois se houver erro no reconhecimento haverá uma maior probabilidade de intervenção no uso de ocitocina e também de aumentar o uso de analgésicos. Os meios farmacológicos não são recomendados como prática que deve ser estimulada, devido a sua artificialidade e ter efeitos colaterais e por haver outros meios: os naturais de diminuição da dor.

A mãe 4 é um exemplo de recuperação sem efeitos negativos tanto da analgesia quanto da anestesia recebida, porém, ela relata ter tido sede após a anestesia e ter o seu pedido de água atendido, mas antes houve uma fala que não podiam dar. Uma das recomendações do relatório da OMS (1996), é o incentivo à alimentação e de ingestão de líquidos, pois, a nutrição e hidratação é algo importante, sempre com líquidos via oral e alimentos leves, pois “ as infusões intravenosas de rotina interferem com o processo natural e restringem a liberdade de movimentos da mulher. Mesmo a inserção profilática rotineira de uma cânula intravenosa é um convite à intervenção desnecessária.”(OMS, 1996, p. 10). Conclui que em um parto normal de baixo risco não se deve restringir a nutrição da parturiente, sendo esta privação pior do que os riscos da síndrome de Mendelson. Enquanto, as mães 1 e 5 relatam problemas com a analgesia após a utilização destes meios.

“eu fiquei muito mal por causa da anestesia, ficava vomitando a anestesia. Porque eu sou muito fraca para essas coisas, fiquei vomitando. Fiquei mal.” Mãe 1, 32 anos.

“E depois eu fui para o quarto e eu tive reações orgânicas de uma pessoa que passou por um processo de anestesia muito forte, eu vomitei depois que eu fui para o quarto como uma reação (...). Aquela analgesia que era para ter um encaminhamento ela teve outro encaminhamento.” Mãe 5, 43 anos,

“não tive problema com relação a anestesia, as pessoas tem dor de cabeça e eu não tive nada, os meus movimentos da pernas voltou e logo eu subi para o quarto e o cara ficou impressionado. “Ah tu já esta mexendo as pernas, e eu na verdade eu não estou sentido as pernas, mas parece que estou”. “Ah então já vamos subir” e dá uma sede danada desesperadora e eu ficava pedindo água e eles diziam que não podiam dar. Mas, eu só queria só um pouquinho então tá só um pouquinho.” Mãe 4, 24 anos.

A OMS (1996) coloca como recomendação que o enema (lavagem intestinal) não é algo comprovado como algo benéfico e além de ser incomodo pode causal lesão intestinal. E, “Sem um enema, a maioria dos casos desta eliminação de fezes é leve, e mais fácil de limpar do que a que ocorre após um enema.”(OMS, 1996, p. 8). O mesmo resultado se tem na tricotomia (depilação) que facilita a sutura, mas não evita a infecção e nem é necessária, sendo que ambos procedimentos devem ser feitos apenas se pedido pela parturiente. A episiotomia é outro fator a ser observado, não é uma regra e deve ser feita apenas em casos estritamente necessários, ou seja não deve ser um procedimento de rotina, não deve ser realizado como preventivo, pois em apenas 10 por cento dos casos é realmente necessário.³²

A mãe 1 e 2 demonstram conhecer e exercem seus direitos quando dizem que não desejam a episiotomia preventiva, pois acreditam não haver necessidade e o que é comprovado. O fato das enfermeiras não acreditarem de início que a mãe 1 não tinha levado o corte tendo o filho de parto normal, mostra que naquele ambiente hospitalar, assim como em muitos a episiotomia é feita sem nenhum tipo de avaliação da real necessidade. Além do empoderamento enquanto a episiotomia a mãe 1, também não autorizou o enema e a tricotomia. Enquanto, a mãe 5 relata o procedimento rotineiro precedente ao parto de seu primeiro

³² Ver (OMS, 1996).

filho, sem nenhum pedido feito por ela de que o enema e a tricotomia fosse feito, sendo uma atitude rotineira naquele hospital, há 12 anos atrás.

“Logo elas me depilaram e fizeram aquela lavagem intestinal, porque as enfermeiras que estavam lá viram que a coisa era muito rápida.” Mãe 5, 43 anos.

“E, daí uma coisa que tanto a médica quanto a parteira falaram era se quiserem fazer lavagem em você ou depilar, não precisa aceitar. Não fiz. (...) e teve uma hora o médico falou que tinha que dar o cortezinho, e eu disse “ não precisa dar o cortezinho. E, ele disse: como assim? E, eu “ você só coloca a mão assim uns quatro dedos embaixo da onde você quer fazer o corte e pressiona.” Aí ele ficou me olhando e meu marido olhou para ele e disse “ faz o que ela está mandando” e ele fez. E, não precisou de corte.(...)

Em seu segundo filho:

e ela (médica) também falou, “vamos dá o cortezinho” e eu falei “não tu não precisa dar o cortezinho. Disse para ela pressionar a mão” e o G. só piscou e ela fez o que pedimos e não precisou fazer o corte.

(...) Quando eu cheguei no quarto foram me trocar e tal. E, as enfermeiras falaram “tem a higienização que tu tem que fazer por causa do corte”, e eu disse: “não tomei corte”. E, elas perguntaram surpresas “Não tomou corte? Não acredito que tu não tomou anestesia e não fez corte”. Então foi uma novidade.” Mãe 1, 32 anos.

“eu não queria que ele fizesse episetomia que é o corte, porque corta o músculo e depois é mais difícil de recuperar e é mais dolorido e se tu não faz nada tu corre o risco de rasgar até o anus, então é horrível, dizem. E, foi pouquíssimos pontos .” Mãe 3, 33 anos.

4.5. A Dor.

“Várias condutas aparentemente comandadas por dados fisiológicos, e dessa forma fugindo do controle da vontade ou da consciência, também são bastante influenciadas ou até mesmo diretamente orientadas por dados sociais, culturais ou psicológicos. A dor é um exemplo significativo. A atitude do ator diante da dor e inclusive o limite da dor ao qual reage estão ligados ao tecido social e cultural no qual ele está inserido com a visão do mundo, as crenças religiosas que lhe são próprias, isto é, a maneira como se situa diante da comunidade de pertencimento.” (BRETON, 2006, p. 53)

A dor é sentida de diferentes maneiras e intensidades dependendo do componente social, cultural e psicológico trazido. A educação é um fator importante neste quesito, pois é pela educação que o menino aprende que não deve chorar e se espera uma atitude mais “masculina” de sua parte, a menina em contraposição é esperada as lágrimas, pois estas são consideradas mais delicadas dentro de nossa sociedade. Logo, “a educação transforma assim as crianças em atores conforme à imagem da mulher e do homem em vigor na sociedade” (BRETON, 2006, p. 54). Nesta direção Macedo et Al (2005) consideram:

“O parto é um processo fisiológico e não patológico. Da mesma forma, a dor das contrações também deve ser considerada dentro de um decurso fisiológico. Por esse motivo, de ser encarada de forma diferenciada da dor decorrente de uma doença. Assim, viver a dor do parto sob uma perspectiva de realização pode ajudar algumas mulheres a passar pelo trabalho de parto sem a necessidade de analgesia” (MACEDO, PROGIANTI, *et al.*, 2005)

Macedo et al ao trabalharem a questão da dor do parto numa maternidade no Rio de Janeiro, concluem que o medo da dor auxiliou no processo das intervenções invasivas ao corpo feminino, dentro da sociedade brasileira. O mesmo é corroborado pela parteira norte americana Shari Daniels, criadora da primeira escola de parteiras, de

1977 nos Estados Unidos, em reportagem para revista *Crescer*³³. Ela afirma que o medo do parto natural é cultural, as mulheres ocidentais com o advento do hospital começaram a ouvir os gemidos de outras parturientes, o que causava a histeria generalizada nas alas de parto. Conclui na reportagem que a dor é cultural, e causada por fatores psicológicos, dependente da individualidade de cada mulher e do ambiente. A dor do parto é real, mas a forma de tratá-la pode aumentar ou diminuir dependendo do ambiente e das formas de tratamento fornecido às parturientes.

A percepção sentida de dor pode mudar de acordo com as experiências no pré-parto, tendo o ambiente hospitalar com seus cheiros, sons e pessoas causar estresse e aumento da dor no parto e “o relaxamento, a confiança, o repouso, a liberdade de se movimentar, o contato com pessoa amiga, o fato de estar ativa, descansada e alimentada, em ambiente acolhedor, confortável e o mais silencioso possível diminuem a percepção da dor” (MACEDO, PROGIANTI, *et al.*, 2005).

Foram identificados nas entrevistas outros medos, mais pontuais e menores quanto a dor. Aqui a dor não aparece como algo que elas temem ao ponto de pedir uma cesárea antecipada, pelo contrário o medo da dor é algo relatado como normal, mesmo a mãe 3 que tem uma sensibilidade maior para dor, coloca que é algo possível e passível de agüentar, quando a mulher foi bem preparada para tal evento. Sendo a dor algo que relatam que é esquecido, algo pontual e tiveram consciência que iria acabar. A dor depende da preparação e da experiência vivenciada pela mulher, principalmente a promovida pelos agentes de saúde presentes na hora do parto.

Como foi com questão da dor, você comentou antes que sente muita dor?

“É, eu já sabia já estava consciente, (...) eu falei “não, eu sei que não é uma queimadura é aquele dia ali e passou.” Até que pelo o que eu li, tinha duas correntes uma que dizia que era bom que você não tomasse a analgesia para você sentir o momento da contração e ajudar a fazer força e outra que se você toma analgesia você relaxa os músculos e a dilatação acontece mais rápido. Então eu fiquei bom, eu vou agüentar o máximo

³³ (ECHEVERRIA, 2009)

que eu puder e a hora que eu não agüentar mais eu tomo. E foi o que eu fiz, mas quando cegou 5h da tarde passou a analgesia e daí foi no pior momento, as contrações demoravam bastante tempo na duração delas e pouco tempo de intervalo entre elas. Aí um momento que eu não lembro muito bem o que aconteceu. Não foi um choque, mas estava com muita dor. (...) É como fala depois que nasce esquece a dor, é como eu falei dói ali na hora, não é um machucado que fica doendo um tempão.” Mãe 3, 33 anos

“Olha, eu acho que dói e dói muito. Não vou dizer que não dói, mas tu esqueces. As mais velhas dizem que dor de parto é uma coisa que tu não lembra mais e é verdade, eu não lembro. Eu sei que doeu e doeu muito e na hora doía muito que eu gritava e falava J. pela amor de Deus faz alguma coisa para parar de doer, mas depois ainda bem que agüentei a dor, passou e foi muito rápido.” Mãe 4, 24 anos.

“eu esperava que ia doer, dói dói. Os médicos falavam parto dói, mas assim todas as mulheres agüentam e sempre agüentaram então eu botei na minha cabeça.(...) Não, ficava preocupada assim em nenhum momento eu pensava eu não vou agüentar isso não, mas eu pensava assim por ter sofrido pelo meu filho, estar demorando.” Mãe 2, 38 anos.

Em seu segundo filho,

“Não tinha, já imaginava porque um pouco da dor tu esquece. Quando tu começa a sentir tu ahh é mesmo, é assim. Mas, passava e foi muito bom.” Mãe 1, 32 anos.

E, os medos:

“Antes, acho que tudo. Na dor também, mas depois que já está mais para o final você não pensa tanto nisso é mais para ver o teu filho nascer, dele nascer bem, der ver a carinha dele e

ver que está tudo certo, de acabar logo.” Mãe 2, 38 anos.

“A gravidez e do parto eu não tinha muito medo eu tinha mais medo do começo, dos primeiros dias, das primeiras semanas, o que eu vou fazer com um neném pequeno que eu não sei o que eu faço com ele. O parto em si eu não tinha muito medo, pelo contrário eu estava muito ansiosa e chegou no final do curso de gestantes eu estava louca para nascer logo porque eu queria experimentar o que era e todo mundo falava de contração, de dor, disso e daquilo e eu o que será isso, o que será essa maldita dessa contração que eu não faço a menor idéia do que é. (...) Eu queria saber como era, queria logo vivenciar, mas não tinha medo de como vai ser, eu tinha mais medo da idéia do neném recém-nascido aquela coisinha daquele tamaninho que vai chorar eu não vou saber o que fazer.” Mãe 4, 24 anos.

“Eu tinha bastante medo, dela ter algum problema. Por mais que tenham os exames que agente faça, tem algumas vezes que não são dectados. (...) e eu tinha medo de mulher, de ficar flácida e fiz uma pesquisa na internet e na verdade é uma hormônio que é liberado um tempo antes que relaxa toda a musculatura da vagina, então o hormônio não tem como saber se vai fazer cesárea ou parto normal, na verdade relaxado vai estar pelo hormônio e não pela passagem do neném, então não faz diferença, mas o meu medo era esse. E, agente sempre fica, daí fiz bastante exercício” Mãe 3, 33 anos.

O seu medo e a expectativa era esse, o parto normal no segundo filho?

“Ah, com certeza. Eu não tinha medo do parto normal eu sabia que se eu permitisse ele ia acontecer. Eu tinha medo na verdade que desse alguma coisa errada ali na hora, não sei se era o medo do parto, ou o medo de que aquilo tudo se repetisse novamente. De que eu não fosse conseguir fazer a força e que ele fosse ficar preso

no canal vaginal. O meu grande temor era esse e que pudesse comprometê-lo psicologicamente, cognitivamente, com aqueles traumas de parto. Na verdade o meu grande medo era esse.” Mãe 5, 43 anos.

Macedo et al (2005) analisam em seu estudo, que o espaço social é constituído do ambiente, e este é decisivo desde: os profissionais, dos instrumentos utilizados e as sensações das mulheres. Fatores estes que determinam a intensidade da dor. Tentam mostrar neste artigo que o cuidado com pequenas coisas e a atenção voltada com carinho pode sim melhorar a experiência do parto para as mulheres. A pesquisa foi realizada com entrevistas semi-estruturadas em maternidade com mães que acabaram de dar a luz, o perfil coletado foi segundo eles, característico do Sistema Único de Saúde (SUS), baixa renda e escolaridade. A entrevista separou-se por duas vertentes: fatores que aumentam a dor e os que diminuem. O que encontram como respostas foi que as os sons do ambiente as incomodam, tais como ouvir outras parturientes na hora do parto e os profissionais falando de outros assuntos; assim como perturbar a autonomia da mulher ao ter que se submeter as regras no hospital e negar e seus instintos de cérebro primal como Odent (2005) relata em seu livro; a invasão do corpo por toques vaginais desnecessários, infusões venosas e profissionais observando o tempo todo também são relatados como apreensivos.

As mães entrevistadas, por mim, colocam alguns dos incômodos, mas não houve uma pergunta relacionada a dor e as regras do local, porém alguns destes fatores são destacados no meio das conversas. O toque freqüente é desnecessário, este segundo a OMS (1996) deve ser feito a cada 4h se não houver nenhum problema aparente. E, a intimidade da parturiente deve ser sempre preservada ao não trata - lá como um objeto de estudos. Sendo assim, “Em instituições de treinamento, um exame vaginal feito por um estudante às vezes deve ser repetido e verificado pelo supervisor. Isto somente pode ser feito depois de obter o consentimento da parturiente. Em nenhuma circunstância as mulheres devem ser coagidas a passar por exames vaginais repetidos ou freqüentes feito por vários prestadores de serviço ou treinados.” (OMS, 1996, p. 22). Como é mencionado por Macedo et al (2005) o mesmo é dito pela mãe 1. Ela sabia que não havia necessidade de tal freqüência do exame de toque:

“O que mais me incomodou foi o exame de toque, cada pouco exame de toque e é muito desconfortável.

E, era ela(a médica) que fazia?

Sim, e eu falava não precisa fazer.” Mãe 1, 32 anos.

Muitos métodos são recomendados para diminuir a dor no processo do parto, sendo o apoio familiar e dos médicos um fator fundamental, assim como deixar que a parturiente assuma as posições mais confortáveis, não força-lás a ficar em decúbito dorsal (deitada), pois no primeiro estágio do trabalho de parto é desaconselhável pela OMS (1996) esta posição por afetar no fluxo sanguíneo, logo interfere no progresso do trabalho de parto.

Os (as) prestadores (as) de serviço não devem forçar o posicionamento da parturiente e métodos de diminuição da dor devem ser incentivados tais como o banho de chuveiro ou imersão n'água, toques e massagens. Pois, a diminuição da dor está diretamente ligada a ter a liberdade de fazer o que deseja, seja movimentar-se, tirar o roupão, fazer massagens, tomar banhos quente, ter uma companhia por perto, pois “na prática, nota-se que as parturientes se mostram mais tranquilas e confiantes quando estão acompanhadas por familiares ou por profissionais que criam vínculo.” (MACEDO, PROGIANTI, *et al.*, 2005).

Algumas pesquisas apontam para a qualidade da atenção dada às parturientes é um dos fatores que influenciam do desenrolar do parto. Quanto mais cuidada e amparada pelas pessoas a sua volta melhor será o seu parto e menor será a necessidade de uma intervenção, tanto de soluções farmacológicas quanto de uma cesárea. Outro fator interessante é adotar o nome da parturiente e não chama-lá apenas de mãe/mãezinha,etc.

Percebo no discurso destas mulheres que tiveram ou imporam as liberdades e os movimentos aprendidos por elas. Enquanto, algumas vezes o local quis restringi-las, em outras ocasiões o local já tinha a política que recomendava e auxiliava com métodos mais naturais na diminuição da dor. Enquanto a mãe 1, não consegue ter o seu filho da forma planejada, vai para maternidade e encontra algumas regras do local que as viola ao conhecer o que é melhor para ela e o seu bebê. E, mesmo tendo as enfermeiras reprovando as atitudes tomadas, ela não se

intimidou e continuou com o que tinha aprendido junto ao acompanhamento da parteira. Em seu segundo filho a maternidade mais ligada a questão humanização do parto deixa-lhe mais livre e oferece serviços tais como a bola; discurso esse percebido também das falas feitas pelas mães, 2 e 4:

“daí fui para o quarto e chegavam às enfermeiras e eu fazendo tudo que a parteira tinha falado ficava de cócoras, tomava a duchinha, deixava a água bater na lombar, sai do quarto e caminhava. E, as enfermeiras queriam me deixar deitada e eu não ficava deitada. Agente não agüenta ficar deitada e cada vez que elas chegavam me xingavam. “O que você esta fazendo? Já tomou banho de novo? (...) Eu sentia quando eu estava caminhando no corredor, uns olhares estranhos das enfermeiras elas não vinham conversar, passar a mão da cabeça. Elas olhavam lá do balcão, desconfiadas. “O que essa louca está sofrendo no corredor desse jeito, por que?” Mãe 1, 32 anos.

“e daí eu e o meu marido ali no quarto agente arrumou um jeito que cada vez que eu sentia dor ele sentava na escadinha e me abraçava forte, me pegava no quadril, na lombar, nas costas, me apertava e passava a dor e aí quando começou a intensificar ela falou “agora vamos descer para sala do parto”. Mãe 1, 32 anos

Segundo filho,

“Eu passei a madrugada inteira, eu comecei a sentir já era meia noite. (...). Ela deixou uma bola no quarto daí eu ficava alternando, ficava de cócoras, de quatro, na bola e tomando ducha.” Mãe 1, 32 anos.

Ali você teve mais liberdade para fazer o que você queria?

“É, como já tinha bola também, já estava mais.” Mãe 1, 32 anos.

Você sentiu uma diferença de hospital?

“Sim, senti que ali já chegavam as enfermeiras com mais cuidado, eu caminhava pelo corredor e elas conversavam, muito mais humano.” Mãe 1, 32

“E, eu fiquei lá no começo foi tranqüilo e começou a demorar e vinham as dores passavam e estava dilatando pouco (...) daí a médica pediu para eu ficar sentada na bola fazendo os movimentos e aí para o banho quente(...) Ficava um pouco na bola fazendo movimento e ficava um pouco na cama e daí quando já foi lá para o final da noite, onze pouco da noite eu ainda estava com pouca dilatação eles me colocaram numa cadeira que existe na maternidade para ficar numa posição que tu senta para isso mesmo, e fiquei na cadeira fazendo os movimentos, até que a médica disse que agora já dava para nascer e ela ajudou a fazer os últimos movimentos e me levou para sala de parto e ele nasceu.” Mãe 2, 38 anos.

“eu fui para o chuveiro e eu tentei agüentar muito n’água porque alivia bastante e fiquei um tempo n’água.” Mãe 4, 24 anos.

O apoio é visto como um método de diminuição da dor, como coloca o relatório de Genebra, de uma doula³⁴, acompanhante e até mesmo da equipe que envolve o parto pode influenciar no desfecho do parto. Segundo o documento da (OMS, 1996) a intervenção ao parto normal deve haver uma razão válida e ao prestador (a) de serviço deve:

“Dar apoio à mulher, ao seu parceiro e à sua família durante o trabalho de parto, no momento do nascimento e no pós-parto.

Observar a parturiente; monitorar o estado fetal e posteriormente e o recém-nascido; avaliar os fatores de risco; detectar os problemas precocemente.

Realizar intervenções como amniotomia e episiotomia se necessário; prestar os cuidados ao recém-nascido após o nascimento.

³⁴ Ver nota 24

Encaminhar a parturiente a um nível de assistência mais complexo, caso surjam fatores de risco ou complicações que justifiquem” (OMS, 1996, p. 5).

O prestador (a) de serviço deve estar atendo ao “bem-estar físico e emocional da mulher. Isto implica mediar a temperatura, frequência cardíaca e pressão arterial, verificar a ingestão de líquidos e os débito urinário, avaliar o grau de dor e a necessidade de apoio. A avaliação do bem estar da mulher também inclui a atenção à sua privacidade durante o trabalho de parto, respeitando sua escolha de acompanhantes e evitando a presença de pessoas não necessárias na sala de parto.” (OMS, 1996, p. 8).

Sendo que “uma parturiente deve ser acompanhada pelas pessoas em quem confia e com quem se sinta à vontade: seu parceiro, sua melhor amiga, uma doula ou uma enfermeira-parteira. (OMS, 1996, p. 13). Outra vez o conhecimento tradicional das parteiras retorna com evidências científicas como benéfico no desenvolvimento do parto, a arte de cuidar volta como fundamental para o desenvolvimento positivo dentro de um parto. Atitudes estas que por muito tempo foram consideradas crendices e excluídas pela ciência retornam como uns dos importantes aspectos da humanização da atenção materna.

A falta de apoio, comunicação e carinho são fatores que influenciam o desenrolar do processo de parto. O profissional que atende a parturiente deve observar não apenas os fatores fisiológicos, mas também os psicológicos e dar apoio. Como relata a mãe 1, nas duas ocasiões ela pediu anestesia, mas em seu segundo parto teve o apoio necessário, o reforço que ela poderia agüentar até o final sem nenhum meio farmacológico e ela acredita no apoio recebido e em si mesma de fazer o parto. Assim, como a mãe 2 relata que o apoio a ajudou em persistir em sua escolha no tipo de parto.

“A parteira nos preparou muito bem, para muita dor, muito cansaço, como meu corpo iria reagir. Isso foi muito trabalhado e eu imaginava uma dor e foi muito mais do que eu imaginava. Eu acho que se ela estivesse ali eu teria conseguido sem anestesia. Faltou aquela força ali do meu lado. “não tu agüenta, só mais 10 min. de dor e depois vai passar.” Mas, não. A dor foi mais do que eu imaginava.” Mãe 1, 32 anos.

Em seu segundo filho,

“e eu pedi anestesia. E, ela falou assim: “J. tu não vai sentir dor, vai ser tão pouquinho, por tão pouco tempo” e chegou uma hora que ela disse “se tu quer anestesia é agora senão não agente não pode mais aplicar. “Mas, tu agüenta.” E, eu vamos lá “eu vou agüentar” e foi muito rápido, as 7 h ele nasceu.” Mãe 1, 32 anos.

“Teve umas horas que eu já tinha me arrependido de ter parto, mas quando nasceu não. A equipe toda me tratou muito bem, me incentivou bastante. Quando elas puderam, quando estava com a dilatação quase suficiente elas vieram ajudar a fazer os movimentos, com a respiração.” Mãe 2, 38 anos.

Todas relatam o companheirismo dos maridos na gestação e na hora do parto, pois a presença de alguém como o companheiro ou outra pessoa é garantindo por lei (11.108 Abril de 2005); é o direito do acompanhante na sala do parto, no qual todas utilizaram quando possível. A mãe 5, relata que em seu primeiro parto seu marido não pode assistir:

“Aí, no segundo o meu marido assistiu, o que na primeira vez ele foi impedido, há 12 anos atrás não tinha aquela lei que permite o pai assistir. Agora, no segundo ele assiste, fica comigo o tempo inteiro.” Mãe 5, 43 anos.

O apoio do companheiro é bem destacado na fala da mãe 3, quando ela coloca que ele foi o seu agente de força para não desistir do parto normal, de não ceder as pressões médicas. Em seu relato:

“Agüentei, na verdade o J. estava todo o trabalho de parto estava comigo (...) e eu dizia para ele pela amor de deus faz alguma coisa, chama o médico. Chega eu não quero mais, desisti. E, ele dizia ta, ta ,ta e ele me enrolava saia, ia na porta ia lá fora dizia que tinha chamado o médico e voltava, “eu já chamei já está vindo” e eu lá e assim ele foi me enrolando, durante umas duas horas assim e passou quando eu vi passou as duas horas e o

médico voltou e disse olha já está pronto, me botaram numa cadeira de rodas e eu digo que não lembro direito porque doía e eu só falava pela amor de deus chega já cheguei a 10 cm agora deu. Agora vamos fazer ela nascer que eu não quero mais, e ele disse já estamos indo e as enfermeiras me levaram para baixo, porque eu estava no quarto e elas me levaram para baixo e aí a R. nasceu. (...) E, eu digo sempre que é legal ter um companheiro, alguém que vá contigo porque na hora que tu tá com dor, porque realmente se não fosse ele eu teria feito cesárea no da R. também. Porque na hora que tu está com dor você quer que alguém resolva, está doendo então resolve. Resolve que está doendo e dói mesmo, dói muito e tu quer que pare de doer e acho que até instintivo de está doendo alguém fazer alguma coisa e ele me segurou nesse sentido, saber ter a manha, enrolar, dizer que já vai passar, só mais 5 min.(...).” Mãe 4, 24 anos.

A falta de apoio e sensibilidade da equipe médica fica exposta na fala da mãe 5, que traumatizou-se após os problemas da analgesia e o tratamento recebido pela equipe que a atendeu, num momento tão importante quanto o parto de seu primeiro filho. O seu marido como dito abaixo teve que ficar fora e receber a notícia desagradável que o parto de sua mulher não estava indo bem, como ela relata:

“a pediatra sai e diz para o meu marido que o meu parto estava sendo difícil, que o meu parto estava com complicações, também deixou o meu marido lá fora completamente nervoso, então, eu tive uma experiência muito ruim com essas pessoas.” Mãe 5, 43 anos

Além da falta de apoio de um companheiro, não houve o apoio médico um dos pontos que o documento de Genebra preza, “os profissionais que prestam assistência obstétrica devem estar familiarizados tanto com médicas quanto com as de apoio, e ser capazes de realizar ambas com competência e delicadeza. Uma das tarefas de apoio ao prestador de serviços é dar à mulher todas as informações e explicações que esta deseje e necessite.”(OMS, 1996, p. 5). A equipe

médica naquele momento não teve a sensibilidade de empodera-lá, como ela mesma coloca:

“Aquele meu ginecologista era uma pessoa tranqüila, mas ele não era uma pessoa afetiva, não era um cara acolhedor e acho que faltou naquele momento isso, alguém que viesse lá e me acalmasse. Me dissesse “olha mãe é isso mesmo, é isso que vai acontecer.” Eu estava completamente nervosa, aí chega o anestesista e me anestesia (...) enfim ele me anestesiou para um momento que eu tinha que estar completamente desperta e atuando, sendo a protagonista daquele momento. Foi a pior experiência da minha vida, o que não era para ser. Aí eles levam o menino para fazer aquelas aspirações e não sei o que, e aí eu comecei a entrar em pânico. Ninguém veio me explicar o que aconteceu naquele momento, nem o ginecologista, nem a pediatra, só o anestesista que estava ali do meu lado e eu lembro que agarrei o braço dele e perguntei. Eu disse para ele: o bebê não chora, o bebê não chorou. Aí ele também nenhuma sensibilidade, olhou para mim e disse: “fique calma, logo a pediatra vem falar com você.” Eu pensei, morreu. O bebê tá morto. (...) o ginecologista tinha feito a episiotomia (...) estava me costurando e se ele me costurasse toda eu também não ia sentir absolutamente nada porque eu estava completamente anestesiada. Ele costurou, não veio falar comigo, naquele momento quando terminou, não se dirigiu a mim, nem para explicar nem para me confortar, nem para me acalmar, nada. (...) Aí a pediatra veio, trouxe o menino e eu vi ele, já estava limpo e ele chorava e eu só queria saber se ele era normal, porque na verdade aquela experiência foi tão intensa e tão ruim que eu tinha sensação que alguma coisa tinha dado errado, para algo que eu não esperava que desse errado.” Mãe 5, 43 anos.

O momento em que ela deveria ser a protagonista, desperta e completamente apoiada pela equipe torna-se um pesadelo, pela anestesia mal feita e a falta de compreensão e apoio da equipe presente. Um trauma que a mãe 5 leva até o seu segundo parto que será decidido a

priori por uma cesariana, por não se sentir preparada para viver tal situação novamente. O mesmo acontece como ela relata com uma conhecida, ou seja, não houve apenas um erro médico individual, são coisas que acontecem dentro do nosso sistema de saúde sendo ele público ou privado e leva não somente a estas duas mulheres, mas muitas outras a decidirem pelo parto cesáreo após uma experiência prévia negativa.

“eu contei para ela [a nova ginecologista] tudo o que aconteceu, e eu disse previamente a ela que eu não ia passar por essa experiência de novo e que eu queria uma cesariana. Eu impus isso de saída com ela, eu falei, eu não vou passar por isso de novo, eu não quero me imaginar naquela situação, deitada (...) e eu disse que queria que ela cortasse a minha barriga e tirasse o bebê, porque eu não conseguia me imaginar naquela situação de novo.” Mãe 5, 43 anos.

“Sabe, depois eu fiquei sabendo do caso de uma amiga. Nós temos filhos quase da mesma idade, os mais velhos. E, ela teve uma situação muito parecida com a minha. Também uma analgesia mal feita, mas o caso do filho dela foi ainda mais grave que o meu, porque o dela ele ficou tanto tempo anestesiado, porque essa anestesia passa para o bebê, que o filho dela logo que nasceu ficou três dias na UTI, também por conta da analgesia. E, ela também tem um segundo filho por cesariana.” Mãe 5, 43 anos.

O trauma por ela relatado leva-a não somente a escolher uma cesariana para o seu segundo filho por não acreditar ter forças para tentar o parto normal, como relata sobre a depressão pós-parto que passou, atribuída ao processo doloroso e traumático vivido, o que pode ser considerado uma consequência dos atos inconseqüentes da equipe médica que a atendeu:

“Eu acho que é importante registrar que eu entrei em depressão pós-parto, e até hoje eu acho que isso tem haver com aquele momento que eu vivi. Eu nunca tinha tido depressão, eu não tenho

histórico de depressão. Eu sei porque li e também porque conversei com vários médicos, que hormonalmente isso é muito comum, a gente está até o período da gravidez com a dosagem hormonal extremamente elevada e depois do parto isso cai muito abruptamente e eu fui ler sobre isso, que também explica organicamente porque algumas mulheres entram em depressão pós-parto, mas eu acho que a minha experiência contribuiu, porque eu fui para casa com a sensação que tinha algo errado com o menino. (...) Eu tinha uma expectativa muito grande por amamentar, eu tinha leite e eu não conseguia amamentar, acho que de tão nervosa. Eu também tive um quadro de inflamação nos meus pontos da episiotomia muito grande, eu tinha muita dor, foi tão incrível porque eu acho que tive mais dor depois que tive o parto do que na hora do parto. Porque aqueles pontos doíam muito, eu mancava, eu não conseguia sentar eu não conseguia comer e isso tudo contribuiu para o meu quadro de depressão pós-parto, então infelizmente algo que parecia muito bem, lá, naquele momento foi muito ruim.” Mãe 5, 43 anos.

Enfim, elas colocam, na maioria dos casos, que teriam o mesmo tipo de parto, pois ficaram satisfeitas com os resultados e os profissionais que as atenderam, enquanto a mãe 5 relata que apagou os profissionais que a atenderam no parto de seu primeiro filho. Tendo o apoio fornecido ou não as influenciou na experiência vivida.

“como eu te falei deu tão certo foi tão bom, essa escolha a preparação, tudo deu tão certo. Eu não mudaria, se eu tivesse que ter outro filho eu acho que eu faria a mesma coisa. Iria fazer o mesmo processo, ia tentar o mesmo parto. Para todo mundo que me pergunta, eu tenho muitas amigas que não tiveram filhos ainda e daí elas perguntam todos os detalhes, como é que foi e eu falo.” Mãe 3, 33 anos.

“Tive uma recuperação tranquila e não tive nenhum problema com meu filho, respiratório e tudo mais. Nasceu no tempo certo, eu acho que

faria de novo. É difícil é sofrido mas depois de algumas horas já passou.” Mãe 2, 38 anos.

“E, se tivesse um terceiro filho agora morando em Florianópolis.

Eu ia com a mesma médica(...) Ela foi ótima, gostei. Ela não falou de cesárea em nenhum momento.” Mãe 1, 32 anos.

Enquanto a mãe 4, afirma que teve sorte de encontrar plantonistas que respeitaram a sua decisão a mãe 5, conta que o seu caso foi traumático por uma conjunção de fatores, tais como viver num cidade de interior, na qual a opção de parto se resume ao normal “tradicional” ou a cesárea e existirem profissionais que não trabalham com a humanização no parto. A questão da sorte foi uma das discussões que levou a resolução para humanização do parto, mulheres traumatizadas foram surgindo e reclamando seus direitos de serem tratadas como seres humanos e não apenas processos dentro dos hospitais. A humanização do parto é o ideal a ser atingido ao não ser mais uma questão de sorte e conhecimentos individuais nas escolhas do tipo e da forma de como parir, mas sim informações dadas nos grupos de gestantes e ter os direitos reconhecidos e respeitados por todos os atendentes envolvidos na questão do parto. Como a mãe 5 destaca o seu parto foi um trauma e não está sozinha nesta realidade, por mais que o parto humanizado ganhe espaços e seja uma política pública brasileira ainda precisamos melhoras na atenção materna o no apoio dado pelos atendentes

“eu tive uma experiência muito ruim com essas pessoas. Com essa equipe de ginecologista, anestesista e pediatra. Foi absolutamente negativo tanto que eu risquei todas essas pessoas da minha vida, eu encontrava na rua e eu não queria parar para cumprimentar essas pessoas de tão ruim que foi.” Mãe 5, 43 anos.

“eu dei sorte. Os meus filhos tive com plantonista, médicos que eu não conhecia e todos os dois foram bem legais, pessoas bem receptivas agente conversava, de vim de acompanhar e foi tranqüilo.” Mãe 4, 24 anos.

“conversando com outras pessoas eu sempre acho que no meu caso foi uma conjunção de muitos fatores, minha e de muitas mulheres que moram em cidades menores, com poucos recursos. Eu acho que se eu morasse numa cidade maior como Florianópolis mesmo, que tem outras experiências, de parto de cócoras, do parto na cadeira, do parto segurando na corda... Enfim tem milhões de coisas, eu acho que poderia ter sido diferente sim, o primeiro inclusive. Mas, numa cidade pequena e em lugares com menos recursos as mulheres não tem muitas escolhas. E, também eu acho que infelizmente a gente fica a mercê da sorte, o que não acho adequado. Se você tem sorte de ter uma equipe acolhedora, humanizada, essa idéia do parto humanizado, que também é uma coisa relativamente recente, é outra experiência. Mas, se você não tem acesso à isso, você fica a mercê desse tipo de coisa que eu fiquei e muitas mulheres ficam. Então, eu sei sim que tem outras opções, outras alternativas, e eu não era de início uma pessoa contrária ao parto natural, pelo contrário, mas eu não achei isso. Eu achei apenas a opção tradicional, “você vai ter um parto tradicional, na posição horizontal, naquela mesa cirúrgica ou você vai fazer uma cesariana” Nas duas situações, também há pouco tempo atrás, em 2007, quando o M. nasceu é o que existe em Chapecó, ou é o parto natural horizontal na mesa cirúrgica ou é a cesariana.” Mãe 5, 43 anos.

Em seu segundo filho:

“Ela [a médica] muito querida conversando o tempo inteiro, rindo, o ambiente muito descontraído, tudo diferente do que foi o primeiro. Ela acolhendo, muito afetiva comigo e também com o meu marido. Uma equipe muito jovem e eu não era um pedaço de carne ali, eu não era ninguém, eles sabiam quem eu era. Foi muito diferente.” Mãe 5, 43 anos.

Nosso país ultrapassa a média de cesáreas recomendada pela OMS, que é de 15% do total de partos. Mas, não estamos sozinhos nesta

alta medicalização do parto, pois os Estados Unidos, Canadá e Porto Rico também ultrapassam a taxa fixada pela OMS. Se comparamos com um país como a Holanda que tem a taxa de cesárea de 7% e outros países da Europa que apresentam de 10% a 14%, estamos longe do ideal desejado³⁵. O problema visto aqui é que esta é por muitas vezes um uso iatrogênico é realizado “frequentemente em hospitais privados e em regiões de maior renda, cujas gestantes estão em melhores condições sociais e de saúde, apresentando, em princípio, menos risco gestacional” (BARBOSA, GIFFIN, *et al.*, 2003, p. 1612). Ou seja, mulheres que não possuem uma gravidez de risco realizam cesáreas desconhecendo os riscos desta operação tanto para ela quanto ao seu bebê. Muitas questões externas à parturiente como aponta (BARBOSA, GIFFIN, *et al.*, 2003) levam a cesárea tais como a conveniência do parto programado e a segurança do médico maior em uma cirurgia do que no desenrolar do parto normal, o problema institucional do SUS não cobrir anestesia peridural nos partos vaginais, esterilização cirúrgica; e internas como os fatores socioculturais do “medo da dor do parto normal, medo de lesões na anatomia e fisiologia da vagina, a crença de que parto vaginal é mais arriscado do que uma cesárea, sendo esta última considerada a forma mais “moderna” de se ter filhos. Porém uma cesárea é “um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou o parto.” (BARBOSA, GIFFIN, *et al.*, 2003). Não sendo isento de riscos, cabendo ao profissional analisar os riscos e benefícios de tal intervenção. No entanto, tal risco não é analisado tendo em vista a popularização da cesárea, esta sem trazer benefícios nem a mulher quanto ao bebê.

Em minhas entrevistas deparei-me com dois tipos de cesáreas, a necessária e a agendada. No caso da decidida previamente houve procedimentos médicos inadequados no parto de seu primeiro filho que não lhe permitiu tentar o parto normal novamente, mesmo que seja uma intervenção desnecessária do ponto de vista físico. A mãe 5 não estava preparada para enfrentar uma situação que a lembrasse o parto de seu primeiro filho. Um ponto levantado por algumas mães refere-se ao fato de estar preparada para o parto normal, para a dor e para a mudança de situação e a exigência de uma cesariana é importante. A mãe 4, em seu segundo filho tentou novamente o parto normal e visto a impossibilidade aceitou a cesárea que neste caso, foi uma intervenção necessária e serviu como deveria como uma necessidade e um avanço médico.

³⁵ Ver (BARBOSA, GIFFIN, *et al.*, 2003)

4.5.1. Nascimento de cesárea:

“quando eu cheguei na maternidade a enfermeira disse, mãezinha vamos fazer não sei o que, eu falei, eu vou fazer cesariana e pode me levar para cima. Aí nove anos depois já era outro hospital, outro cenário e isso foi muito positivo para mim. (...) o M. nasce por cesariana, algo que de fato não precisava ter acontecido, mas eu não me arrependo. Apesar de tudo, eu não me arrependo, foi muito tranquilo porque me anestesiaram eu não senti nada. (...) meu marido me ajudou, empurrou a maca até eu sair do centro cirúrgico, o bebê já foi para o quarto comigo. Foi assim tudo muito diferente.” Mãe 5, 43 anos.

“E, 24 horas depois, teve um momento que eu tive um arrependimento, porque quando a enfermeira disse “agora você tem que levantar da cama”. Aí, quando eu levantei e senti que tinham cortado a minha barriga eu falei para minha amiga que estava lá comigo. “O que é que eu fiz? Fui cortar a minha barriga” Por que aí eu senti. Acho que foi o único momento que eu pensei, puxa vida eu não precisava ter passado por isso, ter me permitido e ter pedido para me cortarem tanto, mas assim foi muito tranquilo. (...) eu tive comparativamente tudo positivo, ao contrário do que foi a minha primeira experiência. Que acho que foi muito ruim e que me marcou por muito tempo.” Mãe 5, 43 anos.

4.5.2. Cesárea necessária:

“Já o H. agente não conseguiu ter o parto normal ele nasceu de cesárea. Mas, porque também tentei induzir, também ter parto normal, também tive trabalho de parto mas ele não encaixava, eu tive até 5 de dilatação e ele não encaixava e aí o médico viu que ele estava entrando com a cabeça de um lado e não encaixava.” Mãe 4, 24 anos.

Porém, a cultura da cesárea tão difundida no senso comum, é contraposta por Barbosa et al (2003) ao expor, em seus estudos, dados contraditórios que aparecem entre a resposta dos médicos(as) quando perguntados se as mulheres preferem o parto cesáreo e as respostas dadas pelas mulheres. Os médicos(as) afirmam que as mulheres desejam a cesárea e elas afirmam preferir o parto vaginal. Apesar do resultado obtido, na prática, ser a maioria parto cesáreo, nos questionários aplicados ao chegar ao hospital estas mesmas mulheres colocam razões pela preferência do parto normal, pois, argumentam que é natural e menos artificial e os motivos pela rejeição da cesárea levantados eram: a recuperação mais difícil, a dor é maior após, em mães com a experiência nos dois tipos de parto preferem o natural, pois a dor da cesárea é pior depois do que na hora da dor do parto vaginal. Elas colocam não ter uma resposta exata, uma prova científica do porque preferem o parto normal apenas assim desejam. Esta pesquisa mostra em números que as mulheres não pedem as cesáreas, mas são submetidas uma vez que confiam no poder médico instaurado nos hospitais e acatam a sugestão da pessoa responsável. Para Barbosa et al (2003), a cultura das cesáreas atinge mais aos médicos(as) que as parturientes em si. O mito da cesárea como algo benéfico e mais seguro que o parto natural e tende a descartar a força e empoderamento da mulher ao se submeter, sem que esta perceba os riscos, a uma intervenção cirúrgica desnecessária. Em outra pesquisa, realizada por Kruno et Bonilha (2004) em hospital privados de Porto Alegre, a passividade, é relatado por ela, perante aos funcionários da clinica. Em conversas informais os obstetras declaravam a baixa remuneração dos planos de saúde, assim, “não sendo conveniente substituir as horas do consultório por horas em acompanhamento, nos trabalhos de parto. Diante deste quadro, o índice de cesarianas era de aproximadamente 74% ao mês nesse hospital privado de Porto Alegre³⁶. As mães quando questionadas sobre a recuperação e decisão do parto, valorizam a recuperação do parto normal. O relato encontrado nesta pesquisa é similar ao encontrado na pesquisa realizada por Barbosa et al (2003).

“Mas, foi a melhor coisa porque duas horas depois do parto eu já estava tomando banho sozinha, lavando o cabelo. (...) a recuperação foi bem tranquila. Quase não precisei de ponto e fiz

³⁶ Ver (KRUNO e BONILHA, 2004).

bastante exercício para musculatura.” Mãe 3, 33 anos.

“eu tive uma recuperação muito tranqüila. Eu já vi amigas minhas que escolheram ter cesariana e depois tiveram uma recuperação bem difícil, fica mais tempo e aquele corte que dói e tal.” Mãe 2, 38 anos.

Você sentiu muita diferença nos dois partos?

“Eu sempre falo, todo mundo que me pergunta eu digo eu teria mais uns três partos normal para não ter uma cesárea. Acho que parto normal é muito melhor, para mim foi muito melhor. A minha cesárea foi tranqüila, minha recuperação super boa, eu no outro dia estava andando, tomando banho, lavando cabelo, andando com H. no colo. Tranqüilo, mas ainda sim eu prefiro parto normal. A R. nasceu as oito da manhã as dez da manha eu estava tomando banho e as onze eu estava zanzando pelo corredores para tudo quanto é lado(...). Então, não tem é muito diferente, o H. quando nasceu, nasceu de tarde e eu só fui sair da cama no outro dia, a primeira noite é ruim você não consegue se mexer e cheia de soro, cheia de remédio, é um monte de ponto. O parto normal duas horas depois eu estava sem nada, já tinham me tirado o soro, tirado tudo eu estava bem, é outra história a recuperação é muito mais tranqüila, o meu corpo voltou muito mais rápido depois do parto da R. do H. demorou muito mais para voltar. Tudo foi melhor foi mais rápido, foi mais tranqüilo eu voltei para casa mais rápido. O parto da R. que foi o normal as 6 da tarde o médico me deu alta, ela nasceu as 8 da manhã. Você está de alta, só vai esperar até amanhã porque tem que esperar ela ficar 24h no hospital, pois o pediatra acompanha. Mas, tu ta liberada. Do H. eu fiquei dois dias no hospital, tudo demora mais e isso que foi super tranqüilo a cesárea foi um sucesso, não teve nenhum problema, nenhuma complicação. Mas, ainda sim tudo demora mais.” Mãe 4, 24 anos.

“Claro que eu fiquei mais tempo internada, porque eu estava anestesiada, fiz uma cirurgia, cortei quantas camadas minhas e do meu útero para aquele bebê nascer.” Mãe 5, 43 anos.

4.6. Interesses médicos e suas influências no parto.

Vivemos numa sociedade que o parto cesáreo é tão comum e tão fácil de ser realizado que encontrei em dois relatos a ausência temporária dos médicos para realizar cesáreas agendadas. Pelos discursos das mães entrevistadas por mim encontro novamente a afirmação que os médicos pressionam para a realização de uma cesárea, confessando o despreparo e a praticidade da intervenção. Não posso afirmar quem escolheu a cesárea nos casos percebidos por elas, mas pelo relato feito pelas mães 3 e 5 o ritmo do hospital era outro, as mães que ali estavam procuravam a cesárea. E, o acontecimento dos partos normais das mães 1 e 3, foi percebido dentro dos locais como algo novo. A novidade naquele momento foi o parto normal, algo a ser festejado e parabenizado como elas relatam.

“Então ele já tinha marcado uma cesárea e aí hoje penso por que ele não fez o meu parto logo, eu já estava com 10 cm era só fazer o meu parto e pronto e ele não “eu vou te dar um remédio aí tu agüenta e daqui ha pouco eu volto e faço teu parto” e eu “tá tudo bem” naquele momento tudo bem, qualquer coisa ia estar bom eu já tinha passado por todo o processo, e ele me deu analgesia e fez o parto de gêmeos e voltou para R. nascer e eu esperei porque eu já estava com toda dilatação e quando ele voltou, eu desci da maca, estava sem dor nenhuma e ela nasceu de cócoras.” Mãe 4, 24 anos.

“E, o médico saiu para fazer uma cesárea e eu fiquei lá no centro cirúrgico e eu lembro eu disse assim para o meu marido ‘ chega chega não quero, eu quero cesárea’ e ele não calma você agüentou até agora então espera mais um pouquinho. Daí eu fiquei lá até que o médico veio. Na verdade, ela nasceu 20 para oito da noite. Aí ele falou já está quase, esta coroando.” Mãe 3, 33 anos.

Encontro nos discursos das mães o despreparo médico como a mãe 1 relata:

“Quando eu estava lá em Itá agente pensou em pelo menos ter um médico. Não em Itá, pois o sistema de saúde é muito ruim, mas em Concórdia que é perto. Lá tem um médico que é super famoso e fui atrás e descobri que ele não fez um parto normal. Bom, pensei nem vou nesse. Então fui em outra médica que falou algumas coisas e pensei não precisa ficar em Florianópolis mesmo que é lá que eu quero ganhar.” Mãe 1, 32 anos.

As influências exercidas pelos (as) médicos (as) para realização da cesárea enquanto todas estavam decididas no parto normal explica-se pela eficácia simbólica ou poder simbólico que os médicos(as) têm dentro de nossa sociedade.

Sendo assim toda consulta médica se reveste de um ritual de olhares, gestos, perguntas e a roupa branca. Tudo tem uma importância simbólica e a crença do paciente e do médico da medicina é um remédio muito poderoso, dentro de nossa cultura ocidental. Atualmente a consulta médica tem, muitas vezes, um efeito placebo, a figura do médico(a) é por si só um calmante, e percebido por muitas pessoas a certeza da cura. Porém, assim como um remédio ele deve ser bem aceito e a sua forma de atender um paciente pode melhorar ou piorar a situação, como sugere Junior (2003):

“Outras práticas, também infelizmente comuns, podem ser danosas ao paciente, no mínimo por deixá-lo ainda mais ansioso. Usar termos técnicos ou expressões em língua estrangeira na sua frente, comunicar diagnósticos (às vezes apenas suspeitos) de forma abrupta, dissimulada - “isto vai passar, não é nada”- criar verdadeiros fossos entre médicos e pacientes que, mesmo não tendo escolaridade suficiente para decodificar a fala médica(pouco a têm, afinal), continuam tendo a percepção do próprios corpos e do que ocorre em torno”(JUNIOR, 2003, p. 65).

Como o paciente desconhece o que é dito, ele confia no especialista e se submete ao tratamento.³⁷ No documentário: “The Bussiness of Being Born aparece uma cena em que a paciente não entende os termos médicos utilizados e cede ao desejo do médico de realizar uma cesárea mesmo sem saber o porquê desta mudança de planos. A influência médica é de fundamental importância dentro de nossa sociedade, muitas vezes não sendo benéfica à paciente, mas vantajosa ao médico(a). Nas das entrevistas há relatos das tentativas de influência proferida pelos médicos(as) e do empoderamento das entrevistadas em manter o desejo do parto normal. A mãe 2, 3 e 4 relatam a pressão médica e não cedem, porém, não são todas as mulheres que possuem esta força.

“Ela falava assim “pelo histórico da tua família, pelo teu corpo, pela tua disposição é bem provável que vá para o parto normal. Mas, ela falava algumas vezes do medo hoje em dia do médico de fazer um parto normal, que os médicos não estão mais tão preparados assim, isso ela falando, né. Da praticidade, de vez em quando ela deixava escapar algumas coisas. Essa coisa de agendar e tal. “E, a mulher se sente mais segura mesmo é um processo mais tranquilo.”” Mãe 1, 32 anos.

“É, daí conversamos com o meu médico e não foi muito fácil. Ele dava uma empurrada para cesariana.

(...) Eu senti, principalmente no último tempo, durante os exames ele até falava não vou deixar a tua escolha, tu tem condições, está tudo saudável. Os exames estão tudo certinho e mais para o final ele começou: a mais tu sabe que as coisas podem dar errado. Depende da probabilidade, e você tem que lidar com isso e com a cesariana já é mais fácil, já resolve ali, e bla bla bla. (...)”Mãe 2, 38 anos.

E, você acredita que se não houvesse essa pediatra, você teria cedido ao médico?

³⁷ Cena presente no filme (The Business of Being Born, 2008). E descrita em (RATTNER e TRENCH, 2005)

“Teria, porque a coisas que o médico me falou me colocou entre em escolher em resolver logo de maneira mais fácil. “eu vou marcar amanhã com horário marcado” e você sabe o que vai acontecer e vai evitar riscos. E, que chegou uma hora ele falou assim: “eu mesmo também assisti um parto que estava tudo saudável e na hora o bebê nasceu morto”. Te coloca assim puxa, daí até quando eu tive essa conversa com a minha cunhada ela disse que ele não deveria ter dito isso para ti. “Foi bem insensível, pois ele sabe que tu tá numa ansiedade agora e vai acabar pagando para fazer.” Daí a opinião dela e ter ido no consultório da pediatra ajudou bastante a reforçar a minha opinião em ter parto normal. “Mãe 2, 38 anos.

Ela teve seu filho as 41 semana, e mais uma vez o médico tentou uma empurrar uma cesárea,

“quando passou de 39 para 40 semanas aí que foi puxa será que deveria fazer cesariana mesmo, que acaba passando um pouco do prazo que era estipulado a principio, mas aí não, tanto a pediatra falava que era normal pode passar a 41 semanas. Quando foi com 40 semanas e 5 dias ele nasceu. “Mãe 2, 38 anos.

Então foi a pediatra que te acalmou, não foi o seu médico?

“Sim, meu médico e ele já queria fazer cesariana.”
Mãe 2, 38 anos.

“o médico no primeiro momento queria fazer uma cesárea. Eu acho que isso é meio normal, depois agente discute e vê que é muito comum. Ele falou para mim “ela não vai nascer de parto normal, a bacia é pequena ela não vai passar.” E, aí o meu marido foi insistente e falou “não vamos esperar, vamos ver.” (...) Então, eu tive a experiência dos dois partos e todos os dois os médicos preferiam fazer uma cesárea de uma vez e acabar com a história e os dois eu tentei de alguma maneira ter parto normal. O da R. foi possível, o médico

acabou abrindo mão e tá tudo bem agente tenta e deu certo.” Mãe 4, 24 anos.

“Ele que me deu uma pressionada, mas o médico o obstetra não. Ele não falou nada, não pressionou em nenhum momento. deu meio que uma forçadinha foi o anestesista. (...) Aí o que aconteceu, demorou, demorou, não nascia a dilatação estava devagar e ele louco para que eu fizesse uma cesárea porque quando ele faz a anestesia ele tem que ficar lá, ele é responsável. E, ele ‘ah se não nascer até as 4h tu vai ter que fazer a cesárea’ . Ele que me deu uma pressionada, mas o médico o obstetra não. Ele não falou nada, não pressionou em nenhum momento.” Mãe 3, 33 anos.

“eu sentia do meu médico não uma fala contrária, mas sempre uma precaução que talvez isso não fosse possível. E, se não fosse possível a cesariana era a outra possibilidade. Eu não sentia da parte dele nenhum entusiasmo grande pelo parto normal, ele não era um defensor prévio do parto normal, como é a opção de alguns médicos, mas ele também não impunha obstáculos. Ele sempre achava que a gente tinha que esperar a hora para saber o que ia se colocar. Se seria de fato um parto normal ou uma indicação de cesariana.” Mãe 5, 43 anos.

Além das situações relatadas na decisão do tipo de parto foi relatado um exemplo de insensibilidade médica no trato de um problema de gestação:

“Eu até estava fazendo academia, fazendo aquele jumping, na cama elástica, não sabia que estava grávida e pulava três vezes por semana.(...) E, o que aconteceu também é que eu estava grávida e sem saber que eu estava grávida tomei a vacina da rubéola. Eu levei a minha filha na médica dela e comentei com a pediatra: “eu estou grávida e tomei a vacina da rubéola”. Aí, ela olhou com a cara com mais paz do mundo e disse “J. não te preocupe com isso no máximo em três meses vai

dar uma má formação fetal e tu vai perder o bebê, não passa de três meses, tu vai perder porque ele não vai resistir.” Eu e o meu marido ficamos esperando perder, cada vez que eu ia ao banheiro fazer xixi eu esperava ver aquele sanguinho, sabe? Ai procurei outra medica ginecologista, ai a gente pesquisou um monte na internet para ver a coisa da vacina e tal. A gente ficou mais tranquilos, mas como ela tinha falado, enquanto não deu três meses a gente não sossegou.” Mãe 1, 32 anos.

A percepção das mães perante as outras grávidas e a equipe que as atendeu, mostra, em alguns partos, que a opção delas não era a mais comum. O parto normal foi considerado um acontecimento nos partos da mãe 1 e 4, pois a raridade deste fenômeno nas maternidades, até então, as fez celebridades enquanto passavam para sala de parto. As mães percebem outro ritmo adotado tanto nos locais escolhidos como das mães que ali estavam para ter os seus filhos:

“E, foi muito engraçado que a sala de parto estava lotada, tinha médico, tinha umas três médicas, todos os enfermeiros estavam lá e depois eu comentei; “Nossa doutora que atenção né, quantas pessoas.” Porque elas vinham, uma queria botar a botinha outra arrumava o cabelo aqui, outra secava o suor, outra segurava na mão, e “vamos lá querida uma atenção” que tu sentia. Daí ela disse, “J. não é assim aqui, é porque foi um parto normal que é raro. Ainda mais sem anestesia. E, sem a episio. O que mais se faz aqui é cesárea, antes de você aqui não sei quantas cesáreas agente fez. Então, é tão normal que é comum, agente já sabe o procedimento, não é novidade nenhuma. Agora esse parto foi O acontecimento. Porque há muito tempo elas não vêem, ainda mais sem anestesia, ao natural. A mulher esta sentindo mesmo, estavam todos com os olhos cheios d’água, todo mundo emocionado a médica emocionada. E, quando nasceu era ai que lindo, ficou todo mundo contagiado com aquela energia, aquela força. Foi muito legal.” Mãe 1, 32 anos

“e é engraçado porque eu não entendia muito, quando elas me levaram para baixo meio que

todas as enfermeiras do Santa Helena vieram para o corredor e todo mundo falava comigo e parabéns e que legal e não sei o que e eu dizia meu deus o que está acontecendo nesse hospital e depois que a R. nasceu, no outro dia o J. conversando e ele conversa muito com as pessoas e as enfermeiras contaram que fazia 15 dias que não tinha um parto normal na Santa Helena então não era uma coisa que acontecia normalmente, que as enfermeiras estivessem acostumadas e elas estavam todas achando super legal. Uma coisa que não é muito comum dentro do Santa Helena e todo mundo achando super legal.” Mãe 4, 24 anos.

“chego na maternidade com bastante dilatação, vou para aquela sala de preparação encontro lá várias mulheres em trabalho de parto e todas dormindo tranqüilas e eu pensava: Meus Deus como pode” . Eu não conseguia ficar parada, só caminhava porque doía tanto.” Mãe 5, 43 anos.

“Foi uma experiência bem legal muito por isso de ficar conversando com as pessoas e vendo o ritmo do hospital que é totalmente diferente do que aconteceu eu cheguei as 4h da manhã com dor no hospital e era um silêncio no hospital e só dava eu gritando e eu via as outras mães devem ter ficado assustadas, pensando meu Deus o que está acontecendo porque na época não era um ritmo comum no Santa Helena, eu sei que hoje já está diferente, já se organizou um pouco para questão do parto normal, mas antes não era.(...)Só eu, eu era a única fazendo escândalo aquelas horas da madrugada no hospital e no outro dia eu fui embora e não fiquei muito lá, mas durante o dia que eu fiquei deu para ver bem claramente que todos os partos que eu vi era cesárea e que o ritmo é outro, as mulheres chegam as bolsinhas, descem, acabou. É uma coisa mais tranqüila, tranqüila no sentido de não ter aquele agito de alguém chegando no meio da madrugada e eu cheguei as 4 mais ou menos no Santa Helena a R. nasceu as 8h da manha então é bem diferente.” Mãe 4, 24

4.7. O empoderamento.

As discussões do movimento feminista que questionam as apropriações médicas do corpo feminino começaram a ser utilizadas e sua idéia de retorno ao empoderamento da parturiente.

O empoderamento da parturiente é cada vez mais discutido ao mostrar o histórico de como a classe médica tirou não só o parto das mãos das parteiras como também as decisões relevantes a ele; enquanto a parturiente deveria ser uma mulher atuante tornou-se observadora passiva, influenciada pelo(a) médico(a) e seu linguajar especializado que as levam a cederem às pressões e sugestões destes profissionais, que em sua maioria preferem a rapidez da cesariana. Muitos estudos surgiram para provar que o excesso de intervenções pode ser maléfico tanto para mãe quanto ao filho. Foi preciso trazer a discussão para o campo científico para conseguir espaço e voz na questão da humanização e destituir o pensamento hegemônico do discurso médico. E por fim tentar trazer novamente a parturiente ao empoderamento no momento do parto.

No que se refere ao empoderamento trato da autonomia, no controle total de seu corpo e decisões referentes a este em todos os momentos da gravidez e do parto. Segundo Shari³⁸ as mulheres foram convencidas que eram fracas e precisavam de remédios no auxílio ao parto, mas desconhecem até hoje os riscos destas intervenções em seus corpos. A ajuda externa foi muito bem vinda contra o sofrimento da mulher, mas perdeu a força e a importância da autonomia feminina no parto. A mulher neste rito de passagem foi esquecida estabelecendo o poder médico de soluções farmacológicas e cesáreas desnecessárias. Porém, a ciência vem mostrando que é que o medo é cultural e que há soluções naturais e eficientes quanto a dor do parto como banhos de água e mesmo a força da parturiente e seu companheiro ao assumir o poder e a frente de seu parto ao invés de ser apenas uma espectadora nas mãos dos(as) médicos(as). Ou seja, o foco central vira a mulher e não importa onde parir, mas, sim o que sentiu, se foi como escolheu e foi respeitada, proporcionando um momento no qual a mulher torna-se um agente ativo, protagonista deste evento chamado parto no qual ela escolhe onde, como e com quem parir. Pois, evidências mostram que o direito de escolha feminino, está diretamente relacionado com a satisfação na hora do parto.

³⁸ In (ECHEVERRIA, 2009)

Nas entrevistas realizadas percebo mulheres bem informadas e conseqüentemente empoderadas. Sabiam o que queriam e haviam pesquisado o que desejam. Com discursos politizados pela atenção ao parto humanizado e defensoras do parto normal, pois mesmo a mãe 5 com o seu trauma não é contrária ao parto normal, apenas não consegue realiza-lo. E, sim teve um empoderamento ao manter a sua decisão de parto cesáreo. A tranquilidade delas é algo que vem junto as informações recebidas e estudadas e espanta aos profissionais que as atenderam também, quando descrevem:

“E, com a parteira estava bem intenso, estava num contato bem forte e aí quando chegou ao final e agente se falava por telefone, pois ela morava no Campeche e eu na praia dos ingleses e ficava mais fácil ligando que ir para lá no verão. Minha filha nasceu dia 2 de Janeiro, aqui em Floripa. Com transito, calor e tal. Fica aí no teu cantinho. Aí já não estava mais trabalhando, trabalhei até o quarto mês de gravidez. Aí ela perguntou com tinha sido a consulta e tal. Já estava com um centímetro de dilatação, eu falei “não a médica falou que estava tranquilo.” A consulta foi na terça e eu falei com ela na sexta e a festa de ano novo ia ser na sexta à noite. E, ela disse então “beleza acho que vai mais uns dias e tal”. Teve a festa do ano novo, agente foi caminhando até a praia eu pulei as sete ondas comi os grãos de uva, no outro dia caminhei uns 3, 4 quilômetros. Vim até a Lagoa comer sushi, voltei. Aí domingo de manha, 6 da manha eu senti uma dorzinha, fui no banheiro me limpei e saiu uma agüinha diferente, rosinha e eu senti tipo uma cólica e voltei para cama e falei para o meu marido “senti um desconforto” ele pulou da cama e disse “ então é a hora” eu disse “ não calma, relaxa vamos voltar a dormir”. Mas, não consegui voltar a dormir aí começou. Pedi para ele começar a anotar os tempos e daí a contração já estava seguida, regular. (...)” Mãe 1, 32 anos

O espanto do médico pela calma e o grau de dilatação avançado que ela se encontrava quando entrou na maternidade:

“Chegamos lá era com o médico de plantão, já fez o toque e ele ainda falou “você tem certeza que é o teu primeiro filho?”. Eu, não eu tenho. Falou que já estava com 7 de dilatação. Vai nascer logo.” Mãe 1, 32 anos.

Segundo filho,

“Os dois nasceram no domingo, no sábado anterior agente foi para o Sambaqui ver o por do sol e fiz uma trilha, caminhei para caramba. Agente começou a fazer vários rituais, tentou encontrar os mesmos amigos antes da L. nascer, comi sushi, voltei. (...) comecei sentir ir as dores e eu liguei para ela (a médica), ela disse pode se arrumar. A malinha já estava pronta, tomei um banho e fui.” Mãe 1, 32 anos.

“Aí às 3h da manha rompeu a minha bolsa e voltei para deitar porque pelo curso eu sabia que não era tão rápido e não precisava sair correndo, ai tentei descansar um pouquinho e não consegui porque estava com dor nas costas, acordei o meu marido e falei ‘oh rompeu a bolsa’ e ele ‘ ai vamos, vamos!’ E, eu falei deixa eu tomar um banho e arrumar as minha coisas e como era madrugada do dia 1 para 2 de janeiro, tinha acabado de ser o primeiro do ano. Agente foi e estava super tranquilo, e estava todo mundo voltando da balada e agente indo para maternidade. E, chegou lá o médico disse vai ter que ficar, já rompeu a bolsa, tem dilatação .”Mãe 3, 33 anos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Não é nossa intenção defender nesse artigo uma posição anti-intervencionista, algo como “deixar a natureza seguir seu rumo”, porque este rumo pode ser a mutilação e a morte. Queremos demonstrar como soluções e técnicas precisam ser pensadas e problematizadas no interior de um conjunto de idéias e valores, que, neste caso em particular, se constituem a partir de uma visão de mundo hierárquica, na qual o gênero ocupa um lugar central como categoria do pensamento e como prática social.” (MARTINS, 2005, p. 113)

Não desejo tratar do certo ou errado, da verdade, ou de qual método de parir é o melhor. Mesmo que o parto volte a ser discutido, a campanha de humanização e o parto normal estejam na moda a realidade pode ser outra. Temos que estar cientes e preparadas para não nos deixarmos levar pelos apelos médicos e da tecnologia resultando em cesáreas desnecessárias, mas também não podemos cair no extremo da não aceitação do auxílio dos aparatos médicos e a intervenção cirúrgica quando necessária. Porém, enquanto as condições orgânicas nos permitem o parto normal, por que agendar?

A medicina não conquistou seu espaço na sociedade ocidental sozinha. Houve fatores estatais e sociais dentro do processo da cientificação da medicina no ocidente que a tornaram a principal responsável pelo o tratamento do corpo humano e conseqüentemente do corpo feminino grávido. A medicina uma vez instaurada como sinônimo de verdades decide e legitima o que é doença e o que não é. E dentro de um destes processos a gravidez e o parto tornam-se patológicos merecedores de atenção especial e de hospitalização. Atualmente vivemos a desmistificação da gravidez e do parto como algo que necessite a hospitalização e as inúmeras intervenções cirúrgicas, comprovadas muitas vezes desnecessárias. E, é neste ponto que tento chegar, não descarto em nenhum momento o auxílio médico-hospitalar na gestação e no parto, mas tento demonstrar que este não é um processo tão normal como naturalizamos atualmente. Procurei resgatar o processo de disputas entre parteiras e médicos, das mudanças de locais e mentalidades para chegarmos aos hospitais como o local exclusivo para parir. E, posteriormente junto com as entrevistas trato do movimento de retomada de outros meios de parir que não o “tradicional” em maca de

hospital e como há uma massiva divulgação destas “novas” formas de parir e muitas mulheres conhecem. Quando trato da medicalização e hospitalização do parto, não falo apenas de uma prática em ascensão, não falo apenas de profissões perdidas e/ou conquistadas. Falo da apreensão do corpo, do comportamento e da mudança de mentalidade de toda uma sociedade, a ocidental, pois o corpo feminino, de início distante dos estudos científicos e médicos pelo pudor e a moral, transforma-se num objeto a ser vigiado, estudado e descoberto. O corpo sagrado e intocável pela moral cristã torna-se objeto ao ser cientificamente estudado.

Mas, este corpo possui uma voz, uma dona e vontades. O empoderamento feminino aqui discutido junto às teorias e as falas das mulheres retrata a mudança de mentalidade de uma nova época na sociedade ocidental. No qual as mulheres assumem o papel não só de boa mãe, mas também de decisão dentro do processo de parto e este deve ser incentivado dentro dos hospitais e dos grupos de gestantes. O empoderamento deve acontecer para todas e não apenas para aquelas que possuem meios de informação ou sorte de conseguir uma equipe que se importe.

REFERÊNCIAS

[S.l.]: [s.n.].

BARBOSA, G. P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19(6), p. 1611-1620, novembro-dezembro 2003.

BARCELLOS, R. M. G. A infra-estrutura física na humanização do parto. In: RATTNER, D.; TRENCH, B. **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: Senac, 2005. p. 103-108.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: [s.n.], 1979.

BRENES, A. C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 7(2), p. 135-149, abril/junho 1991.

BRENES, A. C. Nascimento e declínio da escola de parteiras diplomadas francesas: 1802-1877. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, MG, v. 9(1), Janeiro/Março 1999.

BRENES, A. C. **Brujas, comadres ou parteiras**: A obscura história das mulheres e a ciência; dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses. Belo Horizonte, MG: COOPMED, 2005.

BRENES, A. C. História da obstetrícia no Brasil: o fracasso da Escola de Obstetrícia para Mulheres, no Rio de Janeiro, 1832. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, MG, v. 18(2), 2008.

BRENES, A. C. **Parteiras**: Escola de Mulheres. Belo Horizonte, MG: [s.n.], 2008.

BRETON, D. L. **A Sociologia do Corpo**. Tradução de Sonia M.S. Fuhrmann. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2006.

BRUM, J. L. R. **Práticas em saúde para a mulher e a criança**: retrospectiva histórica em Carasinho - RS (1931-1945). Passo Fundo, RS: UPF, 2004.

CALLEGARI, J. Guia: O bebê está chegando. **Vida Simples**, São Paulo, SP, p. 52-57, Outubro 2010. ISSN 1678-7609.

CÂMARA, A. JusBrasil, 27 Agosto 2009. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias/1791061/ministerio-da-saude-critica-projeto-de-regulamentacao-de-parteiras>>. Acesso em: 28 Agosto 2009.

CANASSA, N. S. A. **Memórias de parteiras: A trajetória profissional na maternidade Carmela Dutra (1967-1994)**. Florianópolis. 2005.

CLARK, J. N. **Health, Illness and Medicine in Canada**. Toronto: Oxford University Press, 2008.

COELHO, C. C. Breve história da mulher e seu corpo. In: COELHO, E. B. S.; CALVO, M. C. M.; COELHO, C. C. **Saúde da mulher: um desafio em construção**. Florianópolis, SC: UFSC, 2006.

DAVIS-FLOYD, R. Daughter of time: the postmodern midwife (Part 1). **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v. 41(4), p. 705-710, 2007.

DAVIS-FLOYD, R. Daughter of time: the postmodern midwife (Part 2). **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v. 42(1), p. 168-172, 2008.

DIAS, M. D. Histórias de vida: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, GO, v. 9(2), p. 474-486, Maio-Agosto 2007.

ECHEVERRIA, M. Revista Crescer. **Revista Crescer**, 2009. Disponível em: <www.revistacrescer.globo.com>. Acesso em: 2009 Agosto 2009.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE NASCIMENTO E PARTO, G. Humanizando o nascimento e o parto: workshop. In: RATTNER, D.; TRENCH, B. **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: Senac, 2005. p. 65-80.

JUNIOR, K. R. D. C. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. In: JUNIOR, K. R. D. C. **Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo, SP: HUCITEC, 2003. Cap. 6, p. 71-100.

JUNIOR, K. R. D. C. Eficácia simbólica e prática médica. In: JUNIOR, K. R. D. C. **Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo, SP: HUCITEC, 2003. Cap. 5, p. 60-70.

JUNIOR, K. R. D. C. Medicina, medicalização e produção simbólica. O trajeto histórico da medicina no Ocidente.. In: _____ **Biomedicina saber & ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo, SP: HUCITEC, 2003. Cap. 4, p. 49-59.

KNIBIEHLER, Y. Corpos e corações. In: DUBY, G.; PERROT, M. **História das mulheres no Ocidente. Vol. 3**. São Paulo: Ebradil, 1990.

KNIBIEHLER, Y. **Qui gardera les enfants? Mémoires d'une féministe iconoclaste**. Paris: Calmann-Lévy, 2007.

KRUNO, R. B.; BONILHA, A. L. D. L. Parto domiciliar na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 24(3), p. 396-407, dezembro 2004.

LARGURA, M. **Assistência ao Parto no Brasil - Aspectos Espirituais, Psicológicos, Biológicos e Sociais**. São Paulo: [s.n.], 2000.

MACEDO, P. D. O. et al. Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 13(3), p. 306-312, setembro-dezembro 2005.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Estudos Feministas**, Florianópolis, SC, v. 13(3), p. 645-665, setembro-dezembro 2005. ISSN 0104-026X.

MEYER, D. E. E. Corpo, saúde e gênero: Fragmentos de histórias sobre corpos e vidas maternas. In: COELHO, C. C., et al. **Leituras de Resistência - Corpo, violência e poder. Vol II**. Ilha de Santa Catarina: Mulheres, 2009.

MOTT, M. L. O curso de partos: deve ou não haver parteiras. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, SP, v. 108, p. 133-160, Novembro 1999.

MOTT, M. L. et al. As parteiras eram "Tutte Quante" italianas (São Paulo, 1870-1920). **História: Questões & Debates**, Curitiba, v. 47, p. 65-94, 2007.

NASCIMENTO, K. C. D. et al. A arte de partejar: experiências de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, RJ, v. 13(2), p. 319-327, abril-junho 2009.

NULAND, S. B. **A peste dos médicos - Germes, febre pós-parto e a estranha história de Ignác Semmelweis**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

ODENT, M. **A Cientificação do Amor**. 2. ed. [S.l.]: Saint Germain, 2005. ISBN 8588759020.

OMS. **Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996.

OSAWA, R. H.; RIESCO, M. L. G.; TSENECHIRO, M. A. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 25 set-out 2006. 699-702.

OSAWA, R. H.; RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém

distintas. **REBEn, Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59(5), p. 699-702, setembro-outubro 2006.

PIZINNI, F. La medicalization du corps féminin. **UFMG**, Minas Gerais, Maio 2000. Disponível em: <www.medicina.ufmg.br/dmps/nems/arquivos/francapizzini.pdf>. Acesso em: 15 Julho 2010.

RATTNER, D.; TRENCH, B. **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo, SP: Senac São Paulo, 2005.

RIESCO, M. L. G. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 6(2), p. 13-15, abril 1998.

ROHDEN, F. Histórias e tensões em torno da medicalização da reprodução. **Gênero**, Niterói, RJ, v. 6(1), p. 213-224, Primeiro Semestre 2006. ISSN 15179699.

SEIBERT, S. L.; GOMES, M. L.; VARGENS, O. M. D. C. Assistência pré-natal da casa de parto do Rio de Janeiro: A visão de suas usuárias. **Escola Anna Nery Resita de Enfermagem**, Rio de Janeiro, RJ, v. 12(4), p. 758-764, dezembro 2008.

STUDNICKA, R. L. Resgatando saberes e fazeres de mulheres que atuaram como parteira: entrelaçando educação e história da região serrana de SC. **Anped**. Disponível em: <www.anped.org.br/reunioes/30ra/GT06-3205--Int.pdf>. Acesso em: 4 novembro 2009.

THE Business of Being Born. Direção: Abby Epstein. [S.l.]: [s.n.]. 2008.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder: Análise do movimento pela humanização do parto no Brasil**. Florianópolis, SC: UFSC, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 2004.

TORNQUIST, C. S. et al. **Leituras de Resistência: corpo, violência e poder**. Florianópolis: Mulheres, v. 2, 2009.

VIEIRA, E. M. **A Medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO ENVIADO AO NDI

Prezada mãe.

Sou aluna da graduação de ciências sociais e como projeto de conclusão de curso para obtenção do bacharelado pretendo estudar as experiências do parto. Este questionário é um primeiro contato com as mães que desejarem participar das entrevistas. Peço a sua colaboração.

Nome:

Idade:

Profissão:

Quantos filhos tem?

Como foi/foram o(s) parto?(s)? ex. cesárea, normal deitada na maca, cócoras, n`água...

Onde ocorreu/ocorreram? ex. casa de parto, em casa, hospital...

O atendimento foi num estabelecimento público ou privado?

Número de telefone:

E-mail:

Muito Obrigada!

Atenciosamente,

Tatiana Akemi Kawata

Email: xxxxxxx@gmail.com

Telefone: (48) XXXXX

ANEXO 2 – EMAIL ENVIADO

Venho através deste e-mail solicitar a sua participação em meu trabalho de conclusão de curso em bacharelado em ciências sociais. A partir da aplicação dos questionários no NDI, o qual foi respondido por você, selecionei alguns para realizar entrevistas.

Gostaria de saber se estas interessada em participar dando um pouco de seu tempo para me encontrar e realizar a entrevista, relatando o processo da gestação e do parto.

Estou disponível em qualquer horário e local. Deixo a seu critério a escolha de ambos.

Qualquer dúvida podes responder este e-mail ou me telefonar no xxxx

Aguardo sua resposta.

Atenciosamente Tatiana Kawata.

ANEXO 3 - ENTREVISTA

Questões para entrevista.
Nome:
Idade:
Local de nascimento:
Formação:
Atividade profissional. Desde quando está nesse trabalho/emprego
Como veio a notícia da gravidez?
Houve algum conhecimento prévio?
Como foi a preparação para o parto?
Fez algum curso?
Leu alguma coisa?
Conversou com alguém? Com quem?
Tirou dúvidas?
Sentiu em algum momento influência médica na decisão tomada? Ou alguma pressão pela escolha?
Quais eram as expectativas? Os medos?
Como gostaria que fosse o parto?
Conhecia as alternativas? Quais?
Como aconteceu a escolha da forma de partear? Esta, se manteve? Por quê?
Como foi a gravidez? Teve algum problema? Algo a preocupou?
Onde pariu? Como e quando?
Quanto tempo de gestação?
Foi diferente do esperado? Por quê?
Teve alguma decepção?
O que influenciou nesta escolha?
Quem mais te ajudou/apoiou no processo do parto?
Quais as percepções póstumas. O que conhecem hoje, o que mudariam se mudariam alguma coisa de seu parto. Sabem mais de alguma coisa que faria mudar a decisão ou não decisão?