

Não imprima esta página, ela
está aqui somente para forçar o
Word a colocar a primeira página
à direita

Raphaela Rezende Nogueira Rodrigues

O parto é nosso: Autonomia, poder simbólico e violência no parto humanizado sob a perspectiva de médicos humanistas em Florianópolis, SC.

Trabalho de Conclusão de Curso
submetido ao Programa de
Sociologia Política da Universidade
Federal de Santa Catarina para a
obtenção do Grau de Bacharel em
Ciências Sociais

Orientador: Prof. Dr. Jacques Mick

Florianópolis
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rodrigues, Raphaela Rezende Nogueira

O parto é nosso: Autonomia, poder simbólico e violência no parto humanizado sob a perspectiva de médicos humanistas em Florianópolis, SC. [tcc] / Raphaela Rezende Nogueira Rodrigues ; orientador, Jacques Mick - Florianópolis, SC, 2013.

143 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Graduação em Ciências Sociais.

Inclui referências

1. Ciências Sociais. 2. Parto Humanizado. 3. Autonomia. 4. Poder Simbólico. 5. Violência. I. Mick, Jacques. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Ciências Sociais. III. Título.

Raphaela Rezende Nogueira Rodrigues

O parto é nosso: Autonomia, poder simbólico e violência no parto humanizado sob a perspectiva de médicos humanistas em Florianópolis, SC.

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Bacharel, e aprovado em sua forma final pelo Programa

Florianópolis, 1 de março de 2013.

Prof., Dr. Tiago Bahia Losso
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof.Dr. Jacques Mick
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a,Dr.^a Carmen Susan Tornquist
Universidade Estadual de Santa Catarina

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

Para Alice

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao meu orientador Jacques, sem o qual certamente esse trabalho de conclusão de curso não se realizaria. Não só por auxiliar-me corrigindo e comentando, mas principalmente pelo apoio. Sem o incentivo dele e da querida Cibele, em meio à conversas sobre esse mundo de descobertas que é ter filhos, eu não teria nem começado.

Agradeço aos grandes amigos que me deram uma ajuda gigantesca cuidando da minha filha quando eu precisava entrevistar alguém, por me ajudar a espairecer com uma tarde cheia de comidas gostosas e banho de mar, por abrigarem a mim e a Alice nessa época da defesa. Adri e Sanjay, podem contar comigo para tudo, inclusive ser a “doula amiga” do bebê que um dia virá. Mártin, você sempre com conversas mirabolantes e engraçadas, é o dindo e eu também agradeço à você, pois é meu amigo e mesmo sumido, está comigo. Vickers, também não esquecerei da carona da maternidade até a minha casa. Pri, vermelha favorita, eu te adoro. Cris e seu pequeno grande coração, sentirei saudades. Lucas e Tiago, obrigada pela vida musical.

Agradeço também aos professores Márcia Grisotti, Elizabeth Farias, Mirian Hartung e Theophilos Rifiotis pelo incentivo ao longo da minha graduação. Agradeço à Fátima, que sempre puxou minha orelha e me apoiou quando decidi finalizar o curso. Agradeço também a disponibilidade e gentileza dos entrevistados para esse tcc.

Agradeço aos amigos Thaila e Catatau, que apesar da distância que nos separam, não deixaram que isso acabasse com tantos anos de amizade. Juceli, também agradeço à você, pois sempre me ajudou, desde quando eu era uma criança magrela que adorava as aulas de artes.

Eu costumo dizer que quando a maternidade entrou pela porta, os amigos fugiram correndo pela janela. Mas a

maternidade também me trouxe excelentes amizades, com quem aprendi e aprendo, sempre vendo que há uma forma amorosa, respeitosa e alternativa de cuidar dos filhos. Agradeço às amigas Nina Edna, Camila Prando, Gabi Z., Carol, Duda e Mari.

Amigas tão boas como vocês, não há: Luzinete, Mari Elis, Mari Rovida, Kelly, Thais, Guísella, Marla, Talita e Patrícia. Estiveram comigo em todo o processo de criação desse trabalho, algumas desde a época da gravidez e puerpério. Como poderia sem o amor e a companhia de vocês? São mais do que amigas, são irmãs. São exemplos que mostram que há muita gente maravilhosa nesse mundo.

Agradeço também aos meus pais, pelo auxílio financeiro que permitiu que eu fizesse alguns anos de curso e por tentarem respeitar a minha decisão de fazer o que eu queria, mesmo que diferente do que vocês quisessem para mim. Agradeço à minha mãe, que sempre cuidou com carinho da minha filha quando eu precisava estudar, com seu jeito tão amoroso. Agradeço à minha amada avó, que sempre acreditou em mim e sempre sonhou com o dia que eu me formaria. Que cuidou do nosso “presente” quando eu precisava estudar, nos servindo uma comida tão gostosa, o café perfeito e as mais diversas histórias e canções. Minha prima Ju (e dinda amada da Alice) e meu tio Leo, amo vocês.

Agradeço também, (entre os últimos só para você ficar pensando que esqueci) ao Clebson, meu companheiro, amigo e amante, que nunca, em nenhum momento duvida que sou capaz de qualquer coisa que eu pretenda. Que fez todo o possível alcançável para que eu pudesse terminar esse trabalho e realizasse aquilo que eu desejava. Até diria que agora podemos jogar Zelda, mas vamos sair e brincar com a cria!

Por fim e mais importante, eu agradeço a oportunidade de ser sua mãe, doce Alice. Você, *pequena folha trazida pelo vento da vida*, revolucionou minha existência, iluminou meu dia, despertou minhas noites, encheu-me de sonhos e mudanças

internas. Quando em meu colo, sinto que embalo também a criança que fui. E nessa dança da vida, eu só posso ser eternamente grata por observar o seu crescimento, tentando ao máximo não interferir, só ficando ao lado para te amparar quando você mesma pedir. E *sigo como encantada ao lado teu.*

“Gracias a la vida que me ha dado tanto”

Todos sabemos que cada dia que nasce é o primeiro para uns e será o último para outros e que, para a maioria, é so um dia mais.

(José Saramago, 2002)

RESUMO

O objetivo deste trabalho é pesquisar a autonomia da mulher em trabalho de parto e parto, sob atendimento humanizado em Florianópolis, a partir de entrevistas com quatro obstetras reconhecidos por atender dessa forma. Os focos da análise foram a existência ou não de autonomia feminina durante o trabalho de parto e parto e como ela ocorre; o poder simbólico dos profissionais de saúde quando exercido sobre as mulheres; e a violência física e simbólica inscrita no tratamento que a mulher recebe. Os conceitos elaborados por Bourdieu foram utilizados nessa pesquisa, entre eles, *habitus*, campo, poder simbólico e violência simbólica. Boltanski foi utilizado principalmente no que concerne à formação da medicina enquanto saber e fonte de repressão. Sobre a humanização do atendimento, Tornquist e Diniz dão o aporte a respeito do atendimento no Brasil. Concluimos que nem mesmo em um hospital humanizado há garantia de autonomia para a parturiente, nem de relações sem violência. Tais condições são mais comuns quando a grávida tem suporte financeiro que a permita contratar uma equipe ou quando opta por um parto em um ambiente extra hospitalar.

Palavras-chave: Parto Humanizado, Autonomia, Poder simbólico, Violência

ABSTRACT

The objective of this study is to investigate the autonomy of women during labor and delivery, analyzing interviews performed with four obstetricians which dispense a humanized care in the city of Florianópolis - SC. The main points of the analysis are the existence or not of woman's autonomy during labor and delivery -- and how it happens --, the symbolic power exerted by health professionals over the women, and the physical and symbolic violences imbued on the treatment dispensed to the women. Some concepts developed by Bourdieu are employed, like *habitus*, field, symbolic power and symbolic violence. Concepts due to Boltanski are used mainly when analyzing the medical practice as a source of knowledge and repression. Regarding humanized care in Brazil, Tornquist and Diniz are used. The main conclusions are that even in hospital with humanized care, there are no assurance of autonomy to the women in labor or delivery, nor of relations absent of violence. Such conditions are more common when the patient have a better financial support to hire a team and chooses for a delivery outside a hospital.

Keywords: Humanized childbirth, Autonomy, Symbolic Power, Violence.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CFM – Conselho Federal de Medicina

CO – Centro Obstétrico

CRM – Conselho Regional de Medicina

EPISIO - Episiotomia

MBE – Medicina Baseada em Evidências

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHPN – Política de Humanização do Pré-natal e Parto

REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO DO TEMA.....	21
1.1 O PARTO NO BRASIL	24
2. PERCEPÇÕES DOS MÉDICOS SOBRE O ATENDIMENTO ÀS GRÁVIDAS	39
3. AUTONOMIA, PODER E VIOLÊNCIA	59
3.1 AUTONOMIA	59
3.3 VIOLÊNCIA FÍSICA E SIMBÓLICA	108
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERÊNCIAS	139

1 INTRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO DO TEMA

Essa pesquisa tem como objetivo analisar a autonomia da mulher em trabalho de parto e parto, cercada por relações de poder e violência simbólica, a partir de entrevistas com médicos obstetras reconhecidos por sua prática como “humanizados”, na cidade de Florianópolis (SC).

Antes de me estender com explicações sobre critérios de análise, metodologia e referenciais teóricos, preciso me posicionar enquanto pesquisadora iniciante no assunto. A escolha do tema – parto – aconteceu por eu mesma ter passado pelo processo de parturição. Como mulher grávida que tentava entender um pouco da realidade obstétrica brasileira, descobri que poderia parir de forma diferente daquela como eu havia nascido – um chamado “parto Frank”, com episiotomia, ocitocina sintética e Kristeller¹. Ao longo da gravidez, eu me armei de argumentos e procurei por profissionais que atenderiam a minha expectativa sobre uma forma de nascer que considero mais respeitosa. O parto seria domiciliar, mas após transferência ele ocorreu em um hospital-escola reconhecido como humanizado pela possibilidade de um parto vertical, índices baixos de episiotomia, admissão de

1 Episiotomia (AMORIM, 2012) é uma incisão do períneo para ampliar o canal de parto. Em 1847, Dubois sugere que seja feita uma incisão oblíqua no períneo, mas as taxas de infecção eram altas e a prática só retorna no século XX. Sem nenhum estudo prévio sobre o assunto, somente refletindo o paradigma vigente – corpo feminino como defeituoso e carente de intervenção –, a episiotomia é feita com a crença de que protegeria o assoalho pélvico. As recomendações atuais são de realizar o procedimento em no máximo 10% dos partos, mas esse número está longe de ser alcançado. A manobra de Kristeller está indicada pela Organização Mundial de Saúde como uma prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada. É uma pressão exercida no fundo do útero visando empurrar o bebê pela vagina. A ocitocina sintética usada de forma rotineira é prejudicial, mas se usada em situações necessárias é extremamente importante.

acompanhante, incentivo ao contato pele a pele e amamentação logo após o nascimento. O parto e o nascimento aconteceram de forma esperada – um parto de cócoras sem intervenções desnecessárias -, mas de forma alguma o processo foi respeitoso comigo ou com a minha recém nascida filha. Entramos para as estatísticas de partos bem sucedidos realizados, que corroboram a identidade daquela maternidade, porém o tipo de violência que sofremos – verbal, sucessivamente, durante todo o atendimento – não é visível².

Como diz Miriam Grossi (1992), a própria história do(a) pesquisador(a) interfere na maneira de ver o objeto. De modo a confirmar e reconhecer meu lugar, não posso dizer que não sinto empatia ou indignação com os relatos de parto lidos ou coletados (provavelmente é impossível que alguém não sinta nada), mas, como diz Bourdieu (2003),

Não há nada menos neutro socialmente que a relação entre o sujeito e o objeto. O importante é, portanto, saber como objetivar a relação com o objeto de maneira que o discurso sobre o objeto não seja uma simples projeção de uma relação inconsciente ao objeto.

Como as mulheres em parto ou trabalho de parto são tratadas nos hospitais ditos humanizados? Há de fato respeito à autonomia da mulher, a sua vontade em relação aos diversos aspectos do parto? Para contribuir na resposta a essas questões,

² Como fui para o hospital após a transferência do atendimento domiciliar, fui tratada de forma violenta, tanto por meio de sucessivos toques, descaso e desprezo na forma como falavam comigo, além das abordagens violentas. Tudo isso por ter tentado parir em um ambiente extra hospitalar.

inicialmente esta pesquisa pretendia realizar observação participante dos atendimentos a mulheres dentro da Maternidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Na banca de qualificação do projeto de TCC, pensando-se na viabilidade da pesquisa em prazo curto, sugeriu-se a realização de entrevistas com os profissionais – médicos obstetras – reconhecidos por sua prática humanizada, seu *habitus*. Como eles percebem o tratamento dado à autonomia das mulheres?

Em Florianópolis há cinco obstetras reconhecidos como portadores de uma prática humanizada. Entrei em contato com todos e consegui realizar a entrevista com quatro deles. (O único com quem não consegui conversar tinha agenda inteiramente incompatível com os meus horários disponíveis.) As entrevistas foram semidirigidas, com um roteiro de perguntas concebidas previamente. Conforme as respostas, algumas questões foram canceladas e outras incluídas.

O roteiro de entrevista foi dividido por temas: a formação universitária, as percepções em relação à humanização do parto e à instituição hospitalar, o parto, a autonomia da mulher em trabalho de parto e parto, a violência simbólica e as relações de poder entre os agentes. Usei o recurso da gravação em todas elas.

Com a análise das respostas obtidas nesse trabalho, não espero de forma alguma dar respostas conclusivas sobre os assuntos abordados, mas abrir o campo de análise e questionamentos, para que o tema seja ainda mais estudado, para assim, contribuir com uma mudança no cenário obstétrico brasileiro atual.

Mais detalhes sobre a metodologia da pesquisa e o perfil dos entrevistados encontram-se no próximo capítulo. O capítulo terceiro apresenta e analisa as percepções das fontes sobre a autonomia da mulher e as relações de poder e violência simbólica no atendimento de trabalho de parto/parto. O último capítulo reúne considerações finais e sugestões de pesquisa. Este capítulo introdutório terá, a seguir, uma seção que detalha a relação entre

humanização do parto e o respeito à autonomia da mulher.

1.1 O PARTO NO BRASIL

O parto³ sempre foi um rito feminino em sua essência. Mulheres pariam com o auxílio de outras mulheres, fossem elas parteiras reconhecidas na comunidade ou com o a companhia e apoio de mãe, tias, irmãs ou comadres que tiveram partos fáceis. O acesso masculino era totalmente negado.

A grosso modo, podemos dizer que principalmente com o cristianismo e o crescente poder dado aos médicos, o que era um evento dominado por saberes femininos, passa aos poucos a sê-lo pelo masculino. A obstetrícia moderna tem raízes no pensamento mecanicista do século XVII, deste modo, o parto (assim como todo o universo) seria comandado por leis previsíveis que poderiam ser descobertas pela ciência e, portanto, controladas pela técnica. No final do século XVI, o fórceps⁴ é inventado pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain, instaurando um marco da intervenção masculina no parto, por ser vedado a parteiras, de uso exclusivamente médico.

Começa o declínio dos atendimentos prestados por parteiras e comadres e o enaltecimento da obstetrícia como uma disciplina de caráter técnico, dominada pelo masculino. O homem, a quem nunca fora permitido presenciar um parto – tanto por serem somente mulheres que conheciam o processo, como por pudor destas em mostrar os órgãos genitais –, passa não só a acompanhá-lo, como, pouco a pouco, a comandá-lo.

³ Esse capítulo pretende explicar sobre o parto de modo generalista, posto que o assunto é vasto e não pode ser explicado de forma linear. Para que a análise fosse mais fiel e abrangente, seria necessário um trabalho somente sobre o assunto.

⁴ O fórceps é composto por duas pinças que são inseridas no canal vaginal para ajudar na extração do feto.

Assim, a história da medicina, pelo menos há um século, é a história de uma luta contra os preconceitos médicos do público e, mais especificamente, das classes baixas, contra as práticas médicas populares, com o fim de reforçar a autoridade do médico, de lhe conferir o monopólio dos atos médicos e colocar sob sua jurisdição novos campos abandonados até então ao arbítrio individual, tais como a criação dos recém-nascidos ou a alimentação. (Boltanski, 1989, p 15)

A partir da metade do século XIX o discurso é em defesa do hospital como o lugar do parto. Essa transformação ocorre de forma lenta e gradual, ganhando impulso após a segunda guerra mundial.

O modelo de assistência médica é baseado na concepção iluminista de que o corpo pode ser compreendido como uma máquina e o médico, como aquele que a manipula e conserta caso necessário. Se o corpo é uma máquina, o parto é o produto da extração/expelimento do bebê pelas contrações uterinas. Portanto, não há espaço para assimilações emocionais, nem para a possibilidade de ser um evento mais familiar, muito menos para aceitar que próprio ambiente possa atrapalhar o andamento do parto pelo medo e desconforto desencadeado na mulher.

A hospitalização do parto e nascimento não foi simples, pelo contrário: foi um processo conflituoso. Essa ida para o hospital foi lenta e gradual, por vários motivos: a construção do hospital como um local de cura aconteceu lentamente, pois diversas doenças eram transmitidas dentro do hospital (como a chamada febre puerperal, que aumentou a mortalidade de mães e bebês quando comparado com os partos domiciliares), além de questões culturais, como o auxílio das parteiras da comunidade e o pudor das mulheres em mostrar a genitália para um médico

homem.

A ideia de 'natureza feminina' insere todas as mulheres em um padrão que deve ser esperado no que tange a capacidade reprodutiva, a menstruação e amamentação. Como o corpo feminino é, na compreensão cristã, um corpo falho se comparado ao masculino, o argumento de "natureza feminina" serve para justificar essas falhas.

Por outro lado, as concepções sobre o corpo feminino relativas às raízes de sua medicalização, embora tenham se transformado, em outro sentido permanecem inalteradas, ou seja, arraigadas às suas origens. Tal é o caso da redução da condição de sexo à sua condição orgânica, entendendo-se esta, em última instância, como condição 'natural', essência própria e intrínseca do corpo das mulheres, o que transforma a dimensão social do corpo em elemento naturalizado. (Vieira, 2008, p. 27)

De acordo com Vieira (2008), a medicalização do corpo feminino se estabelece no século XIX, quando há uma exaltação da maternidade, que entra nos objetos de estudo e interesse da medicina. O discurso médico da época começa a colocar em dúvida se as parteiras tradicionais eram competentes ou não.

A obstetrícia era considerado um campo inferior dentro da prática médica. Por ser um ofício tradicionalmente feminino, os médicos pouco tinham acesso às práticas das parteiras; desta forma, quando a obstetrícia começa a se institucionalizar, muitos saberes empíricos se perdem.

De acordo com Progianti (2001), a medicalização do parto no Brasil ganha impulso, entre outros motivos já abordados, com a influência da Igreja que visava extinguir as parteiras, conhecidas pelo uso de ervas (inclusive abortivas) e o crescente

poder dado aos médicos.

Enfim, o poder médico, que da mesma maneira que o poder religioso, sempre teme ver uma autoridade concorrente levantar-se contra ele, só pode ser plenamente exercido fazendo de seus sacerdotes os detentores de segredos inacessíveis aos profanos. (Boltanski, 1989, p 47)

Para que o domínio médico seja efetivo, é preciso que haja uma despersonalização dos pacientes. Essa despersonalização é presente no parto a partir do momento em que um evento familiar – no qual a mulher tinha companhia, usava suas próprias roupas e acessórios, tinha liberdade de movimentos – passa a acontecer no hospital, onde ela não tem acompanhante conhecido, é despida de tudo que lhe é pessoal, incluindo seu próprio nome e passa a obedecer a comandos médicos, estes que por sua vez formavam-se presenciando poucos partos, logo possuíam menos experiência se comparados às parteiras tradicionais (Progianti, 2001).

A arte de partejar fora milenarmente constituída como saber-poder-fazer feminino, rico em conhecimentos populares, orientado pela intuição e pela experiência vivida no cotidiano. Não obstante, no contexto do processo de medicalização da sociedade, tal prática foi transformada em saber-poder-fazer masculino. Segundo a lógica da ciência vigente, o saber feminino foi considerado um falso conhecimento, que precisava ser rompido por um saber masculino, rico em conhecimentos bio- tecnológicos, seguindo os métodos da ciência racional (Progianti, 2001, p46).

As mulheres não necessariamente têm o papel de vítimas nessa situação, pois as reformistas das classes média e alta com suas ideias progressistas, desejavam alterar as condições femininas da época, como correr riscos e sentir dores durante o parto (Progianti, 2001). Com o Estado Populista, a massa trabalhadora também passa a reivindicar o direito ao acesso a hospitais e médicos, que é um sinal evidente de modernidade.

As parteiras perderam espaço para enfermeiras diplomadas, que por sua vez sempre se mantiveram em segundo plano dentro do campo hospitalar quando comparadas aos médicos.

Assim, julgo estar demonstrada a hipótese de que da luta simbólica travada entre parteiras, médicos e enfermeiras diplomadas, no processo de hospitalização do parto normal, a parteira perdeu espaço e posição em relação à arte de partejar; o médico ganhou o monopólio do parto hospitalar e o controle do campo; e a enfermeira diplomada obteve uma vitória sobre a parteira com quem competia pelas posições administrativas na instituição hospitalar. (PROGIANTI, 2001, p. 138-139)

A partir de 1832, os cursos de parteiras foram anexados às escolas de medicina. Desta forma, o trabalho passa a ocorrer em hospital e não mais na comunidade – local no qual a parteira detinha maior capital simbólico – e sob o controle do médico, que dentro da instituição possuía um maior poder simbólico (Brenes, 2008, p 141- 147).

O parto, que era conhecido entre os médicos como um evento de caráter violento físico e sexualmente, “uma espécie de estupro invertido” (Diniz, 1997), recebe a solidariedade da

obstetrícia, masculina e cirúrgica, que terá soberania sobre o corpo da mulher e o ato de parir, desse modo, pretende auxiliá-la.

O termo “humanizar foi utilizado por Fernando Magalhães na década de 20 e pelo professor Jorge de Rezende, na metade do século XX. Ambos defendiam a narcose e o uso de fórceps como humanizador da assistência ao parto (Diniz, 2005, p. 628).

Desenvolvido na Alemanha e levado para diversos países no início do século XX, o método chamado “twilight sleep” ou “sono crepuscular”, fazia com que a mulher não sentisse dor e nem tivesse lembranças do acontecido, o que foi considerado uma revolução na vida das parturientes⁵. Mulheres de classe alta e média tinham seus filhos enquanto estavam inconscientes, dopadas com morfina e escopolamina⁶, o uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto e o fórceps para a retirada do bebê eram comuns, além de serem amarradas na cama⁷. A intenção era retirar completamente as temíveis dores do parto, evento tão violento e perigoso para a mulher. Esse modelo foi abandonado após décadas, pois a morbimortalidade materna e perinatal tinha níveis inaceitáveis. Se o parto é um evento violento, as intervenções sempre serão encaradas como uma forma de aliviar

⁵ A utilização dessas drogas combinadas fez com que a Obstetrícia (antes uma categoria médica diminuída por não “fazer nada”, *obstare*.) tivesse um maior reconhecimento. Em uma declaração ao *The New York Times*, uma mulher diz que lembra da anestesia e não pode afirmar que aquele bebê é realmente dela. “The next thing I knew I was awake [...] and then I thought to myself “I wonder how long before I shall begin to have the baby,” and while I was still wondering a nurse came in with a pillow, and on the pillow was a baby, and they said I had had it—perhaps I had—but I certainly can never prove it in a courtroom.”

⁶ Morfina é um narcótico do grupo dos opiáceos, usado para tratar dor. A escopolamina age no Sistema Nervoso Central, causa alucinações e perda de memória.

⁷ A escopolamina causa perturbações, deixa a pessoa violenta. As mulheres eram amarradas para evitar que se machucassem em meio a alucinação causada pela droga. Eram colocadas tendas para proteger sua integridade.

tamanha dor.

De acordo com Diniz (2005), mesmo que esse modelo de intervenção exacerbada tenha sido abandonado, foi substituído por um no qual a utilização de drogas era menor – até que sejam utilizadas as anestésias mais seguras- e a mulher fazia um pouco mais de parte do processo, posto que mesmo submetendo-se ao poder médico, ela pode pelo menos ter a certeza de que pariu.

Essa autora aponta que o corpo feminino que antes precisava de tutela, passa a ser descrito como preparado para parir na maioria das vezes, sem necessárias intervenções.

O nascimento por via vaginal, que era visto como um perigo para o bebê, é considerado como necessário e benéfico à transição para a vida fora do útero. O parto volta a ser um evento de certo modo, familiar e pessoal.

De evento medonho, o parto passa a inspirar uma nova estética, na qual estão permitidos os elementos antes tidos como indesejáveis – as dores, os genitais, os gemidos, a sexualidade, as emoções intensas, as secreções, a imprevisibilidade, as marcas pessoais, o contato corporal, os abraços. (Diniz, 2005, p 630)

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) é um movimento médico cuja base é a aplicação do método científico em toda prática médica⁸. A MBE vem para ampliar e legitimar os discursos que visam mudar práticas consideradas retrógradas e não baseadas em ciência. Em 1993 é criada a REHUNA (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento), uma organização da sociedade civil que visa divulgar a assistência baseada em evidências. Auxiliou a estruturação do movimento de

⁸ Adota técnicas como meta-análises, análise de risco-benefício, experimentos clínicos aleatorizados e controlados, entre outras.

humanização do parto e nascimento no Brasil. A rede Parto do Princípio, com mais de 250 mulheres cadastradas, foi criada por usuárias, pesquisadoras, profissionais de saúde, entre outras, para agir em prol do parto normal. Em 2006, entrou com uma ação no Ministério Público de São Paulo contra o excesso de cesarianas, defendendo o parto normal e humanizado.

Em 2000 foi lançada pelo Ministério da Saúde uma proposta de humanização dos serviços de saúde no que diz respeito a gravidez, parto e puerpério, chamada PHPN (Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento). A humanização do parto e nascimento visa garantir que a parturiente tenha autonomia, não sofra nenhum tipo de violência e receba tratamento baseado em evidências científicas, não em atitudes que persistem por serem tradicionais⁹.

O modelo de humanização do parto pressupõe que segurança não é sinônimo de intervenção e tecnologia. Ao contrário, na assistência ao parto, na maioria das vezes segurança e expectância são uma e a mesma coisa, sendo o modelo tecnocrático muito mais ritualístico do que científico. (MAIA, 2008, p 46)

A humanização propõe uma alteração no campo obstétrico. A prática médica que no exercício de seu poder simbólico, não visava informar a paciente dos procedimentos (pois a estava beneficiando), deve agora garantir autonomia da mulher, que poderá fazer escolhas informadas.

⁹ A humanização abarca diversas áreas, como por exemplo o atendimento ao recém nascido prematuro, com o chamado “mãe canguru”, que visa deixar o bebê o máximo de tempo em contato direto com a mãe, não mais em encubadoras.

As recomendações que se orientam por este novo paradigma, ao mesmo tempo baseado na evidência empírica e nas novas tendências nas relações entre profissionais e pacientes, postulam a centralidade do direito à informação e à *decisão informada* nas ações de saúde. Isto implica uma mudança importante na concepção de relação médico-paciente, pois supõe que a decisão deva ser compartilhada entre os envolvidos, ao invés de decidida de forma unilateral pelo profissional e pela instituição que presta a assistência. (Diniz, 2001, p 7)

De acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde, no parto normal deve sempre existir uma razão válida para intervir. O objetivo de se prestar assistência é que mãe e bebê estejam saudáveis e que o menor nível de intervenções ocorra.

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

freqüência acarretam maiores riscos para ambos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2002)

Apesar do PHPN ter sido lançado em 2000, ainda existe relutância em aceitá-lo. De acordo com Busanello et al,

Apesar dos avanços na implementação da proposta do PHPN, ainda existem entendimentos distorcidos acerca da humanização do parto. De acordo com o estudo A¹⁰, os profissionais admitem que esse programa favorece a melhoria da assistência à parturiente, porém o consideram uma imposição das instituições. [...] O desconhecimento da equipe profissional acerca das diretrizes do PHPN foi evidenciado em uma investigação realizada em um hospital de Santa Catarina¹¹. Duas hipóteses foram ressaltadas pelos autores, quais sejam, a atuação de trabalhadores não sensibilizados para a importância da atenção humanizada e o não reconhecimento, por parte destes, do parto humanizado como um dever profissional e como um direito das mulheres (BUSANELLO et al, 2011, p 172)

A conclusão desses autores é que apesar do Ministério da Saúde investir na implementação de medidas que humanizem o tratamento nos serviços de saúde, somente a criação dos programas não é suficiente para garantir que sejam efetivos. Há

¹⁰ Castro JC, Clapis MJ. Parto Humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência do parto. Rev Latino-am Enferm. 2005;13(6):960-7.

¹¹ Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. Cienc. saude colet. 2005; 10(sup): 221-30

que se trabalhar diretamente na formação dos profissionais de saúde, seja por via acadêmica ou por capacitações.

Esperar-se-ia que a universidade fosse o locus da busca do saber e do conhecimento, e que estas instituições incorporassem rapidamente as práticas baseadas em evidências científicas ao ensino, assistência e pesquisa. Ocorre que essas práticas foram inicialmente adotadas e disseminadas em serviços públicos do SUS e, paradoxalmente, um dos grandes focos de resistência para sua efetiva adoção é a academia: catedráticos de medicina de importantes universidades têm publicado, na mídia, editoriais desqualificando as propostas de humanização do MS. (Rattner,2009, p. 764)

Rattner cita uma pesquisa etnográfica (Hotimsky, 2007) feita em duas escolas de medicina de São Paulo, nas quais tentou-se verificar como são articuladas as competências técnicas e científicas com o cuidado e a relação com a parturiente no ensino teórico e prático. Identificou-se que as decisões sobre as condutas não eram compartilhadas com as mulheres, que sequer eram informadas a respeito.

Esse paradoxo refere-se à transmissão de conteúdos não cientificamente embasados, mas, sobretudo, ao modelo de formação profissional carente em transmissão de valores humanistas. (Rattner, 2009, p 764)

Nos últimos 20 anos, houve uma melhora significativa nos indicadores de saúde em relação às mulheres, no entanto, não ocorreu uma diminuição compatível nas taxas de mortalidade

materna.

Não necessariamente a liberdade de movimentos, não realizar procedimentos como enema, tricotomia e episiotomia de rotina, dar a possibilidade de parir em posição vertical são garantias de um tratamento humanista. Tornquist, em sua pesquisa no Hospital Universitário da UFSC, faz algumas observações pertinentes para essa questão:

A expressão de certas emoções relativas ao parto tem contornos bem definidos dentro do CO¹²: enfrentamento adequado da dor supõe a evitação do escândalo, da gritaria, das expressões de desespero, descontrole e descompensação, este último sendo o termo preferido pela equipe. Este comportamento ideal é compartilhado pela equipe e pacientes, no entanto nem sempre estas mantêm-se nos limites destas expectativas. [...]Uma mulher que ultrapassa os limites do comportamento esperado será chamada de descompensada e responsabilizada pela promoção de estresse no ambiente. Estas situações geram forte tensão entre os profissionais e levam, não raro, a mudanças no andamento do parto: são tomadas decisões imprevistas, tanto em termos de aceleração do trabalho de parto, quanto ao tipo de parto. A descompensação remete a este estado de desequilíbrio e perda da consciência, fazendo eco a outra das categorias muito utilizadas pela equipe médica, que é o termo mãezinha.(TORNQUIST, 2003, p. S424)

Podemos perceber que há uma alteração no tratamento

¹² Centro Obstétrico

conferido à mulher, que não necessariamente se dá por questões fisiológicas, mas por tensões existentes no momento do trabalho de parto e parto, essas que orientam a conduta do profissional de saúde. Portanto, se existem tensões e atitudes que alteram as ações dos profissionais de saúde de forma que estes ajam não baseados em evidências científicas e sem respeito à autonomia da paciente, quer dizer que as mulheres não são vistas como indivíduos que devem ser tratados de forma única e respeitosa.

Alterou-se o paradigma –do tratamento tecnocrático para a “humanização”- , porém as mulheres continuam sendo tratadas de forma desrespeitosa, não raro violenta. A estatística oculta os dados que só são percebidos vivenciando o que acontece dentro do Centro Obstétrico.

O importante a reter aqui é que as situações de descompensação são justamente aquelas nas quais o respeito ao processo fisiológico da mulher e a suas decisões é substituído pela decisão médica convencional: sem explicações, sem margem de negociação, com desqualificações e infantilização das parturientes. São sempre as situações nevrálgicas que suscitam desrespeito aos diretos e violência simbólica. As dificuldades de enfrentar as situações de descompensação (ou de expressões inusitadas de dor e de sofrimento) por parte da equipe, a dificuldade de reconhecimento das mesmas e a tomada de decisões precipitadas por dificuldades de negociação entre os sujeitos envolvidos, não é de modo algum insignificante para uma instituição que pretende respeitar os direitos das mulheres. Percebe-se o quão mais complexo do que mensurar o tipo de partos e as rotinas institucionalizadas é a avaliação qualitativa

da assistência oferecida: a escuta da dor – ou seja, o respeito às suas expressões. (Idem, op. cit)

A autora conclui que, se as mulheres atendidas não forem tratadas como indivíduos e se perpetuar a violência simbólica, visto que os médicos possuem a competência legítima dentro da instituição, essas medidas que visam humanizar o atendimento serão como procedimentos técnicos, justamente o que se tenta combater.

2. PERCEPÇÕES DOS MÉDICOS SOBRE O ATENDIMENTO ÀS GRÁVIDAS

Para esta pesquisa, entrevistamos os profissionais – médicos obstetras – reconhecidos em Florianópolis (SC) por sua prática humanizada, seu *habitus*, sobre como percebem o respeito à autonomia da mulher em trabalho de parto/parto e as relações de poder simbólico e violência que cercam o atendimento. Bourdieu define *habitus* como uma condição imanente, o produto de uma internalização de condições históricas e sociais que o indivíduo viveu ao longo de toda sua trajetória pessoal e social. Neste capítulo, vamos observar algo dessas trajetórias.

Do total de cinco profissionais que se encaixam nessa categoria - duas mulheres e três homens -, as entrevistas foram feitas com quatro, duas mulheres e dois homens. Não consegui entrevistar um dos profissionais, entre novembro e dezembro de 2012, a despeito de inúmeras tentativas, em função da intensa carga de trabalho que ele tem. Apesar de passar três semanas ligando todos os dias, até o ponto de ser chamada de “perseguidora”, não persequi o suficiente.

A primeira entrevista foi marcada pela internet já para o dia seguinte, com a maior facilidade. Fui até a casa da profissional, tomamos café, conversamos sentadas no sofá com o cachorro e o gato brincando a nossa volta. Foi a entrevista mais tranquila, apesar de ser a primeira. A entrevistada me emprestou diversos livros, enviou artigos por e-mail, foi a pessoa com quem consegui ter uma afinidade imediata.

A segunda entrevista também foi marcada pela internet e com facilidade, para ser realizada em uma sala da UFSC. Contudo, no arquivo eletrônico em que essa entrevista foi gravada ocorreu um erro que fez com que o registro se perdesse e ficasse impossibilitada a recuperação. A transcrição foi reconstituída de memória, em forma de discurso indireto, no qual reproduzi o que apreendi das respostas da entrevistada.

A terceira entrevista também foi fácil de marcar, e aconteceu no posto de saúde da Lagoa da Conceição. Saímos para tomar um suco e voltamos para a entrevista, que foi aquela em que eu mais me senti perdida, pois a linha de raciocínio era bem diferente da clareza e objetividade que, no senso comum, esperasse de um médico. Na verdade, o próprio entrevistado dizia que queria perder o diploma de Medicina e se assumir como curandeiro. Foi uma entrevista leve e engraçada, ainda que realmente confusa, porque o profissional nem sempre respondia o que eu perguntava.

A quarta entrevista era a que eu considerava mais importante e foi muito difícil de conseguir, pois a agenda desse profissional é intensa. Quando ele me recebeu em seu consultório, disse que não sabia qual era o intuito da entrevista (eu só tinha conversado com a secretária, que não passou a informação completa), achava que era algum jornalista, mas quando soube que era para um trabalho acadêmico ele deu um jeito de me arrumar um tempo. A entrevista foi muito tranquila e interessante, pois ele realmente transparecia estar à vontade, talvez até com algumas falas já testadas pela prática de responder a entrevistas.

O roteiro de entrevistas foi elaborado ainda no projeto de pesquisa. Após as alterações sugeridas na qualificação pela banca, reelaborei algumas questões e fiz a primeira entrevista. Após essa entrevista, reorganizei a ordem das questões para deixá-la mais coerente e incluí algumas perguntas novas, pois no dia seguinte faria a segunda entrevista. A terceira e a quarta entrevistas seguiram o mesmo roteiro, talvez com alguma diferença em uma ou outra pergunta feita fora do script. Conforme eu formulava as perguntas, dei-me conta de que não poderia deixar de manter contato visual e muito menos anotar algo, pois os entrevistados paravam imediatamente de falar e perguntavam se deveriam esperar eu anotar. Aquilo fazia com que eles perdessem um pouco do “fio” do pensamento. Portanto, não repeti a prática e

tentava recordar de novas questões ou anotar posteriormente qualquer pensamento.

**

Para esses médicos serem reconhecidos como dotados de uma prática humanizada, é necessário que tenham interiorizado valores, princípios e regras que os tornaram agentes singulares dentro do campo.

De acordo com Bourdieu (1998), o espaço social é construído de forma que os agentes sejam distribuídos de acordo com sua posição. O espaço social é explicado como um conjunto de campos autônomos, nos quais podem ocorrer interações baseadas tanto em cumplicidade, quanto em violência simbólica (Bourdieu, 1998, p. 153). Por campo social entende-se um espaço em que os agentes se distribuem em função do volume do capital que possuem:

Um espaço multidimensional de posições tal que qualquer posição atual pode ser definida em função de um sistema multidimensional de coordenadas cujos valores correspondem aos valores das diferentes variáveis pertinentes: os agentes distribuem-se assim nele, na primeira dimensão, segundo o volume global do capital que possuem e, na segunda dimensão, segundo a composição do seu capital - , quer dizer, segundo o peso relativo das diferentes espécies no conjunto de suas posses. (Bourdieu, 1998, p. 153)

De acordo com Ortiz (1983), o campo é um espaço no qual as relações de poder se manifestam.

O que implica afirmar que ele se estrutura a

partir da distribuição desigual de um *quantum* social que determina a posição que um agente específico ocupa em seu seio. Bourdieu denomina esse *quantum* de “capital social”. A estrutura do campo pode ser apreendida tomando-se como referência dois polos opostos: o dos dominantes e o dos dominados. Os agentes que ocupam o primeiro polo são justamente aqueles que possuem um máximo de capital social, em contrapartida, aqueles que se situam no polo dominado se definem pela ausência ou pela raridade do capital social específico que determina o espaço em questão. (Ortiz, 1983, p. 21).

Dentro do movimento da humanização do parto e nascimento, os profissionais que têm sua prática legitimada são os que reconhecidamente usam a Medicina Baseada em Evidências para resguardar suas condutas. Para eles, práticas como episiotomia e uso de ocitocina sintética não são rotineiras e sim recomendadas apenas mediante avaliação e posterior indicação. São profissionais cujos pacientes relatam ter estabelecido com eles maior diálogo, informando-se e obtendo consentimento sobre os procedimentos a serem realizados.

De acordo com Ortiz (1983), a prática:

Se traduz por uma “estrutura estruturada predisposta a funcionar como estrutura estruturante”, explicita-se que a noção de *habitus* não somente se aplica à interiorização das normas e dos valores; mas inclui os sistemas de classificações que preexistem (logicamente) às representações sociais. O *habitus* pressupõe um conjunto de “esquemas generativos” que presidem à escolha; eles se

reportam a um sistema de classificação que é, logicamente, anterior à ação. (ORTIZ, 1983. p. 16)

Ortiz ressalta que a análise de Bourdieu visa enfatizar a importância do estudo da estruturação do *habitus*, através de instituições de socialização dos agentes.

A prática pode, assim, ser definida como “produto da relação dialética entre uma situação e um *habitus*”, isto é, o *habitus* enquanto sistema de disposições duráveis é matriz de percepção, de apreciação e de ação, que se realiza em determinadas condições sociais. A situação particular que enfrenta um ator social específico se encontra, portanto, objetivamente estruturada; a adequação entre o *habitus* e essa situação permite, dessa maneira, fundar uma teoria da prática que leve em consideração tanto as necessidades dos agentes, quanto a objetividade da sociedade. (ORTIZ, 1983, p19)

Como teriam os médicos entrevistados nesta pesquisa incorporado práticas humanizadas, em ambiente tão avesso a elas?

Pelo relato do entrevistado 4, percebe-se que seu *habitus* começou a se alterar, antes que houvesse uma prática específica que lhe desse o suporte necessário, pois os conceitos de humanização do parto e medicina baseada em evidências só surgiram depois, para corroborar as ações:

[...]na época não existia Medicina Baseada em Evidências, era Medicina Baseada em Eminências, então o que o doutor Rezende falava era lei e, por mais questionamentos

que você faça, você acaba sendo atropelado. Quando me formei, eu fui por opção fazer a minha especialização com o Rezende, que é o ícone da obstetrícia brasileira. Na questão de Medicina Baseada em Evidências, ele é a eminência. Então é óbvio que, quando eu terminei a minha pós-graduação, eu era um obstetra dos mais “formatados” que você pode imaginar. Os primeiros partos atendidos foram nessa formatação técnica, mas humanizada. Então assim: eu humanizava a assistência, mas a técnica era desumana, porque eu obrigava as mulheres a ficar deitadas, não deixava se alimentar, eu fazia a episiotomia em 100% dos partos, defendia isso com unha e dente. Para mim, a questão do parto domiciliar era uma aventura. O meu discurso sempre foi: “o bebê nunca fez a opção de arriscar a nascer em casa”, como que eu vou assistir um parto domiciliar? Eu me formei no final de 1979 e em 1980 minha filha nasceu. E nasceu, por nossa opção, com esse médico que foi quem me “carregou no colo”, mas por *minha* opção um parto completamente dentro do tradicional. Minha esposa entrou em trabalho de parto enquanto estávamos em um sítio distante do Rio de Janeiro, 70 quilômetros. Quando a examinei ela já estava com 6 centímetros, então seria um “partinho”, se a gente não tivesse saído de casa, maravilhoso. Mas parto em casa era um absurdo. Nós fomos em um Alfa Romeo, andando a 180 – 200 km/h, avançando todos os sinais, quase batemos diversas vezes, mas isso não era risco, risco era o parto domiciliar. Chegou no hospital e, antes de examiná-la, mandou fazer as rotinas de preparo, com raspagem dos

pelos pubianos e lavagem intestinal, sem examinar. Quando ele foi examinar, minha filha estava nascendo junto com o resultado da lavagem intestinal e ele, sem anestesia, pois não deu tempo, e ele fez episiotomia. Então, minha mulher pariu deitada, com episiotomia que infectou por causa da lavagem intestinal. Então ela teve uma infecção puerperal violentíssima. Uma das primeiras pediatras do Rio de Janeiro a incentivar a amamentação não conseguiu amamentar, pois ela quase morreu. Esse foi o resultado da minha ignorância e da minha prepotência em lidar com parto. Eu percebi o absurdo depois que ele aconteceu, pois, desde o início, por intuição – pois não existiam evidências contrárias ao que eu fazia -, ela queria um parto de cócoras, questionava a episiotomia. Mas como eu era o especialista, o poder do especialista nessa hora é muito maior e não houve negociação. *E o parto dela foi do meu jeito. [...]* O segundo parto foi exatamente do jeito que ela queria, numa casa de parto, de cócoras, sem episíio - aquele parto completamente diferente daquilo que eu fiz a vida inteira. Eu vivi duas experiências radicalmente opostas: uma que quase leva a uma catástrofe, do jeito que eu achava que era a correta; e outra, que foi uma coisa espetacular, emocionante ao extremo, do jeito que ela intuía. *Aí eu percebi que eu estava muito aquém da intuição dela.* Então eu tinha a obrigação de procurar entender melhor o que era aquilo e quem sabe mudar a minha maneira de trabalhar, pois, depois de duas experiências como essas, você não é mais o mesmo homem, não é mais o mesmo companheiro e muito menos o mesmo

profissional. Então, você fica meio que na obrigação de buscar alternativas e isso tem trinta anos. Um ano e 11 meses e 15 dias de diferença [entre os partos]. Foi o primeiro parto que assisti na vida, sem nenhuma intervenção. [...] Na busca, na época, por um parto alternativo, que de alternativo não tem nada, é pura evidência científica [...] eu acabei indo para a literatura internacional. Levei muito tempo. Se você quiser uma data que eu possa te dizer que realmente a partir dali eu entrei no movimento [pela humanização dos partos], foi em 1993, com a formação da REHUNA. Foi a partir da fundação da REHUNA que eu comecei a perceber que eu não estava sozinho e tinha pares espalhados pelo Brasil inteiro, e que não só não estava sozinho, como estava começando a aparecer uma série de evidências científicas contrárias ao que eu fazia e favoráveis, uma releitura da assistência ao parto. Em 1993 foi o marco e eu mergulhei de ponta a cabeça a partir de 2006, que foi quando eu deixei de ser espectador para ser ator do movimento. (Entrevistado 4, grifos meus).

O entrevistado 4 relata que a motivação para alterar sua conduta técnica no atendimentos aos partos ocorreu quando ele se tornou uma vítima do que acreditava ser a forma correta de agir. Sua esposa queria uma forma alternativa de parir e questionava a técnica do marido, mas ele só conseguiu visualizar uma outra forma de atender após presenciar e sentir o desrespeito e a violência no nascimento do primeiro filho e assim compreender o que a esposa chamava de “intuição”. Ele se vê obrigado a procurar a ciência que corrobore a técnica presente no segundo parto, este que ocorre da forma como a esposa sempre “intuiu”, mas que não haviam pesquisas e evidências que

demonstrassem a segurança e efetividade. Essa mudança de *habitus* ocorre de forma lenta, mas o entrevistado só se torna ator do movimento da humanização do parto e nascimento 26 anos depois. Foram 13 anos para conseguir encontrar a linguagem que o representava, mas só conseguiu aderir plenamente a ela 26 anos depois.

O entrevistado 3 também relata a sua dificuldade em atender da forma que julgava correta, sem que houvesse evidências que validassem a prática, mas isso não impedia que ele atuasse dessa forma:

Na maternidade, eu nunca consegui fazer um parto humanizado, nem de cócoras. Não tinha a menor condição de fazer isso: eu iria expulso, sei lá. Imagina, como aluno, eu propor uma loucura dessa? Eu só vim a saber os detalhes do parto de cócoras quando o Moyses Paciornik veio para Curitiba falar sobre o parto das índias. Hoje a ciência provou direitinho que isso é o certo. Eu não cortava vagina, eu não depilava, não fazia lavagem intestinal... Se a pessoa não pode, mas naquele tempo metade das pessoas nascia em casa com parteira, na selva, sem nem registro. [...] Depois que fiz os primeiros partos de cócoras é que mudou a minha visão, de que estava errado, evoluía mal. A explicação era nítida e clara: que o parto normal era o cientificamente melhor, embora na época não tivesse as provas. (Entrevista 3).

A segunda entrevistada é obstetra há 20 anos, mas só começa a alterar sua prática há 10 anos. Como obstetra, afirma ter sempre se incomodado com a violência institucional, a falta de empatia com o paciente, mas sentia que faltavam instrumentos para tratar as mulheres de forma diferente. Relata ter sido um

longo processo o que levou à diminuição das intervenções e ao aumento do uso da medicina baseada em evidências.

O parto do primeiro filho foi vaginal (o que, ressalta, é difícil em uma obstetra), com anestesia. O da segunda filha (que hoje tem 11 anos) foi mais traumático, pois ela já estava se integrando ao movimento do parto humanizado e, apesar de ter sido um parto vaginal com anestesia novamente, teve episiotomia; além disso, a médica responsável pegou a filha de forma ruim (na entrevista, não foi possível esclarecer o que aconteceu, mas é evidente que a forma como a médica segurou a filha afetou a entrevistada).

Nos três entrevistados citados anteriormente, a mudança no *habitus* profissional ocorreu após um processo lento de apreensão de uma nova técnica e muito questionamento sobre toda a conduta anterior. Mas essas mudanças só se concretizaram recentemente. Podemos dizer que o *habitus* começa a se alterar lentamente, mas que somente após o estabelecimento do PHPN como um ambiente politicamente favorável, é que a mudança ocorre plenamente.

A entrevistada 1, mais jovem que os demais, tem uma história completamente diferente, pois, antes mesmo de entrar no curso de medicina, já participava do movimento estudantil e conhecia os discursos sobre a excessiva medicalização.

A minha formação acadêmica começou com a biologia, na verdade. Fiz três anos de biologia e, na época, meu companheiro estudava medicina. Então, a minha decisão de entrar na medicina já foi por um caminho meio diferente. Porque eu me apaixonei na época pelo movimento estudantil, pela luta pela saúde, por um sistema que seria para todos. Então, diferente dos meus colegas, eu já entrei na medicina com uma crítica grande à medicalização, ao processo todo de

mercantilização da saúde. Tive uma formação bem tradicional na UFSC, muito doída também por conta desse olhar que era um pouco diferenciado. Eu nunca pensei em fazer obstetrícia. Fui pensar em fazer obstetrícia quando atendi um parto com um obstetra humanizado no HU. Tudo que eu nunca havia imaginado, eu não tinha vivência alguma. A gente faz faculdade inteira muitas vezes sem ter contato com nascimento. E no primeiro estágio obrigatório de obstetrícia, estava ele em um banquinho, com aquela luz toda apagada e a mulher com esposo e não se via profissionais. Era o espaço dela, né? E aí, quando o bebê estava coroando, vindo com a cabecinha para fora, ele me disse: tu vai colocar luva ou vai atender o parto dela sem luva? E a bolsa era íntegra. Eu só tive tempo de segurar a cabecinha do bebê e tomei aquele banho de líquido amniótico. E, depois daquele dia, eu disse a ele: nossa, eu quero sentir isso outras vezes. Aquele palpitar, aquela emoção, eu nunca tinha sentido. Eu pensava em fazer psiquiatria, mas achava que sofreria mais ainda, pois se tem uma área medicalizada dentro da medicina é a psiquiatria. E foi ali que eu comecei a me interessar, assim, e já no final do curso e fui atrás de uma médica que tem a prática reconhecida como humanizada para fazer meu trabalho de conclusão de curso com ela. Então, meu olhar para obstetrícia foi que desde sempre era possível isso. Então, todo o resto, que veio depois com a [residência na maternidade] Carmela Dutra, foi muito doído, foi um processo bem difícil. Eu parava pra atender parto com pacientes do meu lado, como residente no primeiro

ano, e parava alguém do meu lado com uma tesoura dizendo que eu tinha que fazer episiotomia, e eu sabia que não. E na época tinha a Joice, que era enfermeira na Carmela Dutra e que foi minha parceira durante minha formação. Aprendi muito com ela, com os partos que eu aprendi. Então tem a formação paralela, que não é a clássica, dentro do hospital, que foi atender parto com a Hanami¹³, em casa, e lendo muito, lendo muita coisa, sabe? E eu mostrava pros meus colegas, pros meus preceptores, um jeito muito mais digno, muito mais humano, muito mais respeitoso, muito mais gostoso. [...] Chega a hora do nascimento, se grita na Carmela Dutra: Mesa! E aí se monta todo um circo rapidamente. E a mulher vai caminhando com aquele bebezinho no meio da perna. E deita a mulher e o foco é aquela pessoa se paramentando. A estrela do momento é que[m] está atendendo o parto: é o médico. O médico é, durante toda a sua formação, levado a acreditar que é alguém tão importante que merece o holofote para si mesmo. E eu combati muito, e por isso sofri muitas represálias, fui ameaçada de ser expulsa três vezes na residência, foi bem complicado. [...] Eu sou jovem ainda, tem um ano que terminei a residência, tenho um ano trabalhando, mas cada vez eu me fortaleço mais nessa crença. (Entrevista 1).

Chegamos a um problema na adequação do conceito de

¹³ Hanami é um grupo de enfermeiras obstetrias que atendem partos domiciliares planejados na região de Florianópolis, SC.

habitus às ações dos entrevistados. Passarei a fazer as reflexões por partes.

A entrevistada 1:

- a. Teve formação tradicional;
- b. Entrou no curso de medicina com conhecimento sobre o discurso de medicalização;
- c. Optou por obstetrícia após acompanhar um parto específico;
- d. Essa opção foi feita por fazer mais sentido a ela (que tinha acompanhado outros partos anteriormente);
- e. Na residência, recebeu alguns ensinamentos de uma enfermeira;
- f. Essa enfermeira não agia de acordo com o que preconizava a instituição;
- g. No final da residência, ela acumulou capital simbólico e social suficiente para agir com autonomia.

A entrevistada 1 teve a possibilidade de escolher entre diversas opções de especialização, mas optou por ginecologia e obstetrícia após acompanhar um parto natural com o entrevistado 4. Apesar de ter acompanhado partos anteriormente, só nesse ela disse que aflorou algum sentimento, algo que não seria previamente racional, mas que de alguma forma seria coerente com o que ela acreditava. Uma escolha subjetiva.

A entrevistada 2:

- a. Teve formação tradicional;
- b. Teve prática tradicional, durante algum tempo;
- c. O desrespeito e a violência na forma como as pacientes eram tratadas (e não a técnica) a deixavam desconfortável;
- d. Ao longo do tempo, foi tendo acesso a pesquisas que forneciam uma técnica que fazia sentido para ela.

Essa “inquietação” ou desconforto é um sentimento completamente subjetivo, uma espécie de sinal inicial que dará combustível para que, após ter acesso a técnica, faça a opção de alterar sua prática.

O entrevistado 3:

- a. Teve formação tradicional;
- b. Teve atuação tradicional durante algum tempo; foi escolhido por uma parteira como “aprendiz” e aprendeu uma prática alternativa;
- c. Relatou ter aprendido a atender com as próprias mulheres;
- d. Afirma que ainda não existem práticas regulamentadas que deem suporte a um novo perfil de atenção ao parto.

O entrevistado 3 relata ter aprendido a atender parto com a parteiras e com as próprias mulheres que ele acompanhou. Ele relata não ter feito residência em ginecologia e obstetrícia e hoje trabalha com medicina da família, mas atende partos domiciliares.

O entrevistado 4:

- a. Teve formação tradicional;
- b. Aprendeu a tratar os pacientes com respeito, ainda que a técnica fosse violenta;
- c. No primeiro filho, ele agiu conforme seu *habitus*;
- d. No segundo filho, ouviu a opinião da esposa e analisou o que aconteceu (junto com ela). A esposa baseou-se em “intuição” e o parto ocorreu muito bem, mudando a atuação dele e a visão sobre a própria prática; Afirma que ainda não existem regras que orientem a prática;
- e. Posteriormente, conheceu pares que pensam da mesma forma, e teve acesso às evidências científicas que corroboram a prática.

Talvez o inconformismo tenha feito a entrevistada 1 entrar no movimento estudantil, subjetividade que também a tocou ao assistir um parto que a fez escolher pela obstetrícia. Percebe-se a importância da subjetividade na entrevistada 2, ao se sentir desconfortável e conseguir identificar uma prática violenta; no entrevistado 3, ao aceitar os ensinamentos da parteira; e no entrevistado 4, ao aprender um tratamento respeitoso em meio a uma técnica violenta (e a reconhecer como tal).

Para que exista essa inquietação enquanto sentimento

subjetivo, comum aos discursos como um sentimento que surge antes que exista um nome para a prática que seguirão, talvez seja necessário um *habitus* adquirido anteriormente, que os permitiria reconhecer esses comportamentos violentos e sentir empatia com quem é tratado, reconhecimento este que outros profissionais que passam pela mesma situação não compartilham ou que não é o suficiente para que mudem sua prática.

Enfim, esse início de transformação da prática, essa semente inicial, é fator de análise nebulosa, e não posso mais do que especular sobre isso, neste momento. Provavelmente não é o meu papel fazer mais do que reconhecer a existência desses sinais.

**

Como os indivíduos não sabem, propriamente falando, o que fazem, o que fazem tem mais sentido do que sabem. (BOURDIEU, 1970 *apud* CERTEAU, 2001, p. 124)

Michel de Certeau qualifica como “douta ignorância” essa frase de Bourdieu. Ela requer que as ações sejam coerentes e inconscientes como condição de existência.

Na forma como Bourdieu reúne os termos, ele precisa encontrar algo que ajustará as práticas às estruturas, porém, deve explicar os desníveis existentes nas práticas em relação às estruturas.

Ele necessita então de uma casa suplementar. Ele a encontra num processo que é o lugar forte de sua especialidade como sociólogo da educação, a *aquisição*: é a mediação procurada

entre as estruturas que a organizam e as “disposições” que ela produz. (Certeau, 1998, p. 125)

Michel de Certeau diz que as estruturas podem mudar e tornarem-se um princípio de mobilidade social. Entretanto, quando analisamos os exemplos coletados nas entrevistas, ao meu ver antes da estrutura mudar há algo que induz uma mudança na prática, que formará uma nova estrutura. Ou seja, a ação antecede a estrutura. Ainda que os atores possuam normas que orientem a sua prática, têm a capacidade de inserir alterações no espaço social.

Uma sociedade não poderia ser um sistema a não ser sem sabê-lo. Daí o corolário: precisava-se de um etnólogo para saber o que ela era sem sabê-lo. Hoje, o etnólogo não ousaria mais dizê-lo (se não pensá-lo). Como é possível que Bourdieu assuma esse compromisso a título de sociólogo? (Certeau, 1998, p. 124).

Para construir o modelo, Certeau ressalta que é necessário fazer uma análise epistemológica: a objetividade das estruturas analisadas baseia-se na concepção de que o analisado pelo sociólogo corresponde ao real e que há um limite na prática observável. Para que seja escrito um modelo de análise sociológica, esses pressupostos ficam esquecidos.

Essa “gênese” implica uma interiorização das estruturas (pela aquisição) e uma exteriorização do adquirido (ou *habitus*) em práticas. Deste modo se introduz uma dimensão temporal: as práticas (expressando o adquirido) respondem adequadamente às

situações (manifestando a estrutura) se, e somente se, durante a fase da interiorização-exteriorização, a estrutura ficou estável; em caso contrário, as práticas ficam desniveladas, correspondendo ainda ao que era a estrutura no momento de sua interiorização pelo *habitus*. (Certeau, 1998, p. 126).

Portanto a estrutura sempre será a precursora e orientadora da prática. Para que exista uma prática, deve existir uma estrutura que a conforme. Quando a estrutura muda, a relação com a ação não pode ser visualizada como se fosse linear.

Entre os entrevistados, podemos dizer que a estrutura oferece a oportunidade de emancipação (entendendo como emancipação a possibilidade de agir de acordo com o que consideram como uma postura correta, diferente da postura tradicional). Mas como a estrutura permite que os agentes não ajam em conformidade com o que ela mesma exige? O poder exercido pela estrutura não é tão forte e coercível, e os agentes possuem mais liberdade para se autoconduzir do que afirma Bourdieu.

Mas pensar deste modo entra em desacordo com o que diz Bourdieu sobre a “douta ignorância”, o sentido coerente e principalmente inconsciente. Acredito que o problema está em partir de um pressuposto generalista de que exista uma inconsciência em todos os atores, pois pode haver agentes com consciência suficiente para que seja possível a emancipação.

As estruturas podem se alterar para que haja mobilidade social. Mas o *habitus* também pode mudar para que haja a mobilidade para uma outra estrutura pronta ou uma ainda em formação. Mas, para isso, é necessário que exista algum nível de consciência entre os agentes envolvidos. É necessário também que seja possível um *habitus* antes de que exista uma estrutura propriamente dita, ou talvez um local no qual o agente possa se situar previamente, antes de existir um *habitus* e uma estrutura

definidos.

É nesse “local” em que, a meu ver, estão localizados alguns dos entrevistados em sua inserção nessa “mobilidade” entre os espaços sociais. As entrevistadas 1 e 2 conseguem se inserir em uma estrutura pronta, um campo já existente e com regras estabelecidas, pois cronologicamente elas ingressam nele após os entrevistados 3 e 4. Já os entrevistados 3 e 4 começam a alterar sua prática médica antes de existir o acesso a evidências científicas, antes de existir uma comprovação científica de que a forma como estavam agindo não era danosa. Até então, era uma sensação de pertencimento subjetiva para o entrevistado 4, que apoiou-se na “intuição” da mulher e nas reflexões derivadas da própria experiência para que pudesse ter no próximo parto uma situação diferente e positiva. Já o entrevistado 3 tinha a companhia e os ensinamentos de uma parteira que o acolheu. Ela deu o alicerce e a técnica para que ele atuasse.

No próximo capítulo, analiso as percepções desses médicos sobre a autonomia das grávidas e as relações de poder e violência que cercam o atendimento humanizado aos partos.

3. AUTONOMIA, PODER E VIOLÊNCIA

3.1 AUTONOMIA

A palavra autonomia é de origem grega, formada pelo adjetivo pronominal *autos*, que significa “o mesmo”, “ele mesmo” e “por si mesmo”; e pelo substantivo *nomos*, com o sentido de “compartilha”, “instituição”, “lei”, “normas”, “convenção” ou “uso”, podendo ser interpretada literalmente como “lei do próprio” (Almeida, 1999). A beneficência e a não maleficência guiaram a prática médica por dois mil e quinhentos anos, entretanto nos últimos trezentos anos esse princípio norteador passa a ser questionado, pois incitar uma atitude autônoma ao paciente (em contraposição ao fato de que a decisão estava na mão no médico que não faria nada para feri-lo intencionalmente) nunca foi um objetivo da prática médica.

O princípio de respeito da autonomia e seu correlato, o princípio do consentimento livre e esclarecido, têm levado a mudanças substanciais da ética médica tradicional. Isto porque, nos países ocidentais vive-se num contexto de secularização e de pluralismo moral, isto é, uma situação onde as premissas comuns são insuficientes para estruturar uma visão concreta da vida moral. (Almeida, 1999, p. 15).

O paternalismo médico pode ser explicado como a ação que o médico produz com a intenção de beneficiar o paciente sem ter dele consentimento prévio e independentemente da forma como o conseguirá.

Um ato paternalista pode, também, estar relacionado à omissão ou mesmo à distorção das informações, com o objetivo de não

causar ao paciente sofrimento psicológico. O paternalismo pode, ainda, envolver o uso da força ou da coerção (Almeida, 1999, p. 76)

Todo o desenvolvimento da medicina visava fornecer ao médico autonomia suficiente para decidir o que fosse melhor para o paciente, sem que este possuísse meios – ou até tivesse a vontade – de expressar sua própria autonomia.

O desenvolvimento histórico da medicina, portanto, conferiu ao médico autonomia técnica na tomada de decisão junto ao paciente, autonomia baseada tanto no domínio de um conhecimento específico quanto em sua legitimidade social. O princípio de beneficência, assumido como absoluto pelo médico, segundo a tradição hipocrática, não comportava relações compartilhadas de decisão com o paciente. (Almeida, 1999, p. 21 - 22)

A capacidade de agir com autonomia pressupõe que a pessoa que é cuidada tenha a possibilidade de decidir por si mesma, baseando-se no conhecimento adquirido previamente, suas próprias crenças e valores obtidos ao longo de sua vida. A mulher em trabalho de parto está em um contexto complexo, pois a situação em que se encontra é de grande fragilidade, por ter de decidir por ela e pelo feto. Este é considerado uma pessoa jurídica somente após o nascimento; entretanto, mesmo enquanto dentro do ventre da mãe, demanda uma ética própria.

A medicina sempre agiu de forma paternalista. Os cuidados de modo geral são feitos de forma a tratar o paciente como alguém incapaz de cuidar e decidir por si mesmo, sendo necessária a tutela. Esse paternalismo começa a ser questionado quando inicia-se um processo de valorização e afirmação dos direitos individuais. Esse questionamento surge especialmente a

partir de 1914, quando tribunais norte americanos interpretaram casos de intervenção não autorizada no corpo dos pacientes, como uma violação do direito do indivíduo. (Almeida, 1999, p. 78).

De acordo com Filipe João Correia Leitão (2010), citando Reich (2003), para se agir de forma autônoma, são necessários três elementos:

- a. Intencionalidade;
- b. Liberdade para controlar influências; e
- c. Compreensão.

A intencionalidade existe ou não existe. Se não há uma real intenção de agir, não há autonomia. Mas se há a intenção de não agir e assim deixar a cargo dos médicos todas as decisões que caberiam ao paciente, essa situação também pode ser considerada uma atitude autônoma.

De acordo com Gracia (2007), quatro graus são fundamentais para o controle externo: a coerção, a manipulação, a persuasão e a autenticidade. A coerção pode ser feita de forma direta e agressiva; a manipulação não é agressiva, mas molda as opções disponíveis; a persuasão usa argumentos racionais.

Como afirma Levy (2007, p 73), “a autenticidade é um dos valores definitivos da modernidade, consistindo em ser verdadeiro consigo mesmo, permitindo ao indivíduo encontrar por este meio a sua própria forma de viver”. Assim sendo, uma pessoa que tem como premissa viver de acordo com suas próprias vontades conseguiria controlar mais facilmente as influências externas que tentam moldar sua opinião.

O médico necessariamente exerce uma influência na decisão do doente, pois é consultado para, juntos, decidirem o que será realizado.

É portanto necessário o estabelecimento do

equilíbrio entre os princípios da autonomia e da beneficência, sem o qual a simetria da relação profissional de saúde/utente estaria posta em causa, com claros danos para ambos, uma vez que o profissional de saúde converter-se-ia, tal como afirma Patrão Neves (2008:63) “num servidor ou gestor de interesses do doente, numa funcionalização tecnicista das suas competências”. (Leitão, 2010, p. 30)

Leitão descreve também que é necessário estar competente para ter uma atitude autónoma. Essa competência não é universal, mas um estado dinâmico. Uma pessoa é capaz de decidir sobre inúmeras situações ao longo de sua vida, mas não é capaz de decidir sobre outras tantas. Assim, a mulher que utiliza um serviço de saúde só pode ser considerada competente se compreende a informação recebida, sente-se capaz de tomar decisões naquele momento e deseja fazê-lo.

Comprendemos que subjacente ao conceito de autonomia, terá que estar necessariamente sempre presente o conceito de competência, sendo que um utilizador dos serviços de saúde é competente quando consegue entender a informação que necessita para tomar uma decisão. Desta forma fundamenta-se a importância de uma correcta transmissão de informação por parte dos profissionais de saúde, por forma a permitir à mulher a quem prestam cuidados, obter um grau de competência suficiente que lhe permita decidir. (Leitão, 2010, p. 33)

A competência legítima é a capacidade reconhecida de um porta-voz autorizado, de empregar, em ocasiões oficiais, a

língua legítima, a fala digna de crédito. O uso da linguagem depende da posição social do locutor; o peso de cada agente depende de seu capital simbólico, isto é, do reconhecimento institucionalizado que recebeu de um grupo. Nesse caso, o capital simbólico pertencente ao médico é de grande expressão, posto que a construção histórica do lugar desse profissional desde que existe visa colocá-lo como o porta voz do corpo doente. A eficácia da imposição simbólica, que são a ordem ou a palavra de ordem, o discurso ritual, a ameaça ou insulto, só será efetiva se dita por uma autoridade reconhecida pelo destinatário da mensagem, - no caso, os médicos possuem a competência da língua legítima, reconhecida por enfermeiras e pacientes como a palavra verdadeira (Bourdieu, 1998).

Porém, não basta mostrar que o médico e o doente das classes populares não falam a mesma língua. As explicações dadas pelo médico ao doente variam efetivamente em função da classe social do paciente; os médicos, em geral, não dão longas explicações senão àqueles que julgam “bastante evoluídos” para compreender o que vai lhes ser explicado. (Boltanski, 1989, p 44)

Para garantir que a paciente esteja apta a decidir, ela deve receber esclarecimentos livres de constrangimento e coação sobre a sua condição atual, feitos em uma linguagem acessível à mulher, independente de sua classe social. De acordo com o Conselho Federal de Medicina¹⁴, no Artigo 24.do Código de Ética

¹⁴ O Código de Ética Médica dos Conselhos de Medicina do Brasil foi aprovado pela Resolução CFM n.º 1.246, em 8 de janeiro de 1988. Esse Código de Ética foi revisado e o Conselho Federal de Medicina publicou no Diário Oficial da União (Resolução CFM N 1931, de 17 de setembro de 2009). O Código foi elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, após

Médica é vedado ao médico

Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. (Conselho Federal de Medicina, 2010)

Salvo na situação de perigo de morte, o médico não pode limitar o direito do paciente decidir com liberdade sobre sua saúde. No artigo 31, é também vedado ao médico

Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. (Conselho Federal de Medicina, 2010)

O Código de Ética Médica visa conferir normas que não se limitam apenas aos aspectos morais, mas também diz respeito a aspectos penais, civis e administrativos.

O constrangimento à autodeterminação do indivíduo é previsto como crime no Código Penal Brasileiro (artigo 146). Por conseguinte, se, apesar da objeção e recusa do paciente, o médico insistir no procedimento, ele estaria infringindo não só a norma ética de sua profissão como também lei instituída. (Almeida, 1999, p 70)

ouvir os Conselhos Regionais, entidades dos profissionais de saúde e setores organizados da sociedade brasileira.

Para conferir ao paciente o direito de decidir, o Conselho Federal de Medicina, no artigo 34 do Código de Ética, proíbe ao médico

Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo neste caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal (Conselho Federal de Medicina, 2010)

No trecho citado acima, é explicitado o direito que o paciente tem de receber informação, ficando a critério do médico decidir se ele está apto a recebê-la. Entretanto, existe uma tendência a conferir à opinião do médico maior valorização em detrimento da vontade do paciente de saber sobre sua real situação. No entanto, essa tendência é menor conforme a organização dos pacientes para exibir em fóruns os seus direitos (Almeida, 1999).

Há uma particularidade no que tange ao parto: independente da via de nascimento e das consequências, quando a mulher vê-se com o bebê nos braços, o fim está ali, mesmo que os meios não tenham sido os esperados (inclusive em casos de sequelas ou morte, pois nesse caso é compreendido como se o médico tivesse feito o possível, mesmo que suas intervenções tenham sido as causadoras). Deste modo, é muito raro que puérperas denunciem práticas médicas abusivas¹⁵. O parto ainda é visto como um sofrimento e uma cesareana é encarada como uma prática médica que visa livrar a mulher deste mal.

¹⁵ “Não há nenhuma dúvida de que, mesmo que desnecessária ou mesmo que contenha maior risco para a mãe ou para o neonato, uma cesariana eletiva tem muito menor risco para o obstetra.” (Editorial, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia)”

A entrevistada 1 diz inicialmente que considera impossível para a mulher agir com autonomia dentro do ambiente hospitalar, pois as rotinas e condutas médicas não fornecem abertura suficiente para que a mulher esteja preparada para decidir sobre qualquer questão:

Dentro do hospital se a gente partir do pressuposto que autonomia é ter liberdade sobre seu próprio corpo, para vivenciar suas emoções, eu acho que não [existe]. Ela é completamente **desfigurada de um ser sujeito**, ela recebe uma camisola do hospital, ela não pode ter nenhum chinelinho, nada que lembre da casa dela. Ela é desprovida de todos os bens. Se ela quer levar um travesseiro que seja algo dela, não pode. Então ela fica com aquela camisola e ela é transformada em mais uma daquela linha, todas as mulheres iguais e respeitando toda uma estrutura e um sistema que é o hospital que é rígido com relação a horários. Tem negado muitas vezes o direito de se alimentar. Acho que isso fere os princípios mais básicos de ter autonomia. Autonomia de pedir uma comida quando tem fome, tomar um copo de água. Isso acho que a gente nem deveria discutir, porque não faz o menor sentido, é básico. Não tem nenhuma evidência que comprove que a mulher é protegida se ela não receber nada de alimentação. Então acho que não, a autonomia dela, inclusive, em relação às crenças que ela tenha em casa. Fazendo um paralelo, você está dentro da casa de uma mulher e lá tem um altar com aquilo que ela acredita, ela acende uma vela, pra um santo, pro Buda, pra quem quer que seja, pra Jesus

Cristo e aquilo ta próximo dela, né? No hospital ela perde completamente todas as referencias, então acho que ela fica muito limitada com relação à autonomia e a desejar qualquer coisa (Entrevistada 1, grifos meus)

Depois revê seu argumento e conta sobre um caso em que a mulher conseguiu excepcionalmente agir com autonomia:

A mulher tinha participado do grupo de gestantes do Hospital Universitário e ela não conseguiu vaga nesse hospital e acabou indo para um outro Hospital Público. Chegando lá ela evoluiu o trabalho de parto e fazia uma hora que ela tinha sido internada e disseram que precisava colocar ocitocina - e ela entrando em franco trabalho de parto, com cinco seis dedos de dilatação - e ela disse: "eu gostaria de ver o meu partograma¹⁶". Aquilo gerou um reboliço dentro da sala de parto, porque o medico só faltou dizer pra ela: quem estudou medicina aqui? Ele até não falou, mas que ele pensou, pensou. E no fim das contas eu levei o partograma pra ela e disse que ela realmente tinha toda razão e que ela não precisava de ocitocina ainda e ela perguntou se podia optar. E naquela situação, não tinha muito como fugir, e eu também estava ali e dissemos que podia. Ela ganhou o bebê dela em duas, ou três horas, sabe? Então ela teve autonomia porque ela conhecia e

¹⁶ O partograma é um gráfico onde são anotadas a progressão do trabalho de parto e as condições da mãe e do feto. É um instrumento da moderna obstetrícia, que associa a simplicidade do manejo a uma utilidade prática sem precedentes.

porque um profissional naquele momento pode apoiá-la naquela decisão. Mas na grande maioria das vezes ela vai ser tolhida, sim e vão negá-la o direito. Qual é a mulher que pede pra ver o seu partograma e tem o conhecimento que existe um partograma? Essas coisas são muito importantes. (Entrevistada 1)

Nesse caso citado pela Entrevistada 1 fica claro que a mulher conseguiu agir com autonomia, pois tinha conhecimento prévio sobre o assunto, obtido através de um curso de gestantes promovido por hospital reconhecido por sua prática humanizada em choque com a situação encontrada em outro hospital público, que mantém uma prática e tradicional conduta intervencionista. Nesse curso o conhecimento sobre o momento do trabalho de parto e parto é repassado em linguagem acessível. Além do conhecimento obtido, constata-se a importância de que haja uma abertura por parte dos profissionais para que permitam que a mulher decida. Nesse caso, a entrevistada agiu como a mediadora para que a parturiente tivesse o acesso ao próprio partograma e assim postergou-se a intervenção, que se mostrou desnecessária.

Com base nesse relato, podemos dizer que essa mulher foi capaz de agir com autonomia após enfrentar o médico, demonstrando seu conhecimento e desejo de fazer valer sua vontade. Porém, mesmo nesse caso, foi necessária a cumplicidade de um profissional dentro da instituição para que a vontade dela fosse validada. A entrevistada 1 usou seu próprio capital social dentro do campo para intervir e auxiliar a mulher, pois fica claro ao longo da entrevista que aquela instituição não reconhecia a mulher como legítima portadora de voz sobre seu próprio corpo.

No momento em que ela diz que a mulher é “desfigurada de um ser sujeito”, essa objetificação do corpo feminino serve para gerenciar o “problema”. A mulher deixa de ter qualquer objeto pessoal; muitas vezes não tem a possibilidade de ter um

acompanhante, apesar da garantia legal; não é informada sobre os procedimentos; muitas vezes sequer sabe quem a atendeu, pois os profissionais não se apresentam. A mulher internada frequentemente tem a sensação de perda de controle do que está acontecendo com o próprio corpo. Essa despersonalização acontece porque, além de dar entrada em um hospital, parte de um campo social dominado pelo saber médico, seu corpo está ali para a manipulação médica, independente de quantos médicos, enfermeiros e técnicos passarão ao longo do turno em que está internada.

Além disto, as características propriamente técnicas da relação terapêutica, que a tornam uma relação assimétrica e de dependência, na qual um dos parceiros, o doente, representa efetivamente o papel de objeto, favorece a manipulação moral do doente pelo médico. O doente nu, deitado, imóvel e silencioso é, realmente, objeto das manipulações físicas do médico, que, vestido, de pé e com seus gestos livres, ausculta-o ou apalpa-o, ordena-lhe que sente, que estenda as pernas, que pare de respirar ou tussa. (Boltanski, 1989, p 56)

A entrevistada 2 foi a única a dizer diretamente que é possível para uma parturiente agir com autonomia dentro do hospital, o que só dependeria da equipe que a atendesse e de a mulher ser empoderada o suficiente para querer. Nesse caso, a elaboração de um plano de parto¹⁷ ajuda a mulher a ter seus

¹⁷ O plano de parto é um documento elaborado pela gestante no qual estão anotados os procedimentos que ela autoriza, os que ela incentiva, o que ela não deseja, quais as situações que podem ser autorizadas intervenções, são elaboradas hipóteses diversas e como ela gostaria de ser tratada nessas situações. O documento não tem validade

desejos respeitados.

A entrevistada 1 ressalta a importância do plano de parto como uma tentativa de garantir um tratamento respeitoso e menos intervencionista:

Eu gosto de pensar eu oriento muito as minhas pacientes que estão fazendo pré natal comigo e oriento os profissionais da rede pública também a respeito de plano de parto. [...]Ela precisa se informar hoje em dia. Eu chamo os meus planos de parto de manual de guerrilha obstétrica, porque ela precisa estar muito bem informada. (Entrevistada 1)

O entrevistado 4 reflete sobre a organização da instituição hospitalar, que é feita para funcionar de forma efetiva, mas, para que isso ocorra e o local não tenha prejuízos, há uma espécie de “linha de montagem” que impede um tratamento individual para as pacientes atendidas.

Nenhuma mulher tem autonomia plena em nenhum hospital. Não tem. Eu não acredito nisso. [...] Por isso eu acho importante que vocês tenham todas as possibilidades, incluindo a cesárea a pedido. Se você é dona do seu corpo, você tem o direito de fazer a cesárea também, contanto que você seja adequadamente informada. [...] [Mas] Por mais bem intencionada que seja a equipe, não consegue [dar a informação de que a grávida necessita]. Você tem uma série de fatores geradores de stress em hospital. Só o fato de você entrar numa maternidade já te tira...

legal, mas equipes que estão acostumadas a lidar com o parto humanizado costumam respeitar o documento.

Você tem a equipe de enfermagem, você tem os médicos, que vivem ali dentro o tempo inteiro, então agem o tempo inteiro sem pensar no que estão fazendo. Aí quando você entra você já tem tudo organizado para a maternidade dar certo, não é para você parir adequadamente, é para a maternidade dar certo. Você está, por exemplo, no Ilha¹⁸, que tem uma placa embaixo dizendo “parto humanizado”, é puro marketing. Você está lá em trabalho de parto e entra uma enfermeira e abre uma porta, não pede licença, abre um armário e faz uma barulheira, pega um remédio que não era para estar ali, aí olha pra você e diz “ah mãezinha, faz força”. Ferrou, acabou. Então assim, dependendo da equipe que esteja lá te assistindo, há uma tentativa de preservar a tua intimidade, a tua privacidade, mas é uma tentativa que poucas vezes dá 100% certo, na maioria das coisas sempre dá uma “escorregadinha”. Mesmo numa instituição considerada “pra lá” de humanizada. Não tem abertura dos profissionais, não tem a intenção. O hospital, de uma maneira geral, funciona como uma fábrica: é uma linha de montagem. E se não for assim, vira um caos. Você tem que ter rotinas, tem que ter pessoas adequadas para fazer aquela rotina, para ter um hospital economicamente viável, você tem que ter movimento. Porque que as casas de parto têm resultados tão melhores do que os hospitais? Pois têm um movimento menor, profissionais

¹⁸ Maternidade Ilha é uma maternidade particular localizada em Florianópolis, na qual possui estrutura para um parto humanizado, com um quarto preparado para serem atendidos o pré parto e parto, com banheira, cama, entre outros acessórios.

com uma outra filosofia que está incorporada, uma formação diferenciada e há a pré escolha. (Entrevistado 4)

O entrevistado 3 também diz que não é possível agir com autonomia dentro do hospital, pois não há uma forma de criar vínculo, que seria imprescindível. Como o hospital é composto por diversos agentes com turnos estabelecidos e horários a cumprir, portanto, a mulher é atendida por uma grande quantidade de pessoas, o que atrapalha a confiança que ela poderia adquirir:

Não, de jeito nenhum é possível agir com autonomia. Tem rotinas no hospital e como lidam com muita gente, teria que ser maternidades por bairro, em cada posto de saúde uma salinha de parto. Assim tu faria vínculo, não vinha apavorada no posto de saúde. E um sistema de helicóptero ou ambulância para levar para uma maternidade caso desse alguma coisa. A mulher no hospital não tem a menor condição, ela vai passar pelo cara do estacionamento, pelo segurança, pela mocinha do balcão que dá informação, pela sala de pré parto, por um toque¹⁹ feito por uma, duas, três ou mais pessoas, outro cara vai examinar, outro cara vai tocar, vai mudar o horário, já é outro médico, esquece! Se a mulher quiser fazer bem ela se faz de “morta”, diz que está tudo certo, que o que acontecer está bom. Digo

¹⁹ Toque é um exame feito ao após inserir dois dedos na vagina da mulher até localizar o colo do útero, para detectar a dilatação do colo do útero ao longo do trabalho de parto. É um procedimento visivelmente invasivo e doloroso, principalmente se feito diversas vezes e por diferentes profissionais ao longo do trabalho de parto.

para não se revoltar, não exigir nada, pois não é hora! Na hora do teu neném tu não pode ficar “azedá”, entende? É o aniversário de zero ano do teu neném. [...] A mulher não deveria precisar fazer nada, deveria ser dado todas as condições para o que ela quisesse, com quem ela quisesse fazer o parto. E quem alterar isso vai “em cana”, pois está lesando o futuro da humanidade. (Entrevistado 3)

Esse entrevistado 3 deixa claro que na sua opinião, a mulher deveria ser cercada por profissionais de sua confiança, que tivessem tempo e preparo para tratá-la de forma única. Ele orienta suas pacientes a não tentar lutar contra o sistema na hora do parto, sem tentar cobrar seus direitos, pois o momento do parto deve ser de tranquilidade e sem nenhum tipo de estresse. De acordo com essa perspectiva mais biológica, a mulher que libera hormônios como a adrenalina, tem um parto mais complicado do que as que não liberam este hormônio, por estarem em um ambiente tranquilo.

O entrevistado 4 explica o que na sua opinião é o motivo para que uma mulher em trabalho de parto não possa ou não consiga decidir:

Você na hora do parto está com o teu raciocínio muito embotado. Toda a função da neocórtex, que é raciocínio lógico, concentração e memória, vai pro espaço. O teu sistema límbico está “a mil”. Então a intuição, a capacidade de auto conhecimento, principalmente as tuas emoções, são explosivas, sem o filtro da razão. [...] Então se eu chego para você e rosno, é a mesma coisa que eu pegar um porrete e dar na tua cabeça. Não é um momento de fragilidade, muito antes pelo contrário. Mas é um momento

muito especial que vocês precisam de proteção nesse sentido. De frágil vocês não têm nada, mais força demonstram é no parto. (Entrevistado 4)

O entrevistado 3 também tem as mesmas referências:

Ela precisa sabotar totalmente a parte cinzenta do cérebro, a parte pensante, para que a paleocórtex comece a dominar o parto. Um instinto sabe fazer o parto, a vida não é tola. [...] Ela vai poder parir bem se ela estiver bem. Qual a melhor condição para uma mulher? Onde ela não sofra nenhum tipo de estresse, nem ambiental, nem de um poder do sistema, nem de uma parteira e nem ninguém. [...] Se luta por um parto humanizado, quer dizer que não é humano, né? E está certo, se você vê um parto numa maternidade, com raríssimas exceções é humano aquilo ali. [...] Se a mulher fizer esse processo do parir, o neném estará nas melhores condições possíveis, hoje e até o fim de sua vida. [...] O hospital é um lugar onde pessoas que estão muito mal vão. O fato de tu ir pro hospital já induz o teu parto por adrenalina, quando tu te estressa, tu liga os teus mecanismos de defesa, daí é induzido por adrenalina e não por ocitocina que é o hormônio do amor. Uma mulher parindo é um momento de maior poder, é como um vulcão em erupção. Essa criança é um humano que vai superar todas as dificuldades. [...] (Entrevistado 3)

Nas falas acima, os dois entrevistados baseiam-se nos

escritos de Michel Odent²⁰, que recupera o que é dito por Lamaze²¹ e procura dar uma base científica e biológica para o que até então estava no campo da subjetividade, da intuição. Os argumentos dados por esse autor estão assentados na noção do parto como um evento puramente fisiológico, no qual a noção de “cultura” atrapalha o processo do nascimento.

Embora recupere autores tão diversos, inclusive etnólogos e, várias vezes, aporte a Freud, a visão de M. Odent acerca do que seja cultura é bastante reducionista e pessimista, e não parece vincular-se aos campos disciplinares com os quais ele dialoga história, etnologia e psicanálise. Considerando a cultura como nefasta ao bom andamento do parto, o autor argumenta que as mulheres devem recuperar a animalidade perdida, idéia que está presente no ethos da geração de 68 e no mundo alternativo, e que traduz o romantismo e o neo-romantismo que caracterizam esse grupo. Mas, diferentemente das autoras que postulam a necessidade de recuperar instintos e saberes perdidos ao longo dos séculos, como vimos anteriormente, em Odent não há referência a essa dimensão; ao contrário, o autor é taxativo quanto à negatividade da cultura no processo do nascimento (Tornquist, 2004 p.126)

A entrevistada 1 também cita o Odent, porém o critica por ser “fisiologista” e reduzir tudo a termos de hormônios:

²⁰ Michel Odent é um obstetra francês autor de diversos livros, nos quais há uma tentativa de cientificação, para dar validade as suas ideias.

²¹ Lamaze foi um obstetra francês responsável por uma técnica que levou seu nome. Essa técnica visava deixar a mulher relaxada ao longo do parto.

Odent é um cara que foi uma super descoberta quando eu comecei a estudar e hoje o cara é super fisiologista, né? Que tudo funciona em termos de ocitocina. E a gente não é só um corpo biológico, a gente é um corpo sociológico, a gente também é um corpo social, um corpo cultural, né? Eu acho sim que a gente deve evitar tudo aquilo que atrapalha liberando ocitocina e que a mulher pode ter acesso a esse tipo de informação, né? Eu gosto de falar quando eu converso com mulheres em consultas de pré natal em grupos sobre o comportamento dos bichos como uma maneira delas pensarem que não é algo tão difícil assim. Que os bichinhos conseguem fazer sozinhos que elas conseguiriam fazer sozinhas também e gosto de orientar sobre o que elas devem fazer quando o neném nasce pra que elas saibam que não é um evento médico, que não é um evento que precisa acontecer dentro do hospital e que elas tem completa capacidade de lidar com essa situação. Então acho que não, acho que a mulher não precisa saber necessariamente como se dá a passagem do bebê e a abertura do colo e as questões fisiológicas para parir. Acho que o parto é algo muito mais intuitivo do que qualquer coisa. (Entrevistada 1)

A frase mais famosa do Odent, “para mudar o mundo, é preciso mudar a forma de nascer”, tem um visível apelo para o entrevistado 3, que acredita que a forma como nasce um bebê determina seu futuro:

Quando a gente está aqui falando de parto de cócoras, a gente está falando de futuro de

humanidade, de gente que nasce e define o futuro da humanidade. Pensando em termos de humanidade, a cirurgia é uma tragédia. [...]Atendi um parto uma vez, coisa mais linda. O marido veio perguntar de uma forma natural de induzir o parto e daí eu disse pra ele que a única coisa disponível no Brasil era o esperma, que ele devia então quando chegar em casa, transar com a mulher na hora do parto. Na maternidade não ia dar, mas em casa sim. Daí chega na maternidade e dizem que ela precisa de soro. Eu digo que não precisa de nada, que o marido tem o melhor soro que tem. [...] Esse neném aí vai ser um grande líder. Quando que tu vai ter essa possibilidade na maternidade? “Que coisa horrível, estavam transando”. [...] Nascer, o jeito certo é esse, para o que eu espero que seja um adulto tolerante, que não seja consumista, que seja autônomo, que não seja dependente. (Entrevistado 3)

Na dissertação escrita por Leitão, é considerado que as mulheres podem agir com autonomia em um parto hospitalar quando podem tomar decisões nas seguintes situações:

- a. Escolher a via de nascimento, se vaginal ou cirúrgica;
- b. A possibilidade de manter um acompanhante;
- c. Poder deambular;
- d. Poder receber métodos de alívio de dor não farmacológicos²²;
- e. Poder receber analgesia²³;

²² São métodos como massagens e banho quente.

- f. Poder receber ou negar intervenções como episiotomia, enema e tricotomia;
- g. Decidir se terá monitoração contínua ou intermitente;
- h. Decidir a posição em que irá parir.

Se partirmos do princípio de que existem condutas respaldadas cientificamente como válidas em um parto normal e outras que são ou podem ser maléficas, ter episiotomia, enema e tricotomia não deveriam ser opções, posto que não são em nenhuma hipótese benéficas e um dos preceitos médicos é não prejudicar o paciente. O mesmo vale para a monitoração, que não é algo obrigatoriamente necessário e sim utilizado após uma avaliação individual do caso. A possibilidade de ter um acompanhante é garantida no Brasil pela lei nº 11.108²⁴, porém, por ela não prever punição, o cumprimento torna-se difícil. Deambular e receber métodos de alívio da dor são indicados como medidas válidas para um parto natural e devem ser incentivados, portanto, são direitos básicos que deveriam ser prestados pela assistência, não necessariamente uma questão de escolha. A escolha da via de nascimento do bebê é um direito fundamenta sobre o próprio corpo, desde que o feto tenha seus próprios direitos resguardados. Quando falamos em cesareanas eletivas, não há como verificar especificamente quantas ocorrem por decisão da mulher e quantas atendem à conveniência do médico.

Pretendo chamar atenção para o seguinte: as situações nas quais a mulher tem a sua decisão reconhecida (no trabalho escrito

²³ São anestésias para diminuir em parte ou totalmente a sensação causada pelas contrações uterinas.

por Leitão) são questões básicas, nas quais o poder decisório é realmente mínimo. Afinal, decidir se quer andar ou tomar um banho quente, são coisas tão básicas e demonstram um poder decisório tão ínfimo que soa ligeiramente como ofensa caracterizá-las como a capacidade feminina de decidir, mesmo em um momento tão importante, inesquecível e desconhecido. Na pesquisa realizada por este autor não foram analisados dados suficientes sobre outro tipo de autonomia que tenha uma relação mais relevante com decisão, pois as mulheres analisadas diziam que sentiam falta de ter mais informações sobre os procedimentos.

Portanto, quando o próprio Código de Ética Médica visa garantir o direito da paciente a receber informações e decidir sobre os procedimentos sugeridos, que a paciente tenha o direito de saber dos riscos a que possa ser submetida e também possa negar aceitar um tratamento (salvo quando não é considerada apta a decidir, nesse caso, a averiguação será feita por um médico, o mesmo que pode classificá-la como “descompensada” por ela gritar de dor), apontar a decisão de caminhar como uma das escolhas válidas para uma mulher em trabalho de parto é realmente muito pouco, até mesmo em um tratamento considerado humanizado.

Apesar do exposto, devemos compreender que o rigor do conhecimento científico jamais se pode sobrepor à autonomia de cada um, uma vez que, apenas numa perspectiva paternalista (baseada unicamente no princípio da beneficência) se poderia conceber que a expressão de desejos da mulher apenas teria sentido dentro do quadro do cientificamente mais desejável. (Leitão, 2010, p 32 - 33)

A autonomia é um processo no qual estar apto a decidir

não necessariamente é garantia para que haja a capacidade de agir. É preciso além de a mulher ser capaz e ter a intenção de decidir, que a equipe e a própria instituição estejam disponíveis para a mulher agir deste modo, o que torna a questão extremamente complicada.

Chegamos, pois, a algumas questões relativas à autonomia da mulher em trabalho de parto:

- a. A mulher deve receber todas as informações necessárias para se sentir apta a decidir, principalmente ao longo da gravidez e não somente no momento do parto;
- b. A mulher deve compreender essas informações (por isso devem ser feitas em uma linguagem acessível);
- c. A mulher deve estar livre de influências externas (como histórias familiares, novelas e filmes sobre parto, persuasão ou coerção que de algum modo moldem sua visão);
- d. A equipe de saúde que a atende deve dar abertura explicitamente para que ela se sinta livre para decidir;
- e. Ela deve ter a intenção de decidir ou de decidir deixar as resoluções sob o julgamento médico;
- f. A mulher em trabalho de parto está em um momento delicado, cheio de medos e incertezas, além de sob um grande desgaste físico, todos esses fatos fazem com que seja um momento difícil para tomar decisões racionais, e essa dificuldade deve ser respeitada;
- g. A instituição de saúde deve estar preparada para lidar com o fato de que todos os pacientes precisam ser tratados de forma individual, de acordo com seus próprios desejos, história e

interesses, não como uma espécie de “linha de montagem”, cuja tecnocratização equipara todos os pacientes e os trata da mesma forma, dentro das mesmas regras e no mesmo tempo; por fim,

- h. Existem também as mulheres que impõem seus desejos sem terem necessariamente obtido conhecimento prévio junto às instituições médicas, mas sim através de outras mulheres da família (ou da comunidade) que também pariram.

Com base nos pontos acima, constata-se que, ao acompanhar uma mulher em trabalho de parto, há um desafio enorme, que é manter uma postura estável entre a ciência, a ética e a humanidade. Esse equilíbrio consiste em respeitar a autonomia da mulher, como um indivíduo capaz de expressar seus desejos e opiniões, respeitar que há uma outra vida que também tem direitos. Agindo deste modo, o profissional de saúde não pode considerar que sua atuação será preterida, mas sim que receberá valorização pela qualidade e pela ética do serviço prestado.

Talvez possamos tentar estabelecer características típicas de situações, não excludentes entre si, em que as mulheres conseguem, de alguma forma, agir com autonomia:

- As mulheres que fazem algum tipo de ruptura: são aquelas que brigam com a equipe, que não autorizam procedimentos, que ficam em casa o máximo de tempo possível;
- Empoderamento: Como auto-confiança, a certeza de que são capazes faz com que as mulheres tentem buscar alternativas, procurem por equipes e locais mais adequados, pesquisem sobre o assunto ou confiem no próprio corpo, pois estão inseridas em um *habitus* familiar

no qual outras mulheres também conseguiram parir sem intervenção médica e

- Equipe preparada: Equipe que atua baseada em evidências científicas e cujos profissionais fornecem uma abertura real para que a mulher possa decidir.

Para poder compreender essas mulheres, seriam necessárias outras pesquisas, que analisassem como elas são tratadas no hospital, o que elas querem, como elas agem e o que esperam, (da mesma forma como foi feita a dissertação do Leitão, realizada em Portugal).

3.2 PODER SIMBÓLICO

É um tema complexo analisar a dominação e o poder simbólico na assimetria das relações estabelecidas entre médicos e parturientes, pois o tema perpassa desde a medicalização do corpo feminino, a construção dos saberes médicos como algo inalcançável para o público não-médico até a garantia dos direitos humanos básicos.

Dentro da instituição hospitalar, as relações entre médico-enfermeira e médico-paciente são altamente hierarquizadas. O médico possui um maior capital simbólico, que o valoriza enquanto indivíduo e profissional. Por ter o poder de compor e fazer o serviço de saúde funcionar de acordo com os seus interesses, as posições desses profissionais de saúde – em especial os médicos – são altamente estratificadas. São os detentores da fala oficial sobre o corpo e a doença.

Deduz-se que, contrariamente aos outros conhecimentos constituídos cuja evolução obedece quase que inteiramente a uma lógica interna e que se redefinem, a cada geração, menos contra a opinião leiga do que contra as posições dos especialistas da geração

precedente, a medicina científica teve que contar com a opinião leiga, impor-se contra a opinião leiga e contra o “preconceito”, e via-se obrigada a definir a cada momento de sua evolução o corpo de conhecimentos e práticas que constituem a legalidade médica; também, ao mesmo tempo, a definir seu contrário, reunindo o conjunto das práticas e conhecimentos ilegais numa mesma categoria definida negativamente por oposição à medicina legítima: a medicina “popular”. (Boltanski, 1989, p 14)

Fica claro com esse trecho escrito por Boltanski que a própria construção da medicina enquanto disciplina dá-se utilizando os conhecimentos empíricos da “medicina popular”, depois volta-se contra estes, que passam a ser considerados ilegais. Incluídas entre os praticantes da medicina popular, como curandeiros e parteiras, estão também pessoas que têm capacidade de se autorreferenciar e ter opiniões sobre o seu próprio corpo e sua própria doença.

Boltanski descreve que a diferença entre médicos e outros detentores de conhecimento e técnicas específicas dá-se pela medicina ser uma atividade exercida diretamente sobre o doente, que pode saber algo sobre seu próprio corpo e a doença que contém, mas não necessariamente sobre a doença de modo geral. Em outras profissões, a atividade é direcionada a objetos inertes, sem capacidade de raciocínio.

[...] deve-se observar que a atividade dos médicos não se exerce diretamente sobre a doença, mas sobre o doente, que, diversamente do carro consertado pelo mecânico, não é só um objeto inerte, mas pode saber-se doente, saber alguma coisa sobre sua doença, desejar sarar e ter uma

opinião sobre a maneira como se deve proceder para curá-lo. Resulta então que o médico, ao contrário da maioria dos outros especialistas, tem perpetuamente que se defender contra um “exército ilegal” de sua profissão e fazer presente que ele é o único com direito a praticar a medicina e o único representante da legalidade médica. (Boltanski, 1989, p. 13)

Lutas simbólicas acontecem no interior dos espaços sociais e resultam no estabelecimento de hierarquias entre os agentes nele envolvidos, cuja intenção é resguardar ou melhorar sua posição no campo. O poder simbólico de fazer ver e fazer crer depende da posição que é ocupada no espaço social pelo agente e do capital por ele acumulado (Bourdieu, 1998, p. 151).

Numa relação entre duas pessoas, a presença da que tem maior capital, é suficiente para impor à outra, um reconhecimento extorquido de forma violenta. Esta violência invisível e silenciosa (violência simbólica) expressa-se através das declarações feitas por locutores de classes diferentes. (Bourdieu, 1998, p. 150).

Em meio à luta simbólica pela produção do senso comum, que corresponde ao monopólio da visão legítima do mundo, isto é, explícita e pública, os agentes investem o capital simbólico que adquiriram nas lutas anteriores e sobretudo o poder que detêm sobre as taxonomias instituídas, como os títulos. No caso dos médicos, isso fica mais evidente se comparados com outras profissões que atuam dentro do hospital, como enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Por muitas horas e um momento muito

intenso, muito mágico, muito sagrado, o momento do nascimento de um bebê. E que envolve muita emoção. Que envolve toda uma família que fica esperando do lado de fora do hospital. E a tendência é tratar isso de uma maneira muito bruta, sabe? Se alguém liga pra dentro de uma sala de parto perguntando se a filha está ali, se vai demorar muito, eles respondem: "a gente não sabe e a gente vai pedir pra não voltarem a ligar, a hora que nascer a gente avisa". Essa é uma questão que envolve todos os profissionais que estão ali, não só o médico, toda a equipe de enfermagem também, tá todo mundo trabalhando dentro dessa perspectiva que é muito totalitária e muito tecnicista. (Entrevistada 1)

Mas, principalmente quando comparado com as pacientes, o médico apresenta-se a partir do próprio título – ou geralmente de um que nem possui, como o de doutor – para assim reafirmar-se dentro da instituição e demarcar sua hierarquia em relação à paciente (Bourdieu, 1998, p.146).

É a raridade simbólica do título no espaço dos nomes de profissão que tende a comandar a retribuição da profissão (e não a relação entre a oferta e a procura de uma certa forma de trabalho): segue-se daqui que a retribuição do título tende a tornar-se autônoma em relação à retribuição do trabalho. Assim, o mesmo trabalho pode ter remunerações diferentes, conforme os títulos daquele que o exerce. Dado que o título é em si mesmo uma instituição (como a língua) mais duradoura que as características intrínsecas do trabalho, a retribuição do título

pode manter-se apesar das transformações do trabalho e de seu valor relativo: não é o valor relativo do trabalho que determina o valor do nome mas o valor institucionalizado do título que serve de instrumento o qual permite que se defenda e se mantenha o valor do trabalho. (Bourdieu, 1998, p 149)

Na instituição hospitalar, o profissional de saúde – principalmente o médico – detém o saber científico e a técnica para controlar os acontecimentos, destituindo a mulher de qualquer tipo de poder.

Em seu discurso, o profissional coloca-se como ator principal do parto. A mulher atua como coadjuvante e o seu corpo transforma-se em objeto, ao invés de sujeito principal dessa ação. É nitidamente uma relação assimétrica, na qual o profissional de saúde exerce este papel, centrado no procedimento técnico. Tal relação emerge da fala e da maneira de agir com a mulher: quando ela ajuda, é para favorecer a assistência e não sua própria autonomia. (Griboski, 2006, p 111)

O corpo feminino é compreendido como um veículo para a reprodução do saber e do poder simbólico. De acordo com Tornquist (2003) e Griboski (2006), os profissionais de saúde reconhecem a autonomia da mulher somente até o ponto em que ela aja de modo esperado por estes. Como foi analisado anteriormente, a autonomia da mulher – mesmo em um tratamento considerado humanizado – é mínima. Um pré requisito para ser possível agir com autonomia é receber informação adequada, o que raramente acontece. Além disso, é preciso que o médico saia do pedestal que o transforma em

locutor legítimo sobre o corpo feminino e fique ao lado da mulher, em um diálogo que tente diminuir as desigualdades entre os capitais simbólicos de ambos.

Para falar de dominação simbólica, é necessário falar sobre gênero. Bourdieu acredita que homens e mulheres incorporam, sob a forma de esquemas inconscientes de percepção e de apreciação, as estruturas históricas da ordem masculina. Desta forma, tanto os esquemas que os dominados aplicam àquilo que os domina são produtos da dominação, quanto seus pensamentos e percepções são estruturados em conformidade com as estruturas da relação de dominação que lhes é imposta. Portanto, seus atos são atos de reconhecimento de sua submissão (Bourdieu, 1999, p. 13, 22).

Na relação entre os gêneros, em que se confrontam um *habitus* masculino e um *habitus* feminino, a dominação masculina é uma forma de violência simbólica. Para Bourdieu, um dos maiores efeitos da dominação simbólica é a imposição de certas representações sexuais, construídas socialmente a partir das diferenças anatômicas, principalmente dos órgãos genitais, entre o corpo feminino e masculino, que servem como justificativa naturalizada para a hierarquização das diferenças, fato perceptível na divisão social do trabalho. Para que a dominação masculina aconteça na saúde, é preciso que muitos agentes tenham incorporado as estruturas dominantes que estão no meio social, construídas de forma arbitrária e reconhecidas como legítimas e verdadeiras. Essa submissão não é um ato consciente, nem fruto de reflexão. (Bourdieu, 1999, p. 20 e Bourdieu, 1996, p. 31).

O estado social da mulher é inferior ao homem. Não estou defendendo isso, mas é a realidade. [...] A obstetrícia é um ramo da medicina extremamente masculino. Não tem um livro sobre obstetrícia escrito por uma mulher, tudo por homem. Os primeiros

obstetras, os obstetras mais importantes, tudo homem. E as mulheres pra brigar com os homens, tentam se masculinizar naquilo que eles tem de pior, então você encontra muito mais mulheres agressivas do que homens. (Entrevista 4)

O entrevistado 3, assim como o entrevistado 4, encontra essa diferença de gênero na profissão médica, dizendo que a mulher médica tende a ser mais violenta do que os homens, para poder assegurar seu lugar dentro da instituição:

E principalmente se ele for homem, e as médicas se tornam um pouco homem também, o poder as faz homem, elas se acham mais que outras mulheres. Como tu vai nascer e vai morrer a mesma coisa, nessa hora tu é obrigado a ser humilde. Quanto mais humilde tu estiver, mais vai estar em harmonia. Tu não vai dar nada e não espera nada em troca. Faça uma pesquisa sobre as residentes em obstetrícia, veja quantas mulheres fizeram parto normal? Cada cem, uma ou meia. A maternidade ela deforma, ela não forma. No começo elas eram super favoráveis e saem de lá super contra, uma residente combina com a outra de fazer a cesárea. [...] É possível fazer uma relação de igualdade se tu ficar de ouvinte, tu já fica mais igual. A pessoa quando procura o médico na real ela quer falar. (Entrevista 3)

Ao meu ver, tais análise sobre as formas de dominação de um gênero sobre o outro (ou até mesmo num contexto mais amplo, como as formas de dominação simbólica) são um tanto rígidas. Quando Bourdieu diz que, dentro das estruturas, os atos realizados pelos agentes são o reconhecimento de sua submissão

e são conformados com essas estruturas impostas, fica implícito que essas relações possuem um caráter imutável, não revolucionável. Entretanto, quando analisamos toda o percurso pelo qual o ato de parir passou ao longo dos séculos e principalmente nos últimos 50 anos, fica claro que a dominação não é tão rígida nem para quem domina e nem para quem é dominado, mas que, dentro do campo (que é por si um espaço de lutas) existe uma luta expressiva que consegue – mesmo que ao longo de muitos anos – alterar pouco a pouco essa estrutura. Existe hoje em dia o acesso ao parto humanizado, mesmo que ainda longe de um modelo ideal e sem ser garantido a todos. Esse modelo de parto humanizado é realizado com o auxílio dos médicos, que histórica e socialmente tem seu capital social em um patamar mais elevado do que o da população não médica. Se é possível que os próprios médicos – com seu lugar definido na estrutura social – alterem a forma de atuar no cuidado prestado, fica difícil de aceitar que as estruturas sejam tão rígidas e todos os atos sejam o reconhecimento da submissão ou dominação dos agentes.

**

É sabido que o processo de obtenção do conhecimento médico faz com que a intenção da conduta dos médicos para o próprio corpo seja alterada. A mulher que entra na faculdade de medicina pensando em um parto normal, sai com uma cesárea combinada com outra colega de residência:

A maioria dos obstetras também não [conhece parto normal] porque vão fazer cesáreas eletivas, mas aquelas que um dia tiverem um parto talvez possam mudar a sua experiência. Uma das médicas que são atuam de forma humanizada tem um trabalho sobre isso. No começo da faculdade elas

dizem que querem o parto normal, até o final da faculdade elas vão ter mudado de idéia e vão optar pela cesariana. (Entrevistada 1)

O Entrevistado 4 diz que as mulheres médicas não estão habituadas a ver um parto respeitoso e sem intervenções desnecessárias, e por esse motivo escolhem a cesareana. Se tivessem acesso a um parto humanizado, talvez domiciliar, elas mudariam de ideia ou a própria formação médica supervaloriza o saber científico e a intervenção técnica?

Com exceção das médicas, que preferem a cesareana, por um viés de observação, estão habituadas a ver partos [normais]em ambientes inadequados, desrespeitosos, violentos. Elas não querem isso [um parto normal tradicional e violento] para elas. (Entrevista 4)

É interessante perceber que, mesmo tendo o título de médico (perante a paciente talvez haja uma distinção que faça gradações entre os médicos no que concerne a idade e sexo, pois quanto mais velho, mais experiência e, se for homem, teria um saber maior ou maior poder), a língua possui nuances que não são tão exatas quanto imaginei. Pensava que, se alguém possuísse o título de médico, não haveria outros questionamentos sobre a palavra dada, no entanto, a entrevistada 1 relata que já foi questionada por uma parturiente, que a perguntou se ela já tinha tido filhos (e o mais importante, se já os tinha parido). A entrevistada, a contragosto, mentiu que sim, que tinha dois filhos (o que não corresponde à realidade), com a intenção de dar validade a sua fala, pois somente o capital simbólico que o título de médico ostentava não bastava para aquela paciente, que precisava de uma interação pessoal com a profissional que a atendia. Esta também reconhece tal “lacuna” e concorda que

entenderá melhor os mistérios do momento do parto quando parir:

Eu tenho muita dificuldade, por não ter parto ainda, em orientar as mulheres em trabalho de parto. Muitas vezes elas me olham no olho e dizem: “mas tu já passou por isso? E uma vez eu menti e disse “já. Dois”. Mas eu acho que só poderei entender na hora que passar. (Entrevistada 1)

Nenhum dos entrevistados homens relatou ter sido perguntado sobre a forma como os filhos nasceram, caso tivessem filhos. Essa pergunta para a entrevistada 1 aparentemente provém de uma interação especial entre ela (médica e mulher) e a paciente grávida. Especulo que a idade da entrevistada também seja influente na relação com a paciente, pois é visivelmente jovem, portanto, teria menos experiência do que uma mulher médica mais velha.

De acordo com Pereira (2004), no que diz respeito à saúde, o poder simbólico está apoiado em três pilares:

- a. Benevolência: a generosidade que consiste em tratar quem não pode pagar;
- b. Monopólio do saber: manutenção do privilégio dos saberes sobre o corpo e como nele intervir; e
- c. Desqualificação do outro como portador de saberes e direitos sobre seu próprio corpo e saúde.

Se a parturiente é tratada de modo a não conseguir se auto-referenciar pelo distanciamento causado pela linguagem médica e pela falta de explicações acessíveis e compreensíveis sobre seu estado, ela não poderá agir de forma autônoma, pois para isso, faz-se necessário obter conhecimento sobre a situação e liberdade de influências.

O poder simbólico que contribui com a aura de magnanimidade que cerca a prática médica, do ponto de vista dos que a exercem, diz que não é preciso informar sobre o que se faz quando se está fazendo uma coisa para beneficiar outrem. Apresentar-se, falar o próprio nome ou informar porque está se fazendo esse ou aquele procedimento fica reservado quando a relação se dá entre iguais ou, pelo menos, entre indivíduos que se reconhecem como tal. (Pereira, 2004, p 393)

Quando a mulher passa por esse tipo de situação, podemos explicitar duas questões: uma diz respeito à aceitação do tratamento recebido – e do tratamento “generoso”, pois é isso o que ela merece receber, por não poder pagar. Essa aceitação demonstra o local em que a mulher está no mundo, agindo de forma submissa por sua condição socioeconômica. A segunda questão diz respeito ao lugar do médico, que, agindo de forma paternalista, demarca seu lugar como, além de pertencente a uma classe social diferenciada, detentor de poder simbólico. Essa generosidade é baseada no poder simbólico, que é a

Transfiguração das relações de dominação e de submissão em relações afetivas, a transformação do poder em carisma ou em encanto adequado a suscitar um encantamento afetivo (no qual) o reconhecimento da dívida torna-se reconhecimento, sentimento duradouro em relação ao autor do ato generoso (Bourdieu, 1996, p 176)

Os saberes em saúde foram feitos para cuidar de quem havia sofrido algum tipo de violência fora da instituição, mas sem analisar que a própria conduta efetuada pode ser produtora de

violência, tentando passar por generosidade.

A medicalização do parto faz com que o médico entenda que, por ter atendido a mulher e prestado algum auxílio médico, já cumpriu o seu dever. Não há espaço para nenhum tipo de interação social.

Essa suposta generosidade, mesmo em um tratamento considerado humanizado, como o banho de água quente e com um jato forte para diminuir as dores das contrações, não necessariamente existirá para auxiliar o trabalho de parto da mulher diminuindo as dores que ela está sentindo, mas para favorecer o trabalho dos próprios médicos, que, ao invés de fornecer diretamente a alternativa oferecendo o banho, mandam algum outro profissional (como um enfermeiro, um técnico de enfermagem ou um residente) encaminhar a mulher para o chuveiro:

O banho é uma ótima pratica disso. A gente sabe que o banho é uma maneira de promover a analgesia de forma natural, né? E todo mundo sabe que acelera o parto. Tem médicos que inclusive: “ta meio enrolado, ali, né? Manda pro chuveiro que vai voltar nascendo.” Tem aí um equivoco super grande também, né? “Manda para o chuveiro”, ao invés de falar: “oferece a ela um banho”. (Entrevistada 1)

Como pudemos perceber na observação feita por Tornquist (2003), nem sempre a atitude dos médicos é baseada no que preconizam o Conselho Federal de Medicina e a Organização Mundial de Saúde.

Se eu converso com uma colega que é endocrinologista, ela vai me dizer: “quando que a gente faz um ultrassom de tireoide? A

gente faz dentro de tal e tal, a evidência é essa". Mas na obstetrícia se eu digo: "quando que a gente faz episiotomia?" "A gente faz sempre. Porque isso desde mil e oitocentos se faz". É muito louco! Então existe uma resistência muito grande [a abandonar essas práticas]. (Entrevistada 1)

A OMS passou a divulgar na década de 1990, documentos baseados em estudos, classificando os procedimentos de rotina no atendimento ao parto em quatro categorias:

- a. Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas;
- b. Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas;
- c. Condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que, deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto; e
- d. Condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriadas, provocando mais dano que benefício.

Entre essas condutas, as que constariam no item b, por exemplo, são: posição horizontal durante o trabalho de parto ou parto, enema, tricotomia, força dirigida na expulsão do feto e a manobra de Kristeller, entre outras condutas. A questão central é que mesmo as práticas indicadas, podem causar danos se efetuadas de forma indiscriminada.

Em situações como a "descompensação" (estado em que a mulher não entende/obedece os comandos médicos e grita demais) durante o trabalho de parto ou quando mulheres desejam um parto normal, mas são submetidas a cesareanas eletivas sem real necessidade médica, há uma imposição violenta

da vontade do médico, que, baseado em sua competência legítima, usa de violência simbólica e física para fazer valer sua própria vontade, independente das exigências éticas de seu trabalho.

Tem muita cesárea que é indicada por descompensação materna. Não é por falta de paciência do obstetra, é por descompensação materna. Existe sempre uma alternativa de culpabilizar a mulher. E depois ainda vai ser dito que: “olha, a gente fez uma cesariana porque você não agüentou um trabalho de parto.” Eu vejo de outra forma: será que não foi o medico que não agüentou ver uma mulher se expressando durante o trabalho de parto? Porque é normal que a gente se expresse, grite. (Entrevista 1).

Para Bourdieu, ao tentar analisar a dimensão simbólica existente nas relações sociais, é antes de tudo necessário compreender como se dá o funcionamento do microcosmo no qual as relações sociais estão acontecendo.

A Entrevistada 1 terminou a residência há pouco tempo, então seu relato gira em torno do tempo em que esteve na residência. Ela categoriza as hierarquias existentes entre os médicos, estratificados entre professores/atendentes (staff) e estudantes, e dentro da categoria estudantes existem os residentes do primeiro ano (R1), segundo ano (R2), terceiro ano (R3) e quarto ano (R4).

As pessoas não me davam muito crédito. Como eu era *só residente* e quem tem poder ali pra determinar alguma coisa é o staff, é o medico responsável, então em diversos momentos eu tive que me calar em indicação

pra cesariana, por exemplo. Fica bem claro quem decide. Se um profissional chega e olha um prontuário e diz: por que ainda não feita a cesareana? Mesmo que tivesse uma evolução dentro do esperado, o que se faz é o que aquele staff manda. E é uma questão hierárquica. Em diversos momentos eu escutei: isso daqui é uma *instituição como um exército*, isso daqui funciona como um exército, você precisa se adequar e respeitar uma hierarquia. Só que a hierarquia acaba em algum momento me privilegiando. Se eu fui R1, eu vou me tornar R2, eu vou me tornar R3. O que eu puder fazer nos meus momentos em eu tinha “poder”, entre aspas, sobre alguém, que nunca foi o que eu queria, era de poder mostrar algo diferente, poder dialogar, poder fazer questionar. Às pessoas que estavam sob a minha orientação, poder proporcionar a elas um momento de discussão, de decisão conjunta. Coisa que não é feita dentro do hospital e que médico em momento algum aprende, desde sempre aprende que tem que respeitar isso, que tem sempre alguém que manda. O médico aprende desde muito cedo a respeitar isso, que tem alguém que manda e a gente precisa simplesmente respeitar. Não existe muito espaço para se pensar em coisas junto, um espaço para refletir, para questionar. As coisas são como têm que ser e muitas vezes sem uma explicação racional ou científica, muitas vezes é por questão de comodidade, ou porque “eu quero” ou porque “na minha pratica”. [...] Depois de um tempo em que eu já tinha R2 e R3, eu já podia determinar algumas coisas que aconteciam no plantão em que eu estava. O médico geralmente fica

no quarto dele e quem coordena o cuidado, toda linha de cuidado no plantão é o residente. E depois de um tempo eu podia dizer ocitocina só quando tiver indicação, buscando sempre as evidências, mas não só isso, buscar também a questão do respeito à integridade emocional da mulher. (Entrevista 1, grifos meus).

Nessa fala, está clara a hierarquização dentro da instituição hospitalar, que privilegia quem tem maior capital simbólico (no caso citado acima, abaixo dos profissionais médicos está a mulher, na base da hierarquia). Comparado ao exército, local conhecido pelas hierarquias e regras rígidas, a entrevistada relata a dificuldade em estabelecer um diálogo quando estava na base (como R1 ou R2), entretanto, quando chega ao terceiro ano, consegue utilizar esse poder em favor do que acredita e entende como correto (as ações baseadas em evidências científicas), inclusive alterando práticas estabelecidas como rotineiras dentro do hospital.

Sim, existem hierarquias. O ideal seria uma hierarquia invertida, onde a mulher estivesse no comando e ditasse o que quer aos profissionais (claro que dependeria da situação, se existiria algum risco para mãe-bebê). Mas é ao contrário, o staff manda e todos obedecem sem poder questionar e a mulher no degrau mais inferior, sem voz para decidir sobre seu próprio corpo. (Entrevista 2)

A segunda profissional entrevistada reconhece que existem hierarquias, inclusive deixa muito claro que ela tem um poder maior do que todos os outros profissionais, até em relação a médicos de outras áreas, como a neonatologia (ela pede que

deixem o bebê com a mãe por mais tempo e é atendida). Na opinião dela, a mulher deveria estar no topo da hierarquia, determinando a conduta.

As hierarquias de poder já começam na própria instituição. A instituição é muito mais importante que o profissional. As máquinas, mais que o profissional. E o profissional, mais do que os usuários. E dentro dos profissionais você tem o médico, tem o enfermeiro e você tem os outros. Existe uma hierarquia muito forte, tanto que o ato médico, proibir a enfermeira de assistir parto, proibir doula de entrar em hospital, proibir médico de assistir parto domiciliar, é uma tentativa desesperada de manter o status quo, é desespero mesmo. (Entrevista 4)

O entrevistado 4 reconhece a existência de uma força conservadora dentro da estrutura, mas na sua opinião o ideal seria não ter hierarquia.

A minha ideia e nem sempre você consegue, pois tem outras vias, tem você prá lá e eu pra cá, é tentar não ter hierarquia. Uma coisa que tento trabalhar no pré natal é colocar que eu estou lá como um esteio que ela pode ou não segurar. Inclusive tem partos que eu assisto do jeito que estou, sentado e sem fazer nada. Outra pergunta que eu costumo fazer para desmascarar essa questão de hierarquia é “quem entende mais de gravidez”, se é a mulher que está grávida ou eu. Geralmente a resposta sou eu, mas não. Eu tenho um tipo de conhecimento diferente do teu, agora nem é melhor e nem é pior. Se nós dois usamos os dois conhecimentos, o resultado final será

muito bom. (Entrevista 4).

Dentro da instituição, existem condutas protocoladas para atender os diferentes casos. Em um hospital que não tem uma prática reconhecida como humanizada e sim como tradicional, um médico que pretende agir de forma diferente daquela que é comumente realizada ali só o consegue se tiver um capital simbólico que se sobreponha aos dos outros. É o caso da Entrevistada 1, que inicialmente teve diversos problemas para tentar atender às pacientes da forma como acredita ser a mais respeitosa, mas quando foi reposicionada na hierarquia (no caso, tornou-se residente do terceiro ano) pôde mudar algumas coisas.

Agora, na Carmela, atender parto em banquinho, apagar as luzes, coisas mínimas, tentativas de respeitar o momento como algo sagrado e respeitar aquele momento como um ritual da mulher e do acompanhante - eram muitas vezes menosprezadas e até ridicularizadas. (Entrevistada 1).

Quando analisamos a possibilidade que os profissionais têm de impor seu poder em contraponto ao da instituição, a entrevistada 1 relata que, mesmo em uma instituição humanizada (o Hospital Universitário, HU, da UFSC), o médico que está de plantão orienta a conduta, reforçando que esse profissional tem grande autonomia, mesmo em uma instituição que opera de modo a se manter em funcionamento e ordem.

Dentro do HU na época eu acompanhava, eu podia vivenciar isso enquanto os profissionais que estavam lá me possibilitavam. Como é o caso agora, a Roxana está lá como professora e tenho relatos de colegas que dizem: não, quando

ela está lá é diferente. Então a gente brincava na época que tinha o dia da humanização, é o dia do plantão do Marcos Leite, era o dia o parto humanizado no HU. Fora isso, a assistência fica muito à mercê de quem é o médico assistente. (Entrevistada 1)

O entrevistado 4 diz que, mesmo em um hospital humanizado, podem existir pessoas que não estão de acordo com as condutas ali existentes, mas que de modo geral existem aqueles que acreditam no ideal, o que deixa o trabalho mais fácil de ser realizado com o que a instituição pretende. Porém, novamente, tudo depende do médico que estará de plantão e orientará a conduta.

O problema é que é uma questão individual. No hospital humanizado, tem pessoas completamente coadunadas com aquela filosofia, é fácil, é uma coisa que se dá espontaneamente. Então não depende do hospital, depende do profissional. Ainda são atitudes individuais e isoladas. (Entrevista 4)

A Entrevistada 1 faz um julgamento sobre como deveria ser a reação do médico que atende um parto. É de comum acordo entre os entrevistados que a formação universitária os ensina a ser assépticos, superiores e sem nenhuma ligação emocional com os pacientes, de modo a não atrapalhar a objetividade do atendimento. Para ela, é uma dádiva poder acompanhar o nascimento de uma criança, poder demonstrar alguma emoção genuína com o momento.

Eu acho que fui muito ridicularizada, mas por outro lado muitos residentes lá no fim das contas perceberam que isso poderia ser vivenciado de uma maneira um pouco mais

íntegra pra todo mundo, até mesmo o médico que é sempre tão forçado a estar o tempo inteiro no controle das coisas, que no momento em que ele se desarma e deixa vir a *emoção* de poder chorar junto com o parto, poder chorar junto com a mulher, com o acompanhante, com o pai chorando, você vê aquele homem forte se derramar em lágrimas quando nasce um filho, e o médico poder *chorar junto é uma dádiva*. Mas o médico é ensinado a não mostrar sentimento, a não se fragilizar. (Entrevistada 1, grifos meus)

O corpo da mulher tornou-se um objeto que se presta à manipulação do médico, deixando de existir qualquer tipo de subjetividade, pois há uma despersonalização: a mulher que entra no hospital deixa de ser um indivíduo com história e pertences e passa a ser algo, sem nada (exceto a memória) que o lembre do que é, sem voz sobre o próprio corpo, voz essa que muitas vezes nem existiria mesmo se fosse dada a oportunidade de falar, pois pouco ou nada sabe sobre o bebê que está por vir.

No entanto, não pude deixar de perceber que também há uma despersonalização do indivíduo médico, que tende a ser somente aquilo que se exige que sua profissão represente: objetividade, comportamento científico, neutralidade, nenhuma subjetividade, sem qualquer demonstração de emoção que o caracterize como humano, mas sim como um ser que é médico, somente. Não podemos cair na dicotomia simplista que polariza as mulheres como coitadas e os médicos como os vilões. Ao longo das entrevistas, pude perceber que, analogamente ao empoderamento das pacientes, há um empoderamento proporcional da parte do médico, para que consiga alterar seu *habitus* profissional.

Baseada no que analisei em todas as entrevistas, pude chegar a quatro instâncias que afetam a formação do médico

enquanto profissional:

- a. A formação acadêmica dos profissionais ;
- b. A hierarquização dentro do campo médico;
- c. A forma como o trabalho é realizado dentro da instituição; e
- d. O habitus médico.

A formação dos médicos visa capacitar profissionais prontos para obedecer o comando de um superior ou ser o próprio superior. Os estudantes não podem ter envolvimento emocional ou afetivo, devem ser a imagem que a sociedade espera de um médico: uma pessoa asseada, educada e objetiva.

Dentro do hospital, conforme foi dito anteriormente, há uma hierarquia rígida, na qual o médico (staff) está no patamar superior, comandando toda a linha de produção, seguido pelos residentes (no caso de uma instituição de ensino), depois pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem. É difícil que haja qualquer alteração na prática, pois estas estão endurecidas.

Muitas vezes, quando eu optava por atender partos nos banquinhos, eu fui me dar conta disso depois, como mudava a estrutura toda. Porque, as enfermeiras, técnicas de enfermagem estão acostumadas a ouvirem o chamado da “mesa” – que significa: a paciente será transportada até a sala de parto propriamente dita. E se elas escutam como eu gritava: “parto e aqui” – muitas vezes eu tive que buscar sozinha todo o kit de parto, pinças e coisas assim, porque o meu chamado era simplesmente ignorado. Aquilo mudava, porque quem limpa a sala de parto é uma

pessoa e quem limpa a sala de pré parto é outra, existe toda uma dinâmica que muda e as pessoas não estão preparadas para lidar com isso, com algo tão simples como mudar o local, né? O parto vai ser atendido de cócoras, num banquinho, aqui nesse pré parto. Tudo se transforma assim numa coisa muito caótica. E muitas vezes estão lá, assistindo televisão e não se deixam envolver. A regra é “não se envolva”. Com algumas exceções de alguns profissionais que ficam lá fazendo massagem, dando palavras de apoio, mas isso é muita exceção ainda. (Entrevista 1).

Dentro do hospital, a demanda de trabalho coloca no médico a decisão de todos os procedimentos, em um ritmo de trabalho longo e exaustivo. No caso da obstetrícia, os hospitais não têm estrutura para receber as mulheres para um parto natural, que pode levar muitas horas. No Brasil, o hospital costuma tratar as pacientes como uma linha de montagem para conseguir dar conta de atendê-las, posto que normalmente faltam vagas.

Porque demanda muito, né? Um trabalho de parto, estar responsável por uma sala de parto com sete pacientes, oito pacientes, às vezes, e cada uma com uma demanda diferente. Eu acho que vem um pouco do lado do médico, sabe? Eu acho que ele acaba encarando (eu fico falando ele, né? Eu não me coloco dentro do cesto). Eu acho que a gente, às vezes, se sente um pouco impotente, sabe? E diante da demanda que tem o trabalho de parto ao suporte emocional que tu precisa dar. Porque não é questão de tu ficar sentado num sofazinho esperando tudo acontecer.

Existe toda uma equipe que precisa estar toda entrosada, se dividir. (Entrevista 1)

O *habitus* como um *sistema de disposições duráveis* está inserido numa estrutura social cuja reprodução a legitima. Portanto, os profissionais também são de certo modo coagidos a atuar dentro dos parâmetros estipulados para que a estrutura continue a funcionar. Esse *habitus* funciona de modo a diferenciar os médicos dos outros profissionais e de principalmente de outras pessoas. Não é somente a mulher que é despersonalizada no parto, o médico também é despersonalizado ao longo de sua formação. É claro que a mulher que vai parir está em uma posição proporcionalmente pior do que a do médico que está ali atendendo-a, mas é inegável como os dois perdem a seu modo qualquer significado que um nascimento pudesse proporcionar, seja a mulher que deixa de parir com todas as sensações, dolorosas (faço um adendo, pois a percepção da dor é socialmente construída e legitimada) ou prazerosas, até para o médico que perde a oportunidade de poder sentir algo com aquele momento, como diz a entrevistada 1, é uma dádiva poder se permitir sentir. O *habitus* como um *sistema de disposições duráveis* está inserido numa estrutura social cuja reprodução a legitima. Os profissionais também são de certo modo coagidos a agir dentro dos parâmetros estipulados para que a estrutura continue a funcionar. Esse *habitus* funciona de modo a diferenciar os médicos dos outros profissionais e de principalmente de outras pessoas.

Fica claro com as entrevistas que, além da mudança na forma como os médicos utilizam a técnica no atendimento ao parto humanizado, há também uma alteração na forma como apreendem o momento, uma mudança estética no conceito de parto. O que antes era considerado “sujo”, como pele, suor, lágrimas, sangue, gritos e genitais expostos, passa a ter uma valorização positiva no movimento.

De um lado essas noções dão positividade ao corpo e à experiência feminina de dar à luz (a qual supõe certas condições biológicas óbvias), contrapondo-se a toda tradição ocidental de uma obstetrícia fundada em representações negativas e faltosas do corpo das mulheres. De outro, ao apontar para um instinto e uma natureza (poderosa, positiva) das mulheres, sugerem uma essência feminina universal, liberada da dimensão simbólica, e, ainda, uma equivalência entre feminilidade e maternidade, que compõe uma espécie de estética do parto, (Tornquist, 2002, p 490)

Entre os discursos dos entrevistados, também há referência a um modelo esperado de mulher e a uma característica inata a todas elas, chamada de “natureza” ou “intuição”, que seria algo passível de resgatar e necessário para um parto natural. Essa característica remete a algo ancestral, comum a todos animais, mas que entre as mulheres poderia ser abafado pela cultura.

o parto é intuitivo também, né? Eu gosto de falar quando eu converso com mulheres em consultas de pré natal em grupos sobre o comportamento dos bichos como uma maneira delas pensarem que não é algo tão difícil assim. que os bichinhos conseguem fazer sozinhos que elas conseguiriam fazer sozinhas também e gosto de orientar sobre o que elas devem fazer quando o neném nasce pra que elas saibam que não é um evento médico, que não é um evento que precisa acontecer dentro do hospital e que elas tem

completa capacidade de lidar com essa situação. Então acho que não, acho que a mulher não precisa saber necessariamente como se dá a passagem do bebê e a abertura do colo e as questões fisiológicas para parir. Acho que o parto é algo muito mais intuitivo do que qualquer coisa. (Entrevistada 1)

É também reservado ao médico ter um relacionamento sem o costumeiro distanciamento, podendo assim, demonstrar algum sentimento ao presenciar o nascimento do bebê.

Por muitas horas é um momento muito intenso, muito mágico, muito sagrado, o momento do nascimento de um bebê. E que envolve muita emoção. Que envolve toda uma família que fica esperando do lado de fora do hospital. (Entrevistada 1)

Mas, além de ser permitido ao médico agir assim, é compreendido como uma característica essencial para um bom atendimento. Um obstetra que atende um parto humanizado necessariamente deverá se sentir tocado de alguma forma com o nascimento que presenciou.

Um parto ideal é aquele [em] que a moça nem soube que tinha médico, o médico ainda está sob forte efeito emocional, ninguém falou com ela durante o trabalho de parto, mas ela se sentiu protegida. (Entrevistado 3)

Essa concepção de natureza na parturição, é recorrente entre os atores do movimento da humanização do parto e nascimento.

A categoria 'Natureza aparece com

freqüência no ideário, e parece ser um ponto de acordo entre as vertentes biomédica e alternativa. A argumentação alternativa e naturalista aproxima-se das concepções de fisiologia humana e do parto, tão caras à concepção biomédica. A recusa que se faz ao modelo tecnocrático de atenção ao parto e ao nascimento, visto como emblemático do modo ocidental de pensar e de viver, implica questionar o predomínio da técnica e da cultura sobre procedimentos tidos como naturais, postulando-se, no limite, um *retorno a uma vida mais natural*. (Tornquist, 2002, p 482)

É interessante perceber que a noção de que o feminino é um gênero regido pela sua própria natureza, com intuição e sensibilidades natas, é, ao que parece, uma releitura positivada da compreensão de natureza feminina que existia anteriormente na história, sobretudo sob influência religiosa. A mulher que antes era considerada um ser inferior, uma cópia imperfeita do homem, passa a ser valorizada pelo que antes era menosprezado: a capacidade sexual e reprodutiva, emocional, sensível, o que a torna diferente do homem.

Noção de universalidade do comportamento humano e da natureza feminina. O empoderamento das mulheres passaria pelo resgate dos poderes e saberes femininos que o processo civilizatório teria eliminado ou submetido. Esses poderes estariam centrados na condição natural, biológica e instintiva da mulher, ou seja, a sua sexualidade, sua capacidade reprodutiva, seu instinto maternal. No entanto, há um reconhecimento de que é preciso aprender a resgatar esses

saberes ancestrais, de onde a necessidade da didática do parir e do materno. (Tornquist, 2002, p. 490)

3.3 VIOLÊNCIA FÍSICA E SIMBÓLICA

Nas instituições, a forma mais comum de violência, de acordo com Bourdieu (1991), é a “violência simbólica”. Acontece quando o poder impõe sua visão do mundo social e distinções entre pessoas como legítima, disfarçando os reais interesses e as relações de poder desiguais existentes, a ponto de se tornar aceitável por ambos, dominadores e dominados. Nem toda relação de poder entre os agentes é violenta, mas toda relação de poder que visa sobrepor-se a outra pessoa com o intuito de dominar é uma forma de violência.

Uma das formas de se evidenciar a assimetria das relações existentes entre profissionais de saúde e usuárias é perceber que de cada cem mortes ocorridas no ciclo gravídico-puerperal, noventa poderiam ter sido evitadas (Faúndes; Cecatti, 1991, p. 19-30). A costumeira correlação entre a inserção de tecnologias médicas e a diminuição das mortes evitáveis não corresponde linearmente à realidade, pois, apesar da melhoria da qualidade dos equipamentos e de uma facilitação do acesso, as pessoas continuam morrendo por situações que seriam evitadas com acesso decente, tratamento adequado e sem uso em excesso de tecnologia.

De acordo com Diniz (2005), o uso irrestrito de tecnologia durante o parto levou ao atual paradoxo: é o que impede a redução da mortalidade materna e perinatal em muitos países.

Uma vez que esse uso irracional provoca mais danos que benefícios, há cerca de 25 anos inicia-se um movimento internacional por priorizar a tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre parturiente e

seus cuidadores, e a *des-incorporação* de tecnologia danosa. O movimento é batizado com nomes diferentes nos diversos países, e no Brasil é em geral chamado de *humanização do parto*. (DINIZ, 2005, p 629)

Seria de se esperar que a mortalidade materna tivesse uma diminuição significativa ao longo dos anos, após todos os investimentos do governo em aumentar a quantidade de atendimentos e ao facilitar o acesso ao pré natal e a informações.

As mulheres têm melhor nutrição, fumam menos, têm menor número de filhos, com intervalos mais longos entre os partos, fazem maior número de consultas de pré-natal, iniciam o pré-natal mais cedo, têm melhor imunização, melhor rastreamento para o diagnóstico de infecções e maior número de consultas no pós-parto (Diniz, 2009, p. 315)

Roseblatt, citado por Diniz (2009) como o cunhador há mais de 20 anos do termo “paradoxo perinatal”, mostra que os estudos sobre os cuidados com bebês prematuros têm maior relevância do que uma tentativa de evitar que nasçam antes de estarem a termo²⁵. Para esse autor, o paradoxo deveria ser analisado entendendo o que leva os médicos a terem uma prática com uso intensivo e sem restrição de intervenções em gestantes de baixo risco e falta de recursos em gestantes de alto risco. Essa tecnologia causa mais danos do que benefícios quando usada sem regulação.

No Brasil, na assistência ao parto podemos conviver com o pior dos dois mundos: o

25 Uma gestação “a termo” é aquela entre 38 e 42 semanas.

adoecimento e a morte por falta de tecnologia apropriada, e o adoecimento e a morte por excesso de tecnologia inapropriada. (Diniz, 2009, p 316)

A falta de acesso a leitos não é um problema facilmente encontrado em Florianópolis, portanto não entrarei na questão da peregrinação feita por mulheres que procuram uma vaga em maternidades pelo Brasil afora, pois não foi uma situação citada nas entrevistas.

Além do parto ser construído e encarado como um evento potencialmente perigoso e violento para a mulher e para o bebê, as intervenções praticadas pelos profissionais aumentam os danos.

Segundo Maia (2009) no modelo tecnocrático de assistência brasileiro, para as mulheres do setor público e do privado “só há duas alternativas de parir: um parto vaginal traumático, pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea”, sendo esta “uma marca de diferenciação social e de ‘modernidade’ “. A autora demonstra que o acirramento da disputa pelo modelo de assistência ao parto, com a legitimação oficial do modelo humanizado, ocorre no mesmo momento em que se acirram as pressões do Estado para regular a saúde suplementar e no qual se fortalecem as ações de promoção e prevenção da saúde. Tal *timing* não seria mera coincidência, pois seria impossível questionar o modelo de assistência ao parto sem questionar a lógica de assistência à saúde no Brasil. (Diniz, 2009, p 319)

De acordo com Diniz, as mulheres assistidas pelo setor

privado têm suas cesáreas agendadas para evitar que a mulher sinta as dores do parto e para se protegerem contra danos sexuais. As poucas mulheres que realizam um parto vaginal no setor privado o conseguem com a utilização da anestesia, o que torna tudo menos sofrido. Entre as mulheres atendidas no setor público, há um excesso de intervenções que visam acelerar o trabalho de parto, intervenções essas que aumentam a quantidade de dor sentida, porém não costuma haver a aplicação de anestésicos.

Em termos de modelo de assistência, a 'correção do corpo' preferencial para as mulheres brancas e de renda mais alta é a cesárea: "se o parto é um evento negativo, devemos preveni-lo". [...] Já entre as mulheres mais pobres e dependentes do SUS, o modelo correcional parte do pressuposto de que "se o parto é um evento negativo e não estamos autorizados a prevenilo, vamos pelo menos abreviar sua duração". Os recursos para sua aceleração incluem o uso rotineiro da ocitocina, a rotura precoce das membranas, e a episiotomia. Também são utilizados o descolamento manual das membranas, a redução manual do colo e a manobra de Kristeller (pressão fúndica), mas raramente há qualquer registro destes procedimentos. (Diniz, 2009, p 321)

Esses danos iatrogênicos não são assumidos como consequências da própria intervenção, mas como se fossem frutos do parto em si.

Desta forma, o dano iatrogênico é invisibilizado e re-descrito como um dano "natural" do parto, associado ao processo

fisiológico e não às intervenções. O uso rotineiro da episiotomia e dos fórceps para primíparas ainda é ensinado em importantes Faculdades de Medicina, à revelia de toda evidência científica de sua inadequação e sem que as mulheres tenham qualquer chance de fazer escolhas informadas. (Diniz, 2009, p 320)

Na estrutura do ensino de medicina oferecido pelas universidades, há uma ínfima valorização do ensino de ética e da comunicação com o paciente, somado a um tradicional treinamento dos residentes para reproduzirem as estruturas das relações de poder entre os profissionais (Hotimsky, 2009).

Silvia [doutoranda]me relatou que havia solicitado a Fernanda[residente], antes do parto, permissão para fazer episiotomia naquela paciente. Sabia que, na verdade, Eliete [paciente]não precisaria fazer uma episiotomia, pois tratava-se de seu segundo parto e não tinha, de antemão, indicação para tal. Porém pediu autorização para fazê-lo por haver assistido a três partos normais até aquele momento de seu estágio de 5o ano, todos sem episiotomia. Como pretendia especializar-se em ginecologia e obstetrícia, considerava muito importante exercitar a prática daquele procedimento cirúrgico durante o internato.[...] A decisão de fazê-lo sem indicação médica foi tomada sem consulta prévia a um especialista em obstetrícia e ginecologia. Alias, não havia especialista presente naquele momento no centro obstétrico [...]. Fernanda disse à interna, posteriormente, *“Na verdade, não*

precisava de episio, mas não é errado fazer." Cabe salientar que esse procedimento foi realizado, como é frequente, sem qualquer analgesia ou anestesia. Ocorreu num plantão noturno, quando não há anestesista disponível no centro obstétrico da Faculdade Y. Anestesistas só podem ser solicitados a comparecer àquele serviço no plantão noturno em casos de urgência e emergência obstétrica. Além disso, Fernanda sequer procurou realizar o bloqueio de pudendo, forma de analgesia local. Conforme explicou para Silvia e para mim, não gostava de fazê-lo, pois raramente havia visto essa forma de analgesia local "pegar". [...] Eliete gemia de dor. Fernanda perguntou: *"Está doendo? Vai doer um pouquinho mesmo, mas não é insuportável, é?"* Eliete respondeu que não. Silvia fez um ponto que Fernanda considerou mal feito e lhe pediu para refazê-lo. Foi, a cada ponto, instruindo Silvia acerca de como posicionar a agulha, em que direção esta deveria penetrar cada camada de músculo, tecido subcutâneo ou pele e como utilizar a pinça para auxiliá-la a puxar a agulha para o outro lado da camada sendo suturada. Outro ponto, particularmente profundo, o "ponto do marido", foi mal executado por Silvia na avaliação de Fernanda, que lhe pediu para retirá-lo e refazê-lo. Eliete gemia muito e novamente Fernanda perguntou, *"Está doendo ou incomodando?"* Eliete respondeu, *"Está DOENDO MESMO"*. Fernanda então lhe disse, *"Mas é suportável, não é? Nada pior do que a Alice (nome da filha da paciente que nasceu) passando!"* O modo como Fernanda desvalorizou a dor e fez pouco caso do

sofrimento de Eliete acima, é uma forma comum de abuso de poder e de negação da subjetividade de mulheres. (Hotimsly, 2009, p. 3)

Esse abuso de poder e violência física, endossada por violência simbólica, contra a paciente é algo rotineiramente documentado nos estudos sobre a assistência ao parto no Brasil. Há uma naturalização da violação dos direitos humanos, que é repassada inclusive para os estudantes de medicina e futuros médicos.

Sobre o ensino de intervenções que não são consideradas benéficas em instituições de ensino apenas para que o estudante aprenda a realizá-las, dois dos profissionais entrevistados relataram reconhecer a existência dessa situação. A entrevistada 2 – que é professora universitária - diz que é uma questão complicada, pois alguns procedimentos o estudante precisa aprender antes de se formar, como locar um fórceps, mas nem sempre há a real indicação. Se houvesse uma paciente com anestesia, com desaceleração do trabalho de parto, a entrevistada 2 tentava flexibilizar (assim como os outros professores, provavelmente em diferentes graus pois ela é a conhecida como “humanista”) a evidência, para permitir a aprendizagem do aluno, pois, em situações do tipo, não há urgência (em caso de urgência, ela explica que o próprio staff locaria o fórceps, por ser um momento de muita tensão) e o residente poderia aprender com tranquilidade e sem pressa. É pedida a autorização para a paciente e explicado que o residente irá aprender, que é um estudante. Também é possível ensinar com bonecos, mas a entrevistada 2 relata que a diferença é grande. Ressalta saber que é algo muito difícil de lidar, que é um problema ético, por isso ela tenta ver quem tem uma indicação – mesmo que não urgente – e deixar o residente aprender, pois não se pode realizar uma intervenção se o paciente não tem uma real necessidade.

A entrevistada 1 relata que passou por situação na qual se

viu confrontada a realizar um procedimento para aprender, mesmo sem concordar com a necessidade da prática:

Eu várias vezes me recusei a usar o fórceps em mulheres de baixa renda, mulheres que não tenham o acompanhante junto com elas, mulheres que são tão, infelizmente, ignorantes (no sentido que ignoram), que não vão reclamar, que se façam fórceps. Eu deixei de aprender o uso do fórceps pra evitar expor a mulher a uma situação dessas. Eu sempre questionei isso, como se faz episiotomia para um doutorando aprender, como se faz episiotomia, praticamente todas as mulheres nos primeiros meses de residência, porque o residente precisa aprender. Então não é um aprendizado orientado. (Entrevista 1)

A entrevistada 1 recusou-se a realizar os procedimentos que ela, enquanto estudante, deveria fazer para aprender, independente de não existir uma indicação fisiológica da mulher para tal. Ela esclarece que como estudante ela “deixou de aprender” com a recusa, mas que seu aprendizado teria sido melhor se ela aprendesse as reais indicações para as intervenções. Porém, como esperar que os estudantes aprendam a realizar procedimentos baseados em reais indicações se tais procedimentos não são considerados pela OMS e pela MBE como intervenções benéficas? Para a entrevistada 2, se dependesse da opinião dela, ninguém mais ensinaria a prática da episiotomia. Mas e o fórceps de alívio ou chamado “de aprendizagem”? É como se existisse uma gradação na qual os procedimentos (que ainda são considerados válidos na prática obstétrica tradicional, mas não por pessoas inseridas no movimento da humanização) pudessem ser pautados pelo grau de violência contra a mulher, estando a episiotomia no patamar mais elevado e o fórceps de

alívio em um patamar médio. Apesar de ensinar o segundo, a entrevistada tem clareza ao dizer que é um problema ético, pois ela “flexibiliza” a indicação para conseguir beneficiar seus estudantes e ainda com a autorização da mulher, que está “esclarecida” sobre o procedimento. Sabendo do poder que a fala médica exala, como esperar que uma mulher negue um procedimento, se vários médicos perguntam a ela se “pode” ser feito, que “não fará mal”? Como poderá a mulher atendida recusar que um estudante aprenda manipulando seu corpo, se dela depende somente a boa vontade de autorizar? Se a paciente negar, quem garantirá que ela não será tratada de forma discriminada? Assim como Eliete na pesquisa elaborada por Hotimsky, as mulheres de modo geral aceitarão a intervenção, pois é do médico a fala legítima sobre o corpo. O parto está, no senso comum, considerado como um evento perigoso; a intervenção é vista como como um auxílio e a prestação do serviço, como benéfica. Eliete, assim como a maioria das mulheres que passam por hospitais escola, não negaria o que o próprio médico pede como “um favor”.

Na minha concepção a gente deveria aprender inclusive quando que se indica, né? A gente deve aprender a usar, mas a gente deve aprender como usar. E aprender como agressivo isso pode ser, como dilacerante isso pode ser, não apenas pro corpo físico, mas também pro emocional dela, saber que seu bebê teve que nascer por fórceps, né? Como a gente escuta essas historias do passado, onde a maioria das mulheres tinham o seu bebê. Como tem muitas maternidades do país que tem o parto com analgesia, episiotomia e vácuo, pois assim é. (Entrevista 1)

A principal diferença entre as duas entrevistadas é que a

primeira relata seu período de residência em um hospital com práticas “tradicionais” (como sinônimo de não baseadas em evidências científicas) e a entrevistada 2 é professora em um hospital de ensino considerado humanizado. Portanto, a primeira entrevistada enxerga um recorte social, econômico e racial na escolha das mulheres que receberão certas intervenções, o que agrava ainda mais o que já era inadmissível.

Não me estenderei muito nesse assunto por sentir que me faltam fontes específicas, sobretudo estudos da própria maternidade. Sobre a qualidade do acesso, fica claro que há uma diferença gritante entre os serviços prestados para as diferentes camadas sociais. A população mais pobre receberia uma assistência de pouca qualidade e deficiente em tecnologia necessária e a população mais rica receberia intervenções demais. Os estudos que vi (não quer dizer que não existam estudos do tipo) ao longo da elaboração desse trabalho de conclusão de curso não faziam um recorte de classe tão claro, eram mais específicos quanto ao gênero: a violência ocorre por ser contra uma mulher.

A violência obstétrica é causada primeiro pelo status social da mulher que ainda é inferior ao do homem, não tem jeito. Por exemplo, quantos úteros e ovários se tiram desnecessariamente? Eu não conheço um homem que tirou o testículo por não querer mais filho. Tem uma diferença de gênero muito forte. (Entrevista 4)

A entrevistada 2 responde que não percebe um recorte claro assim, dependeria somente da situação fisiológica da mulher. Por exemplo, uma mulher anestesiada sem conseguir empurrar e com uma desaceleração do trabalho de parto, poderia receber um fórceps para “auxiliar”. É compreensível também que essa profissional não enxergue isso por não ser condizente com seu status dentro da instituição, que é o de uma profissional

inserida no contexto da humanização do parto, portanto essa atitude talvez não fosse tolerada em um plantão em que ela estivesse presente.

Uma situação reconhecida por quem estuda e trabalha com o parto humanizado são os prejuízos de uma internação precoce.

Se faz muita internação precoce. Se faz muita internação porque a mulher já foi varias vezes, porque ela tá assustada, porque ela vê na televisão “a mulher que ganhou no terminal”. Toda mídia também age no sentido de criar esse clima todo, né? De que parir é muito perigoso, de que o bebê pode morrer na barriga, então ela fica peregrinando no hospital e vai e volta, até que se interna ela, porque o médico já cansou de atendê-la na emergência e ela é internada precocemente. Essa mulher está mais sujeita a sofrer violência e sofrer intervenção. A mulher que chega a trabalho de parto estabelecido, que tem acompanhante que suporte vê-la naquele sofrimento emocional, que dê suporte emocional, acho que ela está protegida. Às vezes, ela nem precisa estar bem informada, ela só precisa estar segura da sua capacidade de parir. Muitas vezes, tem um círculo familiar de mulheres que pariram. Agora, tem muita mãe, eu já pedi pra muitas mães saírem durante o trabalho de parto sabe? Porque chega num momento em que elas falam “doutora, faz uma cesárea, porque eu também não consegui parir. Ela não vai conseguir parir”. Eu já pedi pra trocar, sabe? Oferecer: “olha, será que não tem alguém que possa vir, ir pra casa descansar um pouco. Tá sendo muito difícil pra senhora ver essa

mulher, né? Ver sua filha sofrendo.” E de repente vem alguém que está ali pra dar carinho, uma massagem, um abraço, né? Dá uns beijinhos e deixá-la mais segura e pronto, acontece! Tem muitas coisas por trás, quem é essa pessoa que tá acompanhando? Qual é a história que está por trás da mulher, essa pessoa que tá do lado? (Entrevista 1).

A intersetão precoce é um dos fatores de risco para que a mulher sofra violência obstétrica. Uma das explicações é que o precoce pode ser caracterizado como um trabalho de parto ainda no início ou uma mulher que ainda não entrou em trabalho de parto. Para as duas, uma cascata de intervenções recairá para que o trabalho de parto delas fique dentro do tempo estipulado pelo hospital como necessário para uma mulher parir.

São intervenções como a rotura da bolsa amniótica (que marcaria uma “contagem regressiva” para que o parto acontecesse, pois cada hospital tem uma quantidade de horas expectantes padrão), a inserção de um medicamento que visa dilatar o colo do útero (conhecido como misoprostol, mesmo princípio ativo do Citotec), a aceleração das contrações com o uso de ocitócitos, um fórceps ou vácuo extrator e por fim uma episiotomia para “favorecer” a saída do feto.

A entrevistada 1 dá um exemplo de violência física e abuso de poder que claramente marcou a sua experiência:

Vi uma vez um episódio que foi muito forte com um colega de residência que se contaminou. Ele se furou. A paciente já tinha tido o neném e ela estava sentindo muita dor enquanto ele suturava a episiotomia. Ele se contaminou com uma agulha porque ela se movimentava muito e eu tava do lado e eu saí, não consegui ficar até o fim. E eu dizia: “coloca mais anestésico, ela tá sentindo dor,

tu não tá vendo?” E ele respondeu: “não, agora ela vai sentir o que eu senti”. E aí terminou de suturar, praticamente sem o anestésico, uma episiotomia que é muito doída sabe? Qualquer mulher que já recebeu isso pode dizer que é, ou que tá se recuperando de uma episiotomia, né? Várias camadas de músculo que são cortadas, é uma sutura profunda que se faz, sabe? Então ele descontou um pouco da raiva dele nesse momento, pelo risco de ser contaminado com alguma doença, era uma paciente que não tinha pré natal, sozinha, sem acompanhante. Então são essas as mulheres que sofrem violência, né? Não é uma mulher escolarizada, são as mulheres de baixa renda, são as negras, são as mulheres sem acompanhante, são as mães solteiras: essas são as mulheres mais vulneráveis a sofrerem violência durante o parto. (Entrevista 1).

Mais uma vez fica claro que existe uma estratificação entre as mulheres que sofrem a violência obstétrica. O profissional mencionado usou de seu poder dentro da instituição para deliberadamente praticar uma violência física contra aquela mulher, que, além de receber uma episiotomia, ainda foi suturada sem anestesia para que “pagasse” por tê-lo feito sofrer. Não foi considerado que aquela mulher não tinha um pré natal, que estava sem acompanhante por algum motivo pessoal. Ela foi vista como a paciente que estava se mexendo e que não deixou que o médico finalizasse o procedimento, não como alguém que estava sentindo dor em uma sutura de um procedimento desnecessário que estava sendo realizado sem anestésico.

Não existe uma situação específica que gere um comportamento violento por parte do profissional, mas, de acordo com o entrevistado 4, é um problema individual que vem

desde a falha na formação médica:

Acho que é muito mais uma resposta individual. Há uma variedade de modos de agir que todos os médicos pegam, você pega desde aquela pessoa que chegou ali e que quer um parto de cócoras ou até uma que quer uma cesareana com hora marcada, uma que não quer o parto de jeito nenhum, uma que não quer a cesareana de jeito nenhum. Então da mesma maneira que nós somos treinados para lidar com uma emergência médica, nós deveríamos, mas não somos, treinados para lidar com uma emergência, entre aspas, psicológica. Então quando entra um embate pessoal, vai depender da bagagem e a forma de lidar com isso. E de modo geral o médico é despreparado. (Entrevista 4).

O entrevistado 3 diz que, para uma mulher ser tratada de forma violenta, vai depender tanto da forma como ela agir, quanto da própria humanidade do profissional, que é passível de erros:

Para a mulher ser tratada de forma violenta, vai depender de como ela agir, de como ela encarar, depende da relação e do contato feito, ela pode ser prejudicada. Imagina se está demorando e ela começa a reclamar? É um ambiente hostil para ela mesma, aí pega uma pessoa que está mal, que passou na fila da ponte, que mora lá em Forquilha e tem que entrar na maternidade as cinco horas da manhã e saiu de casa as três horas, daí escuta alguém falar mal, tu vai ver só. Para a

mulher nessa condição não precisa ser material a agressão, pode ser um olhar agressivo, um cheiro. [...] Acho que não conseguem perceber que são violentos. Tem dias que eu aqui fico maluco com os pacientes, eles dizem alguma coisa que te ofende, não sou Buda nem Cristo que dá a outra face, tu tens que ter muito controle ou entedimento. (Entrevista 3)

Eu pergunto aos entrevistados se os profissionais que agem de forma violenta conseguem enxergar a violência inscrita em suas ações:

Então esse é um problema da medicina, claro que na hora do parto isso toma uma dimensão muito maior, porque a pessoa se utiliza do poder que tem sobre outro pra diminuir a potência do outro, pra tirar a autonomia, pra espezinhar, muitas vezes, sobre a dor. Mas eu acho que a maioria dos médicos não enxerga. Se tu me perguntar por que eles não enxergam, eu acho que eles estão cegos. Foram cegados pela rotina, foram cegados pela repetição, não conseguem enxergar como cada mulher, cada família, cada nascimento é outra coisa diferente que tá acontecendo. É muito mais um ciclo que deveria estar fazendo pra gente evoluir, né? Mas não, é a repetição do mesmo e aí se torna enfadonho, talvez. Não sei te explicar por que os caras cegam né? Mas é uma boa pergunta: por que os caras cegaram? (Entrevista 1)

Os entrevistados 1, 2 e 4 têm a mesma percepção sobre o fato de os profissionais que agem de forma violenta não

perceberem a violência dos seus atos.

Na maioria das vezes os profissionais não conseguem enxergar a violência. Da mesma maneira que o peixe não enxerga a água em que nada, dificilmente um profissional que esteja completamente coadunado no estilo de pensamento vai perceber que existem coisas diferentes, formas diferentes de fazer a mesma coisa. (Entrevista 4)

Para os três, há uma naturalização da violência, pela repetição de padrões que vêm desde a universidade e perseveram no cotidiano das maternidades.

É preciso uma reflexão que não fazem, não por serem pessoas ruins, mas por terem naturalizado e só reproduzirem o padrão. Para agir de forma diferente é preciso ir atrás de conhecimento, estar aberto a mudanças de postura, que são difíceis e gradativas. (Entrevista 2)

O entrevistado 3 tem a percepção de que o comportamento violento é inato, uma característica adquirida através da família, da genética, do nascimento e da criação recebida:

Acho que isso [o comportamento violento] vem de casa. Acho que esse médico, essa parteira, já nasceu num ambiente hostil. Na real, ele está sendo o que ele é mesmo, não mudou nada, uma coisa leva a outra. Como pode um Buda nascer do Hitler? Não pode, o bicho é ruim, deve ter o gosto ruim, eu não comeria um bicho desse. (Entrevista 3)

Ser atendida em uma instituição reconhecida como humanizada não é garantia de que o tratamento será respeitoso e não violento:

Mesmo numa instituição considerada humanizada, há um tratamento violento. Nem todos os médicos são iguais, nem todas as pessoas são iguais, é como eu te falei, tem pessoas que são obrigadas a trabalhar ali dentro com aquela filosofia e que muitas vezes extrapola e extrapola muito os limites aceitáveis, até. (Entrevista 4)

De acordo com a entrevistada 2, o problema da instituição humanizada é não continuação do treinamento na área aliado a uma administração paternalista:

O HU, por exemplo, é um hospital considerado humanizado, há uma alta taxa de partos verticais, a taxa de episio é mínima. Mas não há uma formação continuada dos profissionais, as pessoas que incentivavam muito o atendimento respeitoso foram saindo e não houve continuidade no tipo de atendimento, por faltar uma capacitação dos novos funcionários, faltar pessoal engajado no movimento. É a questão da beneficência, o hospital é melhor do que a maioria dos hospitais públicos, então o que se faz é considerado mais do que suficiente e portanto os funcionários e direção acreditam que não é preciso fazer algo para melhorar ainda mais. (Entrevista 2)

É de comum acordo entre os profissionais entrevistados

que só haverá uma mudança para melhor no atendimento ao parto quando as mulheres se organizarem para cobrar seus direitos:

Então esse processo de reverter essa situação tem que começar com as mulheres. Eu sou muito descrente que esse processo vá começar na escola médica, sabe? Que bom que tem gente que está lá lutando por isso, mas eu só vejo piorar. Acho que a gente está passando por uma crise na medicina, de descrença, inclusive. Eu vejo vários colegas dizendo que “a gente não vale nada, porque tem manicure que ganha mais que uma consulta médica”. Eu digo: “olha, é isso aí!, o que a gente tem feito?” Qual o tipo de medicina que a gente oferece, né? Nos Estados Unidos a quarta causa de morte é a própria medicina, por erro, por administração de medicação que cruza, por cirurgia desnecessária. Tem gente que fica fazendo mamografia desde os quarenta anos e começa a descobrir e tiram a mama de mulher que não tem câncer. Não é à toa que a gente tá desacreditado, né? A gente está numa crise e não [sei] como que a gente vai resolver, mas acho que vai ser no caminho da reivindicação das populações, de grupos organizados – não só de mulheres, mas de usuários do sistema de saúde, cada vez mais se envolvendo politicamente. Inclusive para solicitar, a gente tem a faca e o queijo na mão. [...] Eu acredito que vai ser através da mulher. Da mulher se organizando e exigindo, questionando, fazendo inclusive aquele profissional pensar. (Entrevistada 1)

A entrevistada 1 acredita que, para que ocorra uma mudança no sistema obstétrico atual, é preciso que as mulheres percam o discurso médico que está incorporado, que naturaliza a intervenção e a violência.

Muitas mulheres que vem de grupo de classe popular e descrevem como foi seu parto ou então quando a gente vai orientar como fazer os exercícios e se tu fosses orientar essa mulher ao parto o que tu dirias? Daí uma diz: ah, vai ser assim, tu vai ser internada, tem um monte de gente que vai te examinar, vão te fazer uma lavagem, vão te dar um sorinho, vão te fazer um corte e o neném vai nascer. Então elas têm o discurso medico incorporado, sabe? E essa é a maneira que elas entendem como uma maneira natural de nascer, absolutamente medicalizada. Então esse processo de reverter essa situação tem que começar com as mulheres, eu sou muito descrente que esse processo vá começar na escola medica, sabe? (Entrevistada 1)

Um modo de prevenir a violência obstétrica seria no nível individual: a mulher procuraria um obstetra que estivesse de acordo com suas expectativas. Um obstetra que tem um índice alto de cesareanas dificilmente respeitaria a tentativa de um parto humanizado. O profissional escolhido deveria estar presente na hora do parto (ou num parto particular, ou pela sorte de ser o plantonista no hospital público), pois ser atendida por um plantonista de hospital público ou particular, isto é, alguém com quem a mulher não tem uma relação de proximidade, não evitaria algum tipo de violência e não limitaria as intervenções (que também podem ser uma forma de violência).

Nossa senhora, é muito difícil prevenir a

violência obstétrica. A nível particular é fácil, é tentar escolher melhor o seu obstetra. Senta na sala de espera, conversa com as pessoas, vê como é que foi os partos, se você está sentada na tua primeira consulta e só tem gente que fez cesareana, vem na segunda consulta e só tem gente que fez cesareana e o médico diz que faz parto de cócoras, desconfie. Agora na instituição é muito difícil, a questão do poder é muito assimétrica. (Entrevistado 4)

Contratar uma equipe para prestar assistência ao parto humanizado requer certo poder aquisitivo, que de forma alguma é acessível a todas as mulheres. Visando o público que consome esse tipo de parto, uma maternidade particular de Florianópolis possui um quarto com banheira, cama, bola suíça, entre outros apetrechos considerados úteis para um parto humanizado.

Consumir um parto humanizado também é um consumo, também é algo que tem um certo modismo, não gosto de falar disso, mas tem. Também é um nicho e por isso a gente consegue se manter também. Ou tu acha que se não fosse um nicho de mercado seria tão fácil ter uma banheira de parto numa maternidade particular? Houve um determinado momento em que alguém abriu os olhos para o dinheiro. (Entrevista 1)

Podemos dizer então que é mais viável prevenir a violência institucional se a mulher tem poder aquisitivo suficiente para contratar uma equipe e parir em uma maternidade particular, contratar uma equipe que atenda parto domiciliar ou morar em uma cidade que possua uma casa de parto. Às mulheres pobres, dependentes do serviço público de saúde, resta

a sorte (de morar perto da casa de parto ou, excepcionalmente, receber atenção humanizada em hospital ou maternidade) ou receber um tratamento gratuito e violento.

Grupos de usuárias organizadas acreditam que para tornar o abuso de cesáreas aceitável, é fundamental manter o parto vaginal o mais doloroso e danoso possível, se preciso negando as evidências científicas às quais a prática médica supostamente deveria aderir. A demanda pela cesárea, no Brasil, seria sobretudo uma demanda por dignidade, já que o modelo de parto “normal” típico é intervencionista e traumático. Trata-se de “uma escolha entre o ruim e o pior”, entre duas formas de vitimização. Nas palavras de uma usuária, “se tiver que cortar é melhor cortar por cima, porque em baixo é uma área mais nobre”. (Diniz, 2009, p 321)

O entrevistado 3 ressalta, ao longo da entrevista, que as mulheres deveriam se organizar para reivindicar seus direitos. Além disso, uma forma de prevenir a violência obstétrica seria investir em uma formação humanista dentro da universidade, com o intuito de alterar a criação que receberam:

Para prevenir a violência obstétrica, tinha que começar com a formação dos professores, para daqui 100 anos, e investir macicamente na educação das pessoas, investir na formação de parteiras e doulas[...] Muitas pessoas que foram criada errada depois se sensibilizam. Eu acredito que a pessoa possa mudar, ela pode. (Entrevista 3)

Todos os entrevistados concordam em um ponto: a

mudança na situação obstétrica do país só acontecerá quando as próprias usuárias aprenderem a reivindicar seus direitos. Não partiria da classe médica, nem da enfermagem, nem do próprio governo, mas da população civil, que deveria exigir uma atenção digna.

É algo muito complexo e que só vai mudar no dia em que vocês, mulheres, se organizarem. Enquanto vocês não tomarem a posição de vocês, não vai mudar. (Entrevista 4)

Mas, para que as mulheres sintam-se aptas a cobrar seus direitos, elas devem primeiramente conhecê-los e se reconhecerem como portadoras desses direitos. Entretanto, os médicos enquanto classe não podem se isentar de iniciar as mudanças necessárias para a alteração do sistema obstétrico brasileiro atual.

**

Se formos pelo caminho que Boltanski assinalou, a construção da medicina é toda pautada em transformar o saber médico em um saber indisponível para a população não médica. Para tal, a população que sempre teve como se auto referenciar, que conhecia algo sobre o próprio corpo e a doença que portava, deixa de ter esse acesso, pois há uma luta contra a medicina popular, considerada ilegítima.

Quando a mulher entra em um hospital para parir, é despersonalizada, destituída de ser alguém para ser algo, um corpo que presta a manipulação médica. Como vimos anteriormente, a formação médica é alicerçada em uma distinção dos médicos das pessoas não médicas, que estariam em um patamar inferior. É exigido do médico que este seja aseado, que aja com clareza, que utilize a ciência para nortear sua técnica.

Como a ciência e a legitimidade da fala sobre o corpo estão a seu favor e existe um distanciamento da relação médico-paciente, há uma vulgarização do sofrimento dos que são tratados. A banalização da violência tanto pode ser uma resposta individual dos médicos ou uma coletiva, compartilhada entre os diferentes profissionais, como uma forma de vulgarização das desigualdades sociais existentes em toda sociedade. Neste ponto, vemos que os Direitos Humanos, e mais especificamente os Direitos Sexuais e Reprodutivos, são renegados pelos médicos e plenamente desconhecidos pelos pacientes.

Para que os profissionais consigam alterar seu *habitus* e atuar de forma diferente, não é suficiente, por si só, trabalhar dentro de uma instituição que tem como premissa o atendimento humanizado, mas sim necessário que os profissionais compartilhem da filosofia do atendimento. É um processo longo, tanto de alteração do *habitus*, de percepção de que sua técnica pode ser violenta, de aprender a conseguir se relacionar com os pacientes e assimilar uma prática que seja adequada.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa pretendeu analisar as entrevistas realizadas com quatro obstetras de Florianópolis (SC) sobre o respeito à autonomia da mulher em trabalho de parto e parto, num contexto de atendimentos marcados por relações de poder e violência simbólica. Esses obstetras foram escolhidos por terem o reconhecimento de sua prática como humanizada no atendimento prestados as parturientes.

Não há uma forma de definir o conceito de humanização. Não é algo que obrigatoriamente defina os profissionais que trabalham em uma instituição considerada como tal, nem que defina algum profissional que porventura trabalhe em uma instituição não-humanizada. Portanto, há uma decisão, por parte dos atores, de aderir ou não àquela conduta da instituição. É nesse ponto que fica claro que o conceito de *habitus* é universal para dar validade à pesquisa, mas que em algumas situações não pode ser encarado como uma condição não consciente. Para que haja uma mudança social, é preciso um nível de consciência em pelo menos alguns indivíduos.

Para que os profissionais de saúde atendam de forma considerada como humanista, é preciso que alterem a sua prática, incorporem técnicas adequadas e reestruturem o que tinham incorporado como um tratamento correto.

Entre os entrevistados, percebemos que em 3 deles a mudança do *habitus* profissional ocorreu de forma gradual, levando anos até que a prática e a técnica correspondessem ao que julgavam ser um atendimento correto. Essa incorporação de técnica vem com a estruturação do movimento e com as diversas pesquisas feitas em outros países, que corroboravam o que os entrevistados compreendiam como certo até que haja um ambiente político compatível.

Essa emancipação (frequentemente chamada de empoderamento entre os diversos atores do movimento) é

necessária também nas mulheres que pretendem ser atendidas. É por esse motivo que todos os profissionais atendidos acreditam que é pelas mulheres que qualquer mudança deva ocorrer, por nossa cobrança (eu sempre sou incluída nas falas dos entrevistados como uma representante das mulheres), apesar de fazerem parte de grupos que reivindicam e tentam alterar o paradigma existente.

Para que as mulheres optem por esse tipo de tratamento, precisam ter a oportunidade de agir com autonomia. Para tal, é necessário obter conhecimento sobre o assunto, ter a possibilidade de decidir (sem influências externas) e ter o respaldo e o respeito da instituição e dos profissionais. Entretanto, mesmo quando perguntados sobre a autonomia feminina em uma instituição humanizada, os profissionais entrevistados foram da mesma opinião: não é possível agir com autonomia, nem mesmo em um hospital humanizado, quicá em um tradicional. A autonomia da mulher em um hospital humanizado é mínima, posto que existem regras, rotinas e condutas específicas que visam resguardar a instituição e a equipe. Para que seja minimamente possível à parturiente agir de forma autônoma, ela deveria se encaixar em uma ou mais alternativas não excludentes entre si: por uma ruptura (mulher que chega no hospital já em trabalho de parto avançado, que briga com os médicos para não receber uma episiotomia, etc); por empoderamento (uma forma de autoconfiança baseada em conhecimento prévio, que faz com que a mulher procure e opte por alternativas); ou por uma equipe que dê um suporte real e efetivo para que a mulher banque suas próprias opções.

O poder que a classe médica detém em relação a seu conhecimento profissional é maior em comparação com os outros trabalhadores da saúde. Quando comparado à mulher, essa disparidade fica ainda mais evidente, pois toda construção ocorrida na formação do médico faz com que este esteja em um patamar mais elevado socialmente. É dele a fala legítima sobre o

corpo, sobre a doença. O poder simbólico do médico está apoiado em três pilares: a benevolência, o monopólio do saber e a desqualificação do outro. A benevolência ocorre mesmo em um hospital humanizado. A entrevistada 2 relata que não há continuidade na capacitação dos profissionais e nas melhorias do hospital, pois o que é feito já é melhor do que na maioria dos hospitais.

Os dados analisados possibilitaram verificar que os médicos são, desde sua formação universitária, incentivados a não terem nenhum tipo de relação pessoal com as pacientes, pois isso atrapalharia em sua objetividade no tratamento oferecido. Percebemos que há uma despersonalização também do indivíduo médico, que deixa de “sentir” e vivenciar o parto e o nascimento que acompanha.

Quando dizemos que há algo para sentir em relação ao parto e nascimento, isso significa que há uma alteração da forma como esses processos são percebidos: de um evento violento, passa a existir uma forma positiva de apreciação. Para tal, é necessário que o médico permita-se sentir; portanto, essa despersonalização deixa de ocorrer, ou pelo menos é atenuada.

Positivização também ocorre no conceito de “natureza feminina”, que, de inferiorizada em relação ao homem, passa a ser considerada como algo melhor justamente pelo que era menosprezado: o ciclo reprodutivo. Todos os profissionais acreditam que há uma espécie de instinto que comanda as ações na hora do parto, este que é um momento de introspecção e não racionalidade. As mulheres teriam uma força inata, impalpável e imponderável, que as guiaria pelos mistérios da parturição. Mas também há a necessidade de ter conhecimentos sobre o assunto, sobretudo por existir uma luta constante para conseguir um parto decente no Brasil.

Para vencer essa luta – parir sem violência, sem intervenções desnecessárias, podendo usufruir o momento –, fica claro que ou a mulher tem a sorte de ser atendida por um

plantonista que a respeite (em um hospital público, ou seja, atendida em uma Casa de Parto) ou que pague por uma equipe que esteja coadunada com seus desejos, para atendê-la em uma maternidade particular. Ainda assim, ser atendida em um hospital considerado humanizado não é garantia de um tratamento respeitoso, pois existem profissionais que não compartilham da filosofia do local.

Diversas questões podem ser levantadas com a análise desse trabalho de conclusão de curso, principalmente no que tange a violência obstétrica, tema que pouco trabalhei. Sobre a autonomia feminina, seria interessante um estudo com observação do atendimento, tanto do ponto de vista de quem o presta quanto de quem o recebe. Um estudo com outros obstetras, sobre seu atendimento em comparação com a humanização do parto e suas diferentes perspectivas. Outro tema relevante seria esclarecer as mulheres atendidas sobre o que é violência obstétrica e verificar o atendimento recebido. Espero que a pesquisa seja válida como mais uma tentativa de suscitar o debate sobre a assistência obstétrica no Brasil, inclusive propondo uma crítica construtiva, de dentro do movimento pelo parto humanizado.

ANEXO

Roteiro de perguntas

Início, formação.

- Como foi a formação do Sr./Sra?
- Como foi o início dos atendimentos?
- Como foi o primeiro parto atendido?

A humanização do parto

- O primeiro contato com um parto natural sem intervenção?
- O primeiro contato com a humanização do parto?
- O que fez optar por esse caminho?
- E a relação com colegas de profissão? Eles resistem à defesa do parto humanizado?
- Como foi o início, a mudança de paradigma, de conduta tradicional à humanização?
- Quais os impedimentos para a humanização do parto?
- O que visa a humanização do parto?

A instituição hospitalar

- Quais hospitais já trabalhou? Já trabalhou no HU?

- Como é dar esse tipo de atenção à mulher dentro da instituição hospitalar?
- E a equipe, age da mesma forma dentro de um hospital humanizado?
- Dentro do hospital, existiam tensões entre os diferentes profissionais quando uma mulher paria?
- No HU, os estudantes tem privilégios para aprender procedimentos, mesmo que não sejam necessários?
- Como funcionam as hierarquias entre os funcionários e usuárias?

O parto

- O que acontece em um parto considerado ideal?
- Ele pode ocorrer dentro do hospital?
- Como a mulher age em um parto ideal?
- É imprescindível um conhecimento prévio sobre o processo do parto para que uma mulher consiga parir?
- O que é importante para que uma mulher possa parir com respeito?

Autonomia

- Dentro do hospital, a mulher consegue agir com autonomia?
- De que maneira as mulheres podiam demonstrar e exigir autonomia?

- Todas conseguem?
- Quais as características das mulheres que conseguem agir assim?
- Qual é a diferença p/ a mulher, de um atendimento humanizado p/ um não humanizado?
- Após o parto, qual a satisfação da mulher atendida em um PHumanizado?
- Todas as mulheres estão aptas a decidir? Se não, quais não estão?
- Lembra-se de algum caso onde a mulher conseguiu decidir e bateu de frente com a equipe?
- Em um hospital humanizado a paciente deveria ser tratada com respeito, sem violência, com autonomia para tomar decisões. Na prática isso acontece?

Violência Simbólica

- Dentro do HU, os profissionais agiam sempre de acordo com evidências?
- Em que momentos deixaram de agir?
- De acordo com Susan Tornquist, quando as mulheres gritavam e eram "descompensadas", a equipe passava a agir diferente. Como?
- O Sr/Sra. sempre dava informações e pedia autorização sobre os procedimentos?

- Existem casos onde mesmo em hospital humanizado a mulher é tratada de forma violenta?
- Os profissionais de saúde conseguem identificar a violência institucional?
- A violência obstétrica é um problema de que âmbito? Causado pelo que?
- Como prevenir?

Relações de poder

- Em um parto humanizado, como são as relações de poder entre mulher e profissionais de saúde? Existem hierarquias?
- É possível fazer algo para denunciar colegas que agem de forma antiética?
- Quem atende os partos em hospital público?
- Em que medida é possível estabelecer uma relação de igualdade com as usuárias, baseada no conhecimento dos direitos a saúde e reprodutivos, em um tratamento humanizado?

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J L T. **Respeito à Autonomia do Paciente e Consentimento Livre e Esclarecido: Uma Abordagem Principlialista da Relação Médico-Paciente**. Rio de Janeiro, 1999.

AMORIM, M. **Estudando Episiotomia**. 2012. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-episiotomia.html> Data de acesso: 10/12/2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humanização do parto, humanização no pré natal e nascimento**. Brasília, 2002) <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>

BRENES, A C. **Revista Médica de Minas Gerais** 2008; 18(2): 141-147

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 3. Ed. RJ: Graal, 1989.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 2. ed. RJ: Bertrand Brasil, 1998.

_____. **Razões práticas: Sobre a teoria da ação**. Campinas: Papius, 1996.

_____. **A dominação masculina**. RJ: Bertrand Brasil, 1999.

_____. **Esboço para uma autoanálise**. Lisboa: Edições 70, 2003.

BUSANELLO, J. Et al. **Humanização do parto e a formação dos profissionais de saúde**. Cienc Cuid Saude 2011

CERTEAU, M. **Artes de Fazer: A invenção do Cotidiano**. Editora Vozes, Petrópolis, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Código de Ética Médica**, 2009- 2010.

http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122 Acesso em: 10/12/2012

DINIZ, C S G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo 1997

_____. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciências & Saúde Coletiva 2005.

_____. **Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal**. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum, p. 313-326, 2009

_____. **Entre a técnica e os direitos humanos**. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

GRACIA, Diego. **Fundamentos de Bioética**. Coimbra:Gráfica de Coimbra, 2008

GRIBOSKI, R. A, Guilhe, D. **Mulheres e profissionais de saúde: O imaginário Cultural na humanização ao parto e nascimento**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006

GROSSI, Mirian. **Na busca do “outro” encontra-se a “si mesmo”**. In: GROSSI, Miriam (Org.). Trabalho de campo e subjetividade;, Florianópolis, PPGAS/UFSC, 1992. P.7-18.

HOTIMSKY, S. N. **A violência institucional no parto no processo**

de formação médica em obstetria. 2009

LEITÃO, F. J. C. **Autonomia da mulher em trabalho de parto.** Universidade de Lisboa, 2010.

LEVY, Neil. **Neuroethics.** p73. Cambridge:Cambridge University Press, 2007.

MAIA, M B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte.** Belo Horizonte, 2008.

PEREIRA, W. R. **Poder, violência e dominação simbólica nos services públicos de saúde.** Texto Contexto Enferm 2004

PROGIANTI, J M. **Parteiras, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partejar (Rio de Janeiro 1934-1951).** Universidade do Rio de Janeiro, 2001.

RATTNER, D. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas Públicas.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 13, núm. 1, Botucatu, SP. 2009

ORTIZ, R. (org.), (1983). **Pierre Bourdieu.** São Paulo: Ática. (Coleção Grandes Cientistas Sociais). 1983.

REHUNA, <http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos> . Acesso em 02 de setembro de 2012

TORNQUIST, C. S. **Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil.** Cad. Saúde Pública, 2003 Rio de Janeiro

_____, C. S. **Armadilhas da nova era: Natureza e maternidade no ideário da humanização do parto.** Estudos

feministas, 2002

_____, C. S. Parto e Poder: **O movimento pela humanização do parto no Brasil**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

VIEIRA, E. M. **Medicalização do corpo feminino**. Col. Antropologia e Saúde, Fiocruz, 2002.