



JULIANA DOS SANTOS CORBETT

**GRUPOS DE APOIO A GESTANTES E CASAIS E
SEUS EFEITOS NA JORNADA PARA O PROTAGONISMO
DAS MULHERES NO PARTO**

CAMPINAS

2016



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

JULIANA DOS SANTOS CORBETT

**GRUPOS DE APOIO A GESTANTES E CASAIS E SEUS EFEITOS NA JORNADA
PARA O PROTAGONISMO DAS MULHERES NO PARTO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva: Políticas, Gestão em Saúde, na área de concentração: Política, Gestão e Planejamento.

ORIENTADORA: LAURA LAMAS MARTINS GONÇALVES

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA JULIANA DOS SANTOS CORBETT E ORIENTADA PELA PROF^ª. DR^ª. LAURA LAMAS MARTINS GONÇALVES.

CAMPINAS

2016

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

C81g Corbett, Juliana dos Santos, 1977-
Grupos de apoio a gestantes e casais e seus efeitos na jornada para o protagonismo das mulheres no parto / Juliana dos Santos Corbett. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Laura Lamas Martins Gonçalves.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Parto humanizado. 2. Saúde da mulher. 3. Autonomia pessoal. 4. Educação em saúde. 5. Informação. I. Gonçalves, Laura Lamas Martins, 1977-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Support groups for pregnant women and couples and their effects in the journey towards women's protagonism in childbirth

Palavras-chave em inglês:

Humanized birth

Women's health

Personal autonomy

Health education

Information

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Gustavo Tenório Cunha

Juliana Luporini Nascimento

Antonieta Keiko Kakuda Shimo

Data de defesa: 26-02-2016

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO
JULIANA DOS SANTOS CORBETT

ORIENTADORA: Laura Lamas Martins Gonçalves

MEMBROS:

1. PROF. DR. Gustavo Tenório Cunha

2. PROF^a. DR^a. Juliana Luporini Nascimento

3. PROF^a. DR^a. Antonieta Keiko Kakuda Shimo

Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: DATA DA DEFESA 26/02/2016

“Sabemos Parir”

(Rosa Saragoza)

"Siente que el momento llega.
Siente: tus huesos son fuertes.
Siente: estamos ayudando.
Lo divino está contigo.
Siente: el niño está en la puerta.
Vivirá para abrazarte.
Siente: estás en buenas manos
y eres parte de la tierra.
Tienes lo que necesitas,
madre de todos nosotros."

E nossa história
Não estará
Pelo avesso assim
Sem final feliz
Teremos coisas bonitas pra contar

(Legião Urbana)

Para meu Augustus e meu Pablo.

Juntos, vivemos as dores, amores e reparações na jornada de conceber, nascer, encontrar, ser mãe, ser pai e ser filho. Ser uma família.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Augustus, meu anjo que, por nossa experiência de nascer um filho e uma mãe, me despertou para compreender meu parto, que senti como roubado e, assim, dar início à luta pela humanização do parto e nascimento.

Ao Pablo, amor, amigo e companheiro que me acompanha, contribui e entrou nessa luta comigo no pensar, no construir e na gravação, produção e edição do vídeo.

Meus pais, José e Neusa, como exemplos de vida e contribuição na construção de minha militância.

Aos meus irmãos, Ziço e Maia, que me apoiam e seguram a barra sempre.

A três grupos incríveis que só conheci por ter percorrido esse caminho pela humanização do parto e nascimento. E com esses encontros e participações pude aprender e fazer grandes amigos e amigas, companheiros e companheiras de vida:

- 3º turma do Mestrado Profissional, agradeço ter a oportunidade em conhecer cada um e sei que levo grandes amigos, obrigada pelo companheirismo, apoio e ajuda presencial e virtual. Em especial ao amigo que esteve mais perto, ajudando, acolhendo e me dando forças nessa caminhada do mestrado e da vida, Daniel Rigotti.

- Ao fórum de Humanização do parto e nascimento de Campinas, pela acolhida, novas amizades, troca e construções coletivas, em busca de um parir e nascer melhor.

- À 6ª Turma do curso de Psicologia da Assistência Perinatal, pela possibilidade de conhecer um grupo de mulheres incríveis, as Demandetes da Perinatal, com quem aprendi, que me ouviram, que me acolheram, com quem pude aprofundar o tema, que iluminaram meus pensamentos, trouxeram contribuições, novos olhares e muito carinho. Em especial ao meu “Estranho Íntimo” Alexandre Coimbra do Amaral que hoje chamo de amigo.

Ao professor Gustavo Tenório Cunha, pela disposição em mostrar caminhos possíveis para o mestrado profissional.

Aos amigos que estiveram comigo nesse processo, são muitos e não vou escrever cada nome para não correr o risco de esquecer de ninguém, pois não foi fácil. Em especial à amiga de sempre Gabriele Lemes que me acolheu e apoiou no puerpério, e a grande amiga Gláucia Telles, que me pegou pela mão, me orientou (no início desta jornada) e me ajudou a seguir em frente.

À Laura Lamas Martins Gonçalves, pela contribuição e orientação com os desafios deste processo a distância.

Aos grupos, Arte de Nascer, Dar a Luz, Samaúma e Vínculo pela disponibilidade e contribuição. Em especial ao Dar a Luz por disponibilizar o espaço para as filmagens e acreditando no projeto do vídeo.

Ao Berçário Casa da Árvore por disponibilizar o espaço para as filmagens, contribuindo com as mães e bebês e acreditando no projeto do vídeo.

A todas as mulheres que se disponibilizaram para a pesquisa e em especial às nove participantes que me receberam, acolheram e que dividiram suas histórias comigo. Essas têm suas narrativas descritas nesse trabalho: Raquel, Vanessa, Natália, Mariana C, Cláudia, Milena, Mariana M, Anne e Juliana. A vocês meu muito obrigada.

E aos bebês cujo crescimento pude acompanhar nesse processo da pesquisa, pois estavam com suas mães em seus relatos de amor.

A todos e todas minha eterna gratidão.

RESUMO

O ato de nascer é repleto de símbolos, mitos e tabus relacionados com a sexualidade humana e também produzidos pelo olhar histórico sobre o corpo da mulher. Em vários lugares do mundo, o parto é vivido e entendido como algo natural, que não necessita de muita intervenção. No Brasil, entretanto, fomos construindo um modo de nascer altamente medicalizado. Mulheres estão vivendo situações difíceis em relação ao desfecho de seu parto: os sentimentos, os significados e a própria experiência da mulher e sua satisfação nesse processo de gestar e parir têm sido mitigados e também por isso a atenção ao parto e nascimento tem sofrido crescentes críticas nas últimas décadas. O movimento de Humanização do Parto e Nascimento vem se fortalecendo no Brasil e contribuindo com a premissa de que o acesso a informações claras e de qualidade durante o pré-natal, favorece o protagonismo das mulheres no parto. Esta pesquisa buscou compreender em que medida a obtenção de informações contra hegemônicas sobre o parto e nascimento ao longo da gestação favorecem a experiência do protagonismo de um grupo de mulheres. Caracteriza-se como um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. Foram realizadas nove entrevistas semiestruturadas com mulheres no período de pós-parto, que participaram de grupos de gestantes e casais durante o período de gestação. Foram construídas narrativas a partir das transcrições das entrevistas vídeo gravadas e essas foram analisadas destacando-se núcleos argumentais. Na análise do material, foram destacadas três categorias de análise: acesso às informações/saberes contra hegemônicos sobre parto e nascimento; rede de apoio; e luta pela possibilidade de tomar decisões. Informação e Protagonismo foram temas transversais nas categorias de análise. O acesso às informações foi relatado como uma ferramenta para o encorajamento e fortalecimento das mulheres, contribuindo para sentirem-se menos suscetíveis a intervenções desnecessárias no momento do parto e nascimento. Puderam acessar as informações através dos grupos de gestantes presenciais e virtuais, leituras de artigos, leituras em sites, blogs e conversas com doulas e obstetras. A participação nos grupos de gestantes e casais foi apontada como fundamental para a obtenção de informações e para a construção de uma rede de apoio. A obtenção de informações contra hegemônicas e a rede de apoio constituída a partir da participação dos grupos ampararam e encorajaram as mulheres para a tomada de decisões, contribuindo para que se sentissem protagonistas no processo de parto e nascimento.

Palavras chave: Parto Humanizado – Saúde da Mulher – Autonomia Pessoal – Educação em saúde - Informação.

ABSTRACT

The act of birth is full of symbols, myths, and taboos related to human sexuality and also reproduced by the historical view on women's bodies. In several places in the world, childbirth is experienced and understood as natural, not needing much intervention. In Brazil, however, we have built highly medicalized way of birthing. Women are living difficult situations in regards to the end of their birthing process: feelings, meanings, and their experience as women itself, and their satisfaction in this process of conceiving and birthing a child have been mitigated. That is one of the reasons why attention to child delivery and birth have been criticized more and more in the past decades. The movement for Humanizing Childbirth and Delivery has been getting stronger in Brazil and contributing for the notion that access to clear, quality information during pre-natal care favors women's protagonism in childbirth. This research aimed at understanding how obtaining counter-hegemonic information on childbirth and delivery during pregnancy favors the experience of protagonism in a group of women. It is a qualitative study of exploratory and descriptive nature. Nine semi-structured interviews were conducted with women during pregnancy. Narratives were written from transcriptions of these videotaped interview, and these narratives were analyzed for their core argument. During analysis, three categories became evident: access to counter-hegemonic information/knowledge on childbirth and delivery; support network; and fighting for the right to make decisions. Access to information was related as a tool for encouraging and strengthening women, contributing for a feeling of less susceptibility to unnecessary intervention during childbirth and delivery. They had access to information through groups for pregnant women - both on-site and online -, articles, websites, blogs, and conversations with doulas and obstetricians. Participating in the groups for pregnant women and couples was defined as fundamental for obtaining information and building a support network. Obtaining counter-hegemonic information and building a support network by participating in the groups supported and encouraged women to make decisions, contributing for a feeling of protagonism in the process of childbirth and delivery.

Keywords: Humanized Birth – Women's Health – Personal autonomy – Health education - Information

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIISM – Atenção Integral à Saúde da Mulher

CAB - Caderno de Atenção Básica

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DAPES - Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

DNCR – Departamento Nacional da Criança

HSF – Hospital Sofia Feldman

MBE - Medicina Baseada em Evidências

MPAS – Ministério de Previdência e Assistência Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Servidores Hospitalares

PNH – Política Nacional de Humanização

PPGAR – Programa de prevenção da Gravidez de Alto Risco

PQM – Plano de Qualificação de maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros

PrevSaúde – Programa de Ações Básicas de Saúde

PSMI – Programa de Saúde Materno-Infantil

ReHuNa – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

RN – Recém- Nascido

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS.....	23
2.1. Objetivo Geral:	23
2. 2. Objetivos Específicos:	23
3. REVISÃO DA LITERATURA	24
3.1. A Humanização do Parto e Nascimento no Brasil.....	24
3.2. Protagonismo das mulheres no parto e nascimento	40
4. METODOLOGIA.....	48
4.1. Caracterização do universo de estudo	48
4.2 Sujeitos	50
4.3. Processo de coleta de dados	52
4.4. Processo de análise de dados	53
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5.1. Acesso a Informações/Saberes.....	55
5.2. Rede de Apoio	64
5.3. Luta pela possibilidade de escolher e tomar decisões.....	71
5.4 Mensagens	86
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
APÊNDICES	103
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	103
TERMO DE AUTORIZAÇÃO E LICENÇA DE USO DE IMAGEM E VOZ.....	104
ROTEIRO DE ENTREVISTA	105
Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisas.....	106
Declarações dos Grupos e Espaços Visitados	110
Narrativas.....	114
Participante 1	114
Participante 2	117
Participante 3	121

Partecipante 4	126
Partecipante 5	130
Partecipante 6	133
Partecipante 7	137
Partecipante 8	140
Partecipante 9	147

APRESENTAÇÃO

O gosto em falar sobre protagonismo me interpela desde muito cedo. Hoje, sou mãe, psicóloga, docente das áreas da psicologia social e políticas públicas, mas desde a adolescência me envolvo com questões coletivas e de participação social. Cresci numa região rural de Campinas (hoje bem diferente), onde as relações comunitárias sempre me foram apresentadas e vividas de forma bastante genuína. Na escola em que estudei, meus professores, principalmente os de história e geografia, eram bastante críticos e motivavam nossa participação nos espaços coletivos. Desde cedo, fui representante de sala, participava do conselho de escola e do grêmio estudantil. Por ter uma mãe bastante participativa na comunidade e sempre envolvida com ações para “ajudar o outro”, a participação sempre me soou natural e foi construindo meu interesse por estudar e trabalhar com o tema. Me envolvi com movimento estudantil, movimento de igreja, ONG's que focavam suas ações na defesa dos direitos humanos e, hoje, com mais clareza, entendo meu envolvimento na participação política e conseqüentemente meu engajamento no controle social.

Então, discorrer sobre protagonismo, empoderamento e garantia de direitos é falar também da minha história, pois desde sempre gostei e participei de grupos, acredito que provocada pela minha mãe, meus professores, profissionais que tinham essa perspectiva, mas também para buscar pertencimento, movimento “natural” da adolescência e juventude. Durante minha formação e meu caminhar profissional, não foi diferente, sempre procurei ampliar meus estudos sobre protagonismo e participação social com os vários públicos com que atuei. Esses temas sempre me interessaram e construíram parte de minha identidade profissional. Promover e proporcionar espaços de encontros e, conseqüentemente, discussão política entre pares para seu processo emancipatório sempre foi de meu interesse.

Do trabalho com participação social, discutindo empoderamento, acabei focando no protagonismo, pois entendo que os processos de participação, de escuta e de organização coletiva são alguns dos meios de construção do protagonismo. Nas instituições nas quais tive experiências profissionais e voluntárias, me envolvi, exercitei e trabalhei com o outro sempre na perspectiva da autonomia, da relação

empática e na contribuição da construção de sua própria história. Com a atuação em grupos e em defesa de direitos, fui me envolvendo nas questões de políticas públicas, pois acredito que a mudança e acesso devem ser garantidos para todos.

Com minha gestação e com o nascimento de meu filho Augustus, entrei em outro momento, de novas demandas. Infelizmente, foi com uma experiência não muito positiva que vivenciei a conjuntura de parto no Brasil e na minha cidade. A construção de minha maternidade foi muito tranquila, planejada e desejada, mas fui ingênua em acreditar que engravidar, gerar e parir de forma natural era o que iria acontecer se eu tivesse saúde e desejo. Porém, eu não contava com o sistema. Esse, só entendemos quando estamos nele.

E o tema do protagonismo, que sempre me intrigou e motivou, veio à tona com a experiência de parir, pois não consegui ser nada protagonista no processo de nascer do meu filho, na minha cesárea. Na instituição em que eu trabalhava na época, realizava um grupo de gestantes e, depois, de pós-parto me dei conta do não protagonismo que nós mulheres vivemos nesse momento de nossas vidas, independente de classe social (compreendo que para as classes sociais mais desfavorecidas é muito pior) ou conhecimento acadêmico. O nascimento de meu filho não foi uma experiência linda como eu esperava, foi bastante violento, desrespeitoso e desumano. Porém mobilizou em mim e no meu marido a busca por respostas e acabei me juntando ao movimento para informar e discutir o tema e contribuir para que cada vez mais menos mulheres tenham que passar pelo que passei, e que seus bebês possam ter uma recepção mais humanizada e menos protocolar nesse mundo.

Com esse novo interesse, novo também foi o meu engajamento. Hoje, faço parte do Fórum de Humanização do Parto e do Nascimento da cidade de Campinas e, junto com outras mulheres, profissionais e militantes com histórias parecidas, diferentes, algumas piores e outras melhores, vamos tentando dar consistência a essa discussão em nossa cidade, além de provocar mobilizações para interferirmos na construção de políticas públicas, sempre na perspectiva de mudanças para todas. Por participar do fórum, ajudei a organizar e cursei como aluna do curso de Doulas Comunitárias em Campinas, destinado a agentes de saúde e lideranças comunitárias, visando ampliar o acesso a informações e de acompanhamento para um parto respeitoso das mulheres da periferia. E motivada

pelo interesse e buscando mais conhecimentos para sempre contribuir com outras mulheres, fiz o curso de psicologia da assistência perinatal.

Então, meu interesse pela temática está muito ligado à minha história e ao meu percurso pessoal, mais do que com minha formação enquanto psicóloga, embora a proposta dessa pesquisa tenha surgido a partir da minha prática pessoal e profissional, pois fiquei muito mobilizada pelo não protagonismo que vivi em meu parto e percebi o mesmo com as mulheres do grupo de pós-parto com que trabalhava.

O trabalho se constrói sob a ótica de uma psicóloga, professora do curso de psicologia e militante, que buscou o mestrado profissional para contribuir com campos nos quais se depara, tentando contribuir academicamente com um melhor gerar, parir e nascer. Para tanto, o trabalho foi organizado com introdução onde apresenta uma breve discussão sobre a medicalização e institucionalização do parto e nascimento; Capítulo 1, com levantamento bibliográfico histórico sobre a humanização do parto e nascimento no Brasil; Capítulo 2, com a discussão do protagonismo das mulheres no parto e nascimento; seguidos de metodologia; resultados e discussão e considerações finais.

1. INTRODUÇÃO

Muito antes do surgimento das ciências médicas, as comunidades e especialmente as mulheres criavam seus modos de parir e nascer. Experiência genuína da sexualidade, este é um evento de cunho familiar, social e afetivo da vida de mulheres e homens, fortemente influenciado pela cultura (Pasche, Vilela & Martins, 2010, p. 108).

O ato de nascer é repleto de símbolos, mitos e tabus relacionados com a sexualidade humana e também produzidos pelo olhar histórico sobre o corpo da mulher. Em vários lugares do mundo, o parto é vivido e entendido como algo natural, que não necessita de muita intervenção. No Brasil, entretanto, construímos um modo de nascer altamente medicalizado.

O parto deixou de ser natural e passou a ser um ato médico, uma construção de saberes e práticas no campo da saúde sobre o qual, como bem aponta Gomes (2008), incidem importantes aspectos do modelo biomédico: a descaracterização cultural por parte da instituição médica dos fenômenos da vida e da morte, a medicalização, a valorização excessiva das tecnologias e uma desqualificação do saber popular. A partir da valorização das tecnologias, desde a década de 1970, vivenciamos um aumento crescente das taxas de cesariana (Carnel, Zanolli & Morcillo, 2001), e segundo a OMS o Brasil é líder mundial, como o país de maior ocorrência desse ato cirúrgico (UNASUS, 2015).

O processo de institucionalização da obstetrícia como especializada, estabelecida pela hegemonia do controle médico sobre a população, tem levado a uma progressiva medicalização do parto (Chacham, 2012). Como parte da tendência mundial, no Brasil, temos um excesso de cesáreas, estimuladas por uma crescente tecnologia médica utilizada no processo de nascimento (Riesco, 2014).

Illich (1975), já na década de 1970, discutia a iatrogênese social como resultado da medicalização da sociedade. O autor apontava a gestação e o nascimento como exemplo dessa construção da necessidade médica:

Essa etiquetagem acaba fazendo parte integrante da cultura popular quando o leigo aceita como coisa 'natural' e banal o fato de que as pessoas têm necessidade de cuidados médicos de rotina simplesmente porque estão em gestação e são recém-nascidas [...]. (Illich 1975, p. 43)

Para o autor, a influência médica começa com as consultas de pré-natal e termina com a decisão médica da melhor maneira para a criança nascer. Ele também nos faz pensar na extensão do controle de profissionais sobre as pessoas em perfeita saúde como manifestações do processo de medicalização da vida, tema bastante recente, mesmo com discussões antigas.

Segundo Illich (1975), no campo da saúde, a medicalização tem se produzido como fenômeno que transforma situações corriqueiras em objeto de tratamento pela medicina. Um dos efeitos desse processo é estigmatização das pessoas, a produção de medo, insegurança e dependência de serviços médicos. Para o autor, os progressos técnicos e científicos, na grande maioria das vezes, só favorecem a saúde na medida em que alargam a capacidade e responsabilidade diante de si mesmo dos que sofrem. Entretanto, ele aponta que, no caso da atenção à saúde, a ação especializada não tem promovido a autonomia do doente e sim tem reivindicado sua submissão, alimentando sua dependência e gerando mais demanda por atenção heterônoma.

Essa visão de saúde foi sendo produzida ao longo de nossa história e o processo de medicalização foi se desenvolvendo considerando nossa herança positivista, numa visão higienista de sociedade, num momento de desenvolvimento da ciência, da biomedicina e de novas técnicas e por uma necessidade de medicalização social como um todo (Illich, 1975; Augusto, 1989; Santos, 1989; Thébaud, 2002; Tesser, 2006).

Augusto (1989) reforça que o processo de medicalização é a apropriação pela medicina do modo de vida dos homens, interferindo na construção de conceitos, regras de higiene, normas morais e costumes prescritos (sexuais, alimentares, habitacionais) e de comportamentos sociais. Para a autora, a medicalização tem como objetivo a intervenção política no corpo social.

Esse processo de medicalização vem ocorrendo também de modo abusivo no processo de parto e de nascimento, algo crescente em nossa cultura, na formação médica e nas práticas cotidianas (Andrade & Lima, 2014). Considerando o processo histórico em que vivemos, fomos afastando o nascer do processo natural da vida e, com isso, a mulher foi sendo colocada em um papel secundário em nossa sociedade, marcada por uma lógica de atenção à saúde hospitalocêntrica e médico-centrada.

No Brasil, esse cenário intervencionista é crescente e o modelo obstétrico segue o mesmo caminho da saúde em geral, sendo marcada fortemente pela mesma lógica hospitalocêntrica e medico-centrado que tem produzido como efeitos, por exemplo, o aumento das cesarianas e também das violências obstétricas (Andrade & Lima, 2014). Além disso, apesar das diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatizarem as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas e afirmarem que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados, o modelo de atenção ao parto “normal”, mais comum no Brasil, inclusive em hospitais de ensino, é tecnocrático, centrado no profissional médico em instituição de saúde hospitalar, razão pela qual é também chamado de parto normal hospitalar (Rabelo & Oliveira, 2010; OMS, 1996).

As mulheres estão vivendo situações difíceis em relação ao desfecho de seu parto no Brasil (Diniz, 2005). Muitas acreditam que, para ter um parto normal, digno e acolhedor, seria importante apenas ter feito um pré-natal, ter um bom médico e aguardar o nascimento do filho. Porém, não é assim que estão vivenciando o parir e o nascer. Os sentimentos, os significados, a própria experiência da mulher e sua satisfação nesse processo de gestar e parir têm sido mitigados e por isso a atenção e cuidado da área da saúde ao parto e nascimento têm sofrido crescentes críticas nas últimas décadas (Domingues, Santos & Leal, 2004).

Contemporaneamente, autores como Lopes (2000), Diniz (2005), Rattner, (2009a) e Andrade e Lima (2014), entre outros, e o movimento de Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa, 1993; Rattner, 2009b; Andrade & Lima, 2014; Chacham, 2012; Martins, Nicolotti & Vasconcelos, 2014), têm insistido na importância do acesso a informações baseadas em evidências para que as mulheres possam ter melhores experiências em relação a sua gestação, seu parto e seu pós-parto. Um dos espaços de forte expressão do movimento de Humanização do Parto e Nascimento tem sido o meio virtual, através de redes sociais, blogs e sites que, em sua maioria, disponibilizam essas informações e buscam, por meio delas, o fortalecimento do protagonismo das mulheres do processo de parto e nascimento.¹

¹ Listo, abaixo, alguns links e sites onde se encontra material sobre o movimento de Humanização do Parto e Nascimento: <https://www.facebook.com/forumpelahumazacaodopartoenascimento>; <https://www.facebook.com/nascermelhor?fref=ts>; <http://www.maternidadeativa.com.br/artigos.html>; <http://www.cientistaqueviroumae.com.br/p/gravidez-parto-e-pos-parto.html>.

O acesso a informações claras e de qualidade durante o pré-natal, segundo Melo (2013), favorece a mulher fazer escolhas informadas. É neste sentido que se fala em empoderamento feminino e de protagonismo da mulher na parturição: a mulher (e, muitas vezes, ela e seus companheiros/companheiras) tem as informações necessárias para tomar decisões com base em pesquisas científicas; ela participa das decisões, é apoiada em suas escolhas e nesse sentido é a protagonista do próprio parto. Sabemos que contextualizar as mulheres que estamos falando se faz necessário, pois muitas são as questões e barreiras que nos acometem na construção do protagonismo, questões de gênero, classes, raças, socioeconômicos, culturais e tantas outras dimensões que interferem no ser mulher brasileira e que impactam no processo de parir.

O movimento de Humanização do Parto e Nascimento vem se fortalecendo no Brasil, afirmando a importância do processo de empoderamento das mulheres através da luta para que um número cada vez maior de mulheres possam “ter partos normais [...], livres da medicalização desnecessária do processo de parturição. Trata-se de uma luta contra o excesso de intervenção médica sobre um processo que consideram ‘próprio da vida’” (Gaudenzi & Ortega, 2012, p. 23). É um movimento que vem impactando na cultura e no meio acadêmico de forma significativa, propondo uma reforma do cuidado ao parto e nascimento, na busca da garantia do protagonismo da mulher (Gaudenzi & Ortega, 2012).

Essa busca pelo protagonismo começa nas consultas, onde as indicações da Rede Cegonha, por exemplo, vão na “contramão da produção de uma atenção à saúde materna ‘prescrita’ de forma generalizada e uniformizada, incluindo nas discussões singularidades de grupos de mulheres e de cada mulher” (Martins, Nicolotti & Vasconcelos, 2014, p. 15). Entendendo o atendimento não generalizado, os que fazem uso de informações contra hegemônicas, que fazem enfrentamento a medicalização da vida, do parto e nascimento. Hoje, sabemos que os médicos, em sua maioria, nos atendimentos de pré-natal, consideram apenas interesses corporativistas e pessoais, disseminando informações que não se pautam em práticas baseadas em evidência. Apresentam uma série de informações,² que estamos chamando de hegemônicas, que acabam levando as mulheres para uma cesárea eletiva (Andrade & Lima, 2014).

² Descritas no Capítulo 1.

Todo o processo gestacional, bem como o parto, são experiências intensas, que deveriam ser repletas de apoio e de acolhimento pelos profissionais e serviços de saúde, mas o que vemos na prática evidencia as enormes dificuldades em garantirmos uma atenção de qualidade às mulheres, no pré-natal, no momento do parto e no pós-parto. É por conta dessas dificuldades que o movimento de humanização vem lutando por um outro modelo de atenção ao parto e nascimento e por isso que vem se ocupando em ofertar espaços de encontros presenciais ou virtuais para apoiar as mulheres nesse processo. Essa mobilização busca garantir um acolhimento com responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída, a escuta qualificada, a atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços e redes externas para garantir a continuidade da assistência quando necessário (Brasil, 2014).

A partir de uma pesquisa bibliográfica sobre esse tema, verificamos que não há estudos que abordam a relação efetiva entre o acesso à informação qualificada contra hegemônica e a efetivação do protagonismo das mulheres no desfecho de seu parto, embora existam estudos em educação em saúde e ações educativas em saúde que tratem dos efeitos de informações para os vários sujeitos e alguns estudos sobre os efeitos da obtenção de informações no pré-natal.

O presente trabalho tem por objetivo compreender em que medida a obtenção de informações contra hegemônicas sobre o parto e nascimento ao longo da gestação favoreceram a experiência do protagonismo de um grupo de mulheres. O tema-problema eleito para o projeto de investigação científica atende às indagações pessoais da pesquisadora, que parte de motivadores próprios, a partir de experiência profissional em contribuição com espaços de fortalecimento do protagonismo das pessoas e no presente trabalho das mulheres. Dessa forma, foi estimulada pela curiosidade e pela identificação com o tema, pois sua experiência pessoal e desfecho de seu parto não foram positivas no que se refere à satisfação e ao respeito no seu processo de parir e recepção de seu filho.

Consideramos o tema relevante para a melhora da qualidade de vida e assistência à saúde integral plena das mulheres parturientes e esperamos que a compreensão desse fenômeno venha a contribuir para o debate sobre a importância da legitimação do protagonismo da mulher, propiciando informação e abrindo possibilidades para que a atenção a saúde da mulher gestante e parturiente seja

mais humana, natural e menos focadas num modelo médico centrado e medicalizante.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Compreender em que medida a obtenção de informações contra hegemônicas sobre o parto e nascimento ao longo da gestação favoreceram a experiência do protagonismo de um grupo de mulheres.

2.2. Objetivos Específicos:

2.2.1. Identificar informações contra hegemônicas obtidas por essas mulheres sobre o parto e nascimento no período gestacional com a equipe de referência;

2.2.2. Identificar informações contra hegemônicas obtidas por essas mulheres sobre o parto e nascimento no período gestacional em outros canais (como por exemplo, através de grupos de apoio à gestação, leituras, na internet e outros);

2.2.3. Compreender o que essas mulheres definem como “protagonismo no parto”;

2.2.4. Elaborar um vídeo sobre protagonismo das mulheres no parto sob a ótica das entrevistadas.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. A Humanização do Parto e Nascimento no Brasil

O grande desafio que se coloca, para todos os profissionais que prestam esta assistência, é o de minimizar o sofrimento das parturientes, tornando a vivência do trabalho de parto e parto em experiências de crescimento e realização para a mulher e sua família. (Dias & Domingues, 2005, p.702)

No Brasil, a Humanização vem sendo discutida há mais de 20 anos, mesmo que, inicialmente, não tenha sido utilizado esse termo. Em 2000, na XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, e no período de 2000 a 2002, iniciaram-se ações em hospitais para criar os comitês de humanização voltados para a melhoria da qualidade de atenção aos usuários e depois da atenção também ao trabalhador (Benevides & Passos, 2005). Paralelo ao início da discussão da Humanização, outras ações foram desenvolvidas sem levantar essa terminologia, mas considerando a mesma discussão, a qualidade na atenção do usuário e na crise do SUS.

Entre os anos 1999 e 2002, além do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, algumas outras ações e Programas foram propostos pelo Ministério da Saúde, como: a Carta ao Usuário (1999); o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); o Programa de Acreditação Hospitalar (2001); o Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); o Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); e a Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), dentre outros (Benevides & Passos, 2005).

O movimento pela Humanização na saúde se faz necessário por retomar discussões esquecidas, por fazer repensar as relações e repensar o próprio conceito de Ser Humano. Se, de fato, pensamos em humanizar, devemos considerar a diversidade e as possibilidades de ser Homem e ser Mulher, tomando-os de forma ampla e contextualizada, considerando sua diversidade e as implicações dos movimentos coletivos. Há de se considerar os processos de trabalho e todos os atores envolvidos na saúde, bem como a dimensão do Homem/Mulher como sujeito

de direitos, destacando e valorizando a dimensão participativa e protagônica dos sujeitos (Benevides & Passos, 2005).

Foi entrando nessa discussão que a Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, propôs mudanças nos modos de fazer gestão e atenção em saúde, um retorno em olhar para a estratificação do trabalho e para as demandas dos usuários no SUS. A PNH foi tomada como uma estratégia para interferir no processo de produção de saúde considerando todos os sujeitos envolvidos. Propôs-se a operar no limite entre o estado e o coletivo, constituindo-se como uma política pública (Benevides & Passos, 2005), em articulação com os movimentos sociais, incluindo os usuários como protagonistas e corresponsáveis pela atenção, chamando atenção para a importância do fazer saúde *com as pessoas* e não *por, para* ou *apesar* delas.

Afirmar a importância da Humanização da saúde é afirmar a necessária inclusão do outro nas relações, é afirmar que sujeitos e coletivos precisam ser incluídos, garantindo-lhes o caráter de protagonistas de sua saúde. A PNH afirma valorização e inclusão dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2008). Na medida em que valoriza os processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde, a PNH investe nas muitas formas de interação e acolhimento entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, fomentando seu protagonismo (Benevides & Passos, 2005).

Para a PNH, a humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política (Brasil, 2012a).

...ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção de saúde e de subjetividades autônomas protagonistas; política porque se refere à organização social das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. (Rattner, 2009a, p. 599)

Pensar na humanização da saúde é propor uma sociedade baseada na equidade do acesso de qualidade, na garantia de direitos numa sociedade democrática (Rattner, 2009a). Trata-se, então, de tomar a humanização como

práxis, como mudança do modo de fazer gestão e prestar atenção em saúde, considerando todos os atores envolvidos no processo de produção de saúde, mudando as relações de cuidado, fomentando práticas de corresponsabilização, de cogestão e de grupalização (Onocko-Campos & Campos, 2006).

Propondo a atenção integral centrada na mulher, a humanização do parto, visa substituir as intervenções médicas e o uso abusivo de tecnologias por um paradigma humanista. O foco é a mulher atendida por meio de ações que contemplem a multiplicidade e a diversidade sociocultural da população feminina (Matos, *et al.*, 2013).

No Brasil, as preocupações com a saúde materno-infantil tiveram início com o Estado Novo. Em 1940, foi implantado o Departamento Nacional da Criança (DNCR), cujo objetivo foi a normatização do atendimento à criança e o combate à mortalidade infantil; foi o primeiro órgão voltado exclusivamente para o cuidado da saúde materno-infantil. Com o estabelecimento do Programa de Saúde Materno-infantil, ampliou-se o olhar para a saúde da mulher, ainda considerando apenas a reprodução, mas com a meta de reduzir a morbidade e mortalidade da mulher e da criança. Nesse contexto, tivemos as primeiras mudanças em relação às políticas voltadas ao parto, pois até então, a atenção à saúde da mulher e o primeiro contato das gestantes com algum cuidado eram com as parteiras, num ambiente mais íntimo e privado, num universo mais feminino e apenas em alguns casos os médicos eram acessados, embora já existissem maternidades no Brasil (Brasil, 1983; Brasil, 2000; Vieira, 2004; Nagahama & Santiago, 2005; Matos *et al.*, 2013).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que coordenou, em nível nacional, a assistência materno-infantil, com a proteção à infância e a maternidade como assuntos de saúde pública. No final da década de 50 e início da de 60, essa proteção foi perdendo importância e só em 1971, com o documento Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, é que o tema foi retomado, prevendo programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle das crianças de 0 a 4 anos, estímulo ao aleitamento materno e nutrição (Brasil, 1971; Brasil, 1974; Nagahama & Santiago, 2005). Há de se considerar fatores econômicos, políticos e sociais que interferiram na construção dessas políticas, principalmente no que diz respeito ao aleitamento (Rea, 2003).

No contexto da criação do Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974, o Programa de Assistência Materno-Infantil também teve como

ênfase os programas de prevenção a gravidez de alto risco e suplementação alimentar às gestantes e puérperas de baixa renda. Neste documento, o grupo materno-infantil foi colocado como “vulnerável por suas características biológicas e sociais, exigindo adequada atenção às suas necessidades através de programas desenvolvidos de maneira sistemática, integral e coordenada” (Brasil, 1974), tendo início um controle maior da gravidez. A partir desta versão preliminar, em 1974, surgiu o primeiro programa de atenção ao grupo materno-infantil em 1975: (PSMI) Programa de Saúde Materno-Infantil (Nagahama & Santiago, 2005).

Nesses programas, um dos focos era o planejamento familiar como medida de controle do corpo da mulher; muitos programas foram criados pensando de forma universal, mas sempre considerando esse controle. Foucault (1998) nos ajuda com suas análises, quando aponta a natureza política da medicina em nossa sociedade capitalista que é usada como estratégia de controle social, começando pelo controle dos corpos.³

O controle do corpo da mulher no campo da saúde teve início a partir do século XIX, com a consolidação dos seus cuidados como área de conhecimento e da prática médica e com a uma expansão da assistência médica apoiada pelas questões da higiene social. Já no início do século XX, a assistência ao parto e ao pré-natal encontrava-se bastante institucionalizada e difundida na Europa Ocidental (Vieira, 1999).

Com a preocupação de prevenir as gestações de risco, o Ministério da Saúde criou, em 1978, o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR) com o propósito de operacionalizar as ações de assistência especial e especializada aos riscos reprodutivo e obstétrico (Brasil, 1978). Em 1980, surgiu o Programa de Ações Básicas de Saúde (Prevsáude), que pretendia atender quase à totalidade da população brasileira, previa o estabelecimento de um amplo programa e controle materno-infantil com ações referentes aos intervalos entre os nascimentos dos filhos, informações sobre os diferentes métodos anticoncepcionais e uma revisão da legislação sobre a fecundidade (Canesqui, 1987; Nagahama & Santiago, 2005).

O movimento feminista no final da década de 1970 fomentou, então, uma discussão para equivoocar a atenção à saúde e os serviços ofertados às mulheres.

³ Tema é melhor discutido no item 3.2.

Até então, a mulher era vista de forma reducionista e fragmentada com ações focadas para gerar filhos saudáveis. O movimento levantou propostas de incorporar à saúde da mulher outras questões, como pré-natal, melhores condições ao parto e, ainda, outros aspectos relacionados ao gênero, trabalho, sexualidade, saúde, anticoncepção e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (Matos *et al.*, 2013).

Historicamente, os programas eram voltados para a saúde reprodutiva, num movimento ao cuidado materno, e foi só no início da década de 80 que algumas experiências começaram a se preocupar em oferecer assistência à saúde integral da mulher. Concomitantemente a estas experiências, grupos de mulheres dos movimentos organizados ganhavam influência nas esferas do poder público e começaram a se aproximar e a conhecer o modelo de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM) desenvolvido na Unicamp, com o interesse em transformá-lo em um programa nacional. A mobilização do movimento das mulheres com a cooperação dos profissionais de saúde deu origem às diretrizes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). E, em 1984, o Ministério da Saúde estabeleceu base de ação programática para a Assistência Integral à Saúde da Mulher. (Nagahama & Santiago, 2005; Matos *et al.*, 2013).

Estudos que compõem essa temática no Brasil sinalizam os anos 1980, portanto, como um salto na história das políticas públicas voltadas à atenção ao parto, com olhar para a saúde da mulher para além da esfera reprodutiva (Matos *et al.*, 2013).

Foi justamente a partir da década de 1980 que se iniciou um movimento mundial em prol da humanização do parto e do nascimento, com uma preocupação crescente para mudanças de paradigmas que considerassem e valorizassem o ser humano em sua totalidade e levando o convite aos profissionais de saúde para repensarem suas práticas, buscando a transformação da realidade no cotidiano do cuidado, o que resultou no que denominamos a humanização do parto e do nascimento. E, em 1988, o Ministério da Saúde implantou um conjunto de ações por meio de portarias ministeriais que, em seu conjunto, constituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) lançado em 2000 (Nagahama & Santiago, 2005; Matos *et al.*, 2013).

Ao longo dos anos 1980, e mais intensamente na década de 1990, ampliaram-se e fortaleceram-se as discussões sobre o modelo do parto vigente no

país, modelo esse respaldado em ações intervencionistas e medicalizadoras. Nesse período, o Ministério da Saúde lançou medidas para valorizar o parto normal, visando resgatar o parto como fenômeno fisiológico, com a finalidade de diminuir as taxas das cesarianas. A partir de inquietações sobre a forma mecânica que os partos vinham sendo realizados, com o foco no resgate e com o objetivo de intervir o mínimo possível, surgiram os primeiros ideais sobre a humanização do parto (Matos *et al.*, 2013).

Um novo olhar e um novo desejo sobre a forma como se nasce e como a mulher exerce sua autonomia no parto estava se fortalecendo, tendo um grande impulso com o movimento feminista.

Partejar foi, e ainda o é, em alguns lugares do mundo, uma tradição exclusiva das mulheres, exercida por curandeiras, parteiras ou comadres – mulheres de confiança da gestante ou de experiência reconhecida pela comunidade, levando conforto, segurança, apoio, palavras agradáveis e de encorajamento, por isso era de preferência das mulheres terem seu parto com alguém da comunidade, além da vergonha e do tabu de mostrar sua genitália para outros homens (Vieira, 1999; Matos *et al.*, 2013).

Mas foi na França, entre os séculos XVI e XVII, com a inserção dos homens como parteiros e assistindo aos partos, que esse quadro começou a mudar. Foi nessa época que algumas intervenções aconteceram com o intuito de salvar vidas, mas acabaram inaugurando uma fase de intervenções sobre o nascer (Morais, 2010). Rohden (2001) aponta que esse processo da medicalização do corpo feminino se deu a partir da constituição da “ciência das diferenças”, considerando as diferenças entre homens e mulheres.

No Brasil, esse cenário intervencionista é crescente e o modelo obstétrico médico-centrado tem tido como efeito o aumento das cesarianas e também das violências obstétricas (Andrade & Lima, 2014). Além disso, apesar das diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatizarem as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas e afirmarem que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados, o modelo de atenção ao parto “normal”, mais comum no Brasil, inclusive em hospitais de ensino, é tecnocrático, centrado no profissional médico em instituição de saúde hospitalar, razão pela qual é também chamado de parto normal hospitalar (Rabelo & Oliveira, 2010).

Essa visão mecanizada e intervencionista tem sido adotada e reproduzida acriticamente pela maioria dos atores nos espaços de atenção e por parte dos acadêmicos, desconsiderando os seres humanos envolvidos, reduzindo pessoas a corpos-objetos e, no caso das mulheres, a aparelhos reprodutores-objetos. Não tem sido incorporada na formação dos profissionais a abordagem mais holística de olhar o sujeito de forma integral, desconsiderando a riqueza desse processo que, além de biológico, tem sido abordado como fenômeno cultural, social, sexual e espiritual (Vieira, 1999; Rattner, 2009b).

O parto deixou de ser um evento feminino privado e íntimo e passou a ser vivido de forma pública com interferências de outros atores (Matos *et al.*, 2013). O aumento dos hospitais foi de grande valia para a diminuição da mortalidade materna e neonatal e o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, "...mas simbolicamente, a mulher foi despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade, por meio do cerimonial de internação– separação da família" (Matos *et al.*, 2013, p. 656), o que produz efeitos extremamente concretos na produção de subjetividade das mulheres e em suas relações com o nascimento. A atenção à saúde da mulher foi sendo organizada como uma linha de produção e, nesse processo, a mulher, mas sobretudo seu corpo, foi transformado em propriedade das instituições de saúde, das equipes de saúde, aquelas que então, supostamente, sabem o que é melhor para o corpo dessas mulheres. Esse efeito também se dá pela recusa, nesse momento, da maternidade, até então entendida como a verdadeira essência da mulher; neste sentido, essa mudança se mostra como ameaça aos padrões e valores estabelecidos para as mulheres (Rohden, 2001).

O preço da melhoria das condições do parto foi a sua desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento. Desta forma, a apropriação do saber médico e as práticas médicas constituíram fatores determinantes para a institucionalização do parto e a transformação da mulher em propriedade institucional no processo do parto e nascimento (Matos *et al.*, 2013, p. 656).

Entretanto, como afirmamos anteriormente, esse processo não tem se dado sem críticas. Percebe-se um movimento de resistência no campo da saúde, em especial o movimento pela humanização do parto e do nascimento, que se faz enquanto movimento social e também enquanto movimento institucionalizado através de políticas públicas de saúde do Ministério da Saúde (MS).

No âmbito do Ministério da Saúde, esse movimento se institucionalizou com a criação do Programa de Humanização do Parto, em 2002, mesmo tendo muitas ações e documentos em anos anteriores (Brasil, 2002). O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n. 569, de 01 de janeiro de 2000, tinha por objetivo “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (Brasil, 2002, p. 5). O programa visava atender as necessidades específicas à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, “fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério” (Brasil, 2002, p. 5).

São dois os aspectos fundamentais ao compreender a humanização. Primeiro, que é dever das unidades de saúde (por parte dos profissionais e da instituição) receber com atitude ética, solidária e com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, promovendo um ambiente acolhedor e rompendo com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro aspecto trata de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando ações desnecessárias e intervencionistas, que com frequência podem acarretar riscos para a mulher e para o recém-nascido (Brasil, 2002).

Com a constituição da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, a temática da humanização do parto passou a ganhar maior relevância institucional à medida que se compreendia que não é possível alterar os modos de cuidado e de atenção sem que se alterem os modos de gestão e organização dos processos de trabalho.

A PNH foi responsável pela articulação de estratégias e um modo de fazer humanizados para o parto e nascimento, experimentada no Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiro (PQM/2009-2011). Essa experiência foi referência para mudanças de processos de trabalho tendo como objetivo a humanização do cuidado materno-infantil. (Martins *et al.*, 2014).

Segundo Martins *et al.* (2014), a experiência de apoio institucional, experimentada no Plano de Qualificação de maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM/2009-2011), que tinha por objetivo

redução da morte materna e infantil, serviu como referência para a construção da Rede Cegonha. O PQM foi uma ação organizada e coordenada pela Política Nacional de Humanização (PNH) e pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPEs), por intermédio das Áreas Técnicas de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde e tinha como meta qualificar 26 maternidades e aprimorar as redes de cuidados perinatais em 16 estados da Amazônia Legal e do Nordeste durante os anos de 2009, 2010 e 2011. A Rede Cegonha, desde 2011, se propõe a organizar e qualificar a atenção e gestão materna e infantil em todo o território Nacional, com o objetivo de promover mudanças do modelo obstétrico e neonatal, além de trabalhar com o apoio institucional realizado nas maternidades com as equipes, ligada a uma perspectiva de fomento e produção de redes de cuidado materno e infantil iniciada com o PQM (Brasil, 2011).

Mais recentemente, no Caderno de Atenção Básica (CAB) – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, de 2012, o Ministério da Saúde apresenta várias estratégias com os “objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil” (Brasil, 2012a, p. 15). Apresenta a intenção de implantar a Rede Cegonha de forma gradativa em todo país, com a finalidade de organizar a atenção à saúde materno-infantil em todo o território nacional. Visa orientar os profissionais para um atendimento de acordo com as evidências mais atuais, para a efetivação de uma prática mais humanizada, integral, em rede e com padrão de qualidade.

A PNAISM consolidou os avanços do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984, que redefiniu a agenda relativa à saúde da mulher, ampliando seu leque de ações, até então focadas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional. Após seis anos de sua elaboração, a rede cegonha foi instituída pelo MS como estratégia para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. A rede cegonha é efeito do encontro de três políticas: uma nova política de saúde da mulher, na política nacional de

humanização e uma nova política nacional de atenção à Saúde da Criança (Brasil, 2004).

A Rede Cegonha⁴ tem desenvolvido uma série de ações para qualificar a atenção à saúde da mulher e do recém-nascido e representa:

...um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças: (i) no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; (ii) na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; (iii) na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; (iv) na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades); (v) na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e (vi) na humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê). (Brasil, 2012a, p. 15)

Alguns pontos apresentados no CAB – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (2012) do MS são importantes para contribuir com o protagonismo da mulher e o melhor atendimento aos recém-nascidos em nosso país, pois estão descritos nas políticas de saúde, mas percebemos a não efetivação na rotina da área da saúde, visto os altos índices de intervenções sem evidências científicas e cesarianas. Muitas políticas viram protocolos sem contribuir com a qualidade do atendimento ou percebendo a importância de determinadas ações. Rotinas hospitalares são muito mecanizadas e faltam condutas favoráveis à atenção humanizada entre mãe e bebê. (Dos Santos *et al.*, 2014)

O CAB – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (2012) do MS apresenta as melhores ações que contribuem com o fortalecimento e cuidado com a mulher a serem realizadas no pré-natal. Dispõe sobre a importância e as ações necessárias e preventivas para a preconcepção. Sobre a importância do acolhimento, para assegurar o melhor desenvolvimento da gestação sem impacto para a saúde da mulher, abordando aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas, bem como o papel da equipe.

O acolhimento, portanto, é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário(a). O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética e solidária. Portanto, ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde. (Brasil, 2012a, p. 40)

⁴ Há de se considerar a variabilidade das ações desenvolvidas pela rede cegonha ao longo do território nacional. Considerando diferenças, eficácia e desenvolvimento das ações, participações e forças políticas existentes.

O Pré-natal deve ser o mecanismo e o momento de informar às gestantes sobre a assistência integral a sua saúde, como gestante e como mulher. Deveria atender às suas reais necessidades “...mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso” (Brasil, 2012a, p. 40). O CAB – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (2012) do MS ainda apresenta e estimula os benefícios do parto fisiológico e os riscos da cesárea, trazendo informações importantes para as equipes, contribuindo com a desmistificação de informações médico e hospital-centradas, muito enraizadas e apoiadas, sem muitas críticas, em nossa cultura.

O movimento de humanização do parto e nascimento no Brasil, que visa garantir qualidade no atendimento mãe e bebê na gravidez, no parto e no pós-parto, não se faz apenas institucionalmente no Ministério da Saúde, mas também na academia e nos movimentos sociais não institucionalizados. Tem buscado maior qualificação do nascer, afirmando a importância da compreensão do parto como evento natural e não como momento meramente técnico, entendendo a necessidade de o parto ser humanizado e baseado em evidências (Diniz, 2005).

No Brasil, como já dissemos anteriormente, esse movimento teve início há mais de 20 anos e um dos marcos foi a organização da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), que, segundo Rattner *et al.* (2014), teve como inspiração as palavras de Michel Odent: “Para mudar a vida, é preciso primeiro mudar a forma de nascer”. Segundo a autora, o objetivo da ReHuNa é interferir no modelo tecnicista de nascer, discutindo socialmente e politicamente as necessidades do cuidado humanizado do nascer e, atualmente, congrega centenas de participantes entre indivíduos e instituições.

O movimento vem afirmando a importância do acompanhamento por equipes multiprofissionais humanizadas (equipes que de fato assistem o parto, deixando a mulher como protagonista), bem como por doulas durante a gestação e no parto, como necessário para o processo de subsidiar as mulheres com informações, pois é nesse processo de gestar o bebê que as mulheres vão gestando sua autonomia e seu protagonismo. Dessa forma, aumenta a possibilidade da mulher ter um parto respeitoso, no tempo do seu corpo e do seu bebê.

As doulas têm sido associadas a resultados positivos para a área obstétrica, aumentando a sensação de segurança nas mulheres e contribuindo para

o entendimento do parto como um evento social e não como doença. A palavra doula foi utilizada historicamente como “aquela que assiste a mulher em casa após o parto, auxiliando no cuidado com o bebê e os afazeres domésticos” (Ferreira Jr. *et al.*, 2014, p. 204).

Apenas em 2013 o trabalho das doulas foi classificado como ocupação laboral no Brasil, atuando como profissional especializada no acompanhamento da gestante, dando suporte físico e emocional. Mas seu reconhecimento social no trabalho de parto, parto e puerpério vem de longa data (Brasil, s/d; Ferreira Jr. *et al.*, 2014).

Essa relação de cuidados entre mulheres constitui um processo histórico, pois os partos eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Elas detinham um saber empírico e assistiam domiciliarmente as mulheres durante todo o processo perinatal. Estas mulheres eram de inteira confiança da comunidade e eram consultadas sobre vários temas relacionados ao corpo e doenças e aborto (Brenes, 1991).

Hoje, quando as mulheres têm a possibilidade de ter um acompanhamento e um processo de gestar e parir respeitoso e mais acolhedor, esse cuidado tem sido, muitas vezes, realizado por doulas. É notória a satisfação das mulheres quando esse acompanhamento e cuidado são realizados pelas doulas (Horta, 2008).

O que o movimento de humanização do parto tem empiricamente constatado, alguns autores têm afirmado na literatura científica sobre a contribuição da doula no processo de parir. “A literatura científica é ampla em estudos que abordam o apoio social que as mulheres recebem durante o período perinatal e em especial durante o trabalho de parto” (Leão & Bastos, 2001, p.92).

Leão e Bastos (2001) realizaram uma revisão de artigos e compararam vários achados na literatura científica sobre apoio durante o trabalho de parto, oferecido por profissionais de saúde, pais, familiares, amigos, monitores treinados e doulas. Concluíram que o apoio oferecido por doulas “produz os resultados mais extensivos e significativos, é metodologicamente seguro e produz efeitos consistentemente positivos nos resultados psicossociais e obstétricos” (Leão & Bastos, 2001, p. 91).

Em 1980, foi realizado o primeiro estudo com o objetivo de investigar os efeitos da presença contínua de uma acompanhante qualificada (doula) durante o

trabalho de parto, tratou-se de um ensaio clínico randomizado com 136 parturientes, no Hospital da Previdência Social na Guatemala (Leão & Bastos, 2001).

No Brasil, temos algumas experiências com doulas comunitárias apoiando mulheres durante o trabalho de parto. Uma das referências nessa temática é o projeto “Doula Comunitária”, que atua desde 1997 no Hospital Sofia Feldman (HSF), uma instituição filantrópica conveniada com o SUS, que sempre permitiu aos familiares acompanhar a parturiente durante o trabalho de parto e nascimento. Mas nem todas tinham a possibilidade de ter um acompanhante e, dessa forma, surge o projeto, e foi definido como doula comunitária uma senhora da comunidade recrutada para exercer trabalho voluntário de acompanhante da mulher durante o processo perinatal (Leão & Bastos, 2001).

O papel da doula, além de contribuir com o evento parto, tem sido o de aumentar as fontes de informação das mulheres, contribuindo para o fortalecimento do protagonismo dessas mulheres, além de subsidiar seus acompanhantes para estarem atentos e fazerem resistência às possíveis intervenções desnecessárias no processo de parto e nascimento, assim como a outras possíveis violências obstétricas.

Dentro desse pressuposto da escolha informada e da noção de protagonismo feminino, o projeto de humanização também possibilitou a retomada do caráter subjetivo da experiência do parto, revalorizando as questões psicossociais e culturais envolvidas na parturição e é por isso que a figura da Doula é tão valorizada dentro da humanização. Ela é responsável, principalmente, por dar um suporte emocional à parturiente, atuando também como facilitadora no manejo não farmacológico da dor. (Melo, 2013, p. 10)

Pela importância da doula no desenvolvimento de ações e práticas humanizadas no processo de parir das mulheres, espera-se que ela possa ser inserida como integrante da equipe cuidadora obstétrica no SUS (Ferreira Jr. *et al.*, 2014).

Segundo Diniz (2002), quando se fala sobre a humanização do parto, não se trata de discutir uma forma certa, mas como considerar os direitos das mulheres a uma maternidade segura e acolhedora, de como promover a assistência respeitosa para a mãe e o bebê baseadas em evidências científicas e não em conveniências profissionais e das instituições (Diniz, 2005). A afirmação da importância de práticas baseadas em evidências científicas se faz concomitantemente ao questionamento

do “uso rotineiro de práticas já consideradas obsoletas pelas evidências atuais e que devem ser evitadas (ex.: enema e episiotomia de rotina etc.)” (Andrade & Lima, 2014, p. 36).

Muitas das informações desse movimento têm tido destaque em programas de TV, matérias de revistas e redes sociais, colocando em evidência o tema do parto e do nascimento no Brasil (Gonçalves *et al.*, 2014), ressignificando a visão de uma mulher incapaz de tomar decisões. Possivelmente, tais repercussões venham interferindo positivamente no imaginário social sobre a mulher e o parir.

O movimento pela humanização do parto e nascimento preconiza também a importância da publicização de informações científicas que apoiam práticas baseadas em evidências, já que estão na contra mão do modelo da medicalização e do intervencionismo em saúde. São informações baseadas em evidências que desfazem mitos sobre procedimentos naturalizados na atenção ao parto e nascimento, que esclarecem à mulher sobre seus direitos e que fomentam o protagonismo.

Existem esforços governamentais e não governamentais para mudar o panorama perinatal no Brasil. Instituições e entidades, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e, no Brasil, o Ministério da Saúde, iniciam movimento de revisão das práticas no campo obstétrico e propõem mudanças no modelo de assistência, já apontado pelos movimentos de mulheres e redes de parto humanizado. Publicam recomendações baseadas no princípio do direito à informação e acompanhamento pré-natal pelas mulheres e focando em ações para contribuir com o protagonismo da mulher em todos os aspectos dessa atenção, incluindo participação no planejamento, execução e avaliação. Percebe-se a necessidade de incorporar dimensões sociais e emocionais no pré-natal e no parto, recomendando eliminação do uso rotineiro de diversas práticas obstétricas “consideradas inadequadas, não benéficas e prejudiciais na assistência ao parto, ressaltando a importância de assegurar no momento do parto a integridade e privacidade da mulher” (Pasche, Vilela e Martins, 2010, p. 107).

Muito se discute e se pesquisa sobre quais são, de fato, as práticas baseadas em evidências para o processo de gestação, parto e pós-parto, tema atual, mas que não é recente e teve início com o estudo da Medicina Baseada em Evidências (MBE).

MBE se traduz pela prática da medicina em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência médica. (Lopes, 2000, p. 285)

A Medicina Baseada em Evidências é uma estratégia para fortalecer o alicerce científico no cuidado dos pacientes, sem desprezar os valores humanitários da medicina. Dessa forma, contribui para a melhoria da qualidade da assistência médica (Lopes, 2000) e para os profissionais da área da saúde. Sistematizar as novas práticas empregadas na assistência ao parto e sua eficácia contribui na construção contra-hegemônica do ponto de vista cultural, social e política, do processo de parto e nascimento, o que é necessário para consolidar práticas mais seguras (Pasche, Vilela & Martins, 2010).

Favorecer uma experiência positiva para a mulher e sua família deve ser o objetivo da assistência materna de qualidade, e o estabelecimento de uma relação de apoio constante e esclarecimento de dúvidas deve ser o foco da equipe, levando-se em consideração a diversidade cultural para garantir a singularidade do cuidado. Todo procedimento deve ser realizado somente quando necessário e após a explicação do motivo do mesmo, visando ao bem-estar da mulher e da família (Andrade *et al.*, 2014).

Sabemos que o acesso e o acolhimento de qualidade na assistência obstétrica e neonatal são de extrema importância nesse momento da vida da mulher, contribuindo para seu fortalecimento e seu protagonismo nas tomadas de decisões. Para garantir direitos e de fato colocar a mulher como protagonista, as atitudes da equipe em sua atenção obstétrica devem buscar a valorização e fortalecimento da sua dignidade, encorajando sua participação e conseqüentemente aumentando sua autoestima (Andrade *et al.*, 2014).

“A gravidez não deve ser tratada como doença e sim como expressão de saúde, e o nascimento como processo fisiológico e natural. Intervenções desnecessárias, sem embasamento científico, devem ser evitadas” (Andrade *et al.*, 2014, p. 30).

Segundo Andrade *et al.* (2014), para uma boa atenção ao parto e nascimento, é necessário levar em consideração: uso apropriado da tecnologia; trabalho integrado em equipe multiprofissional; e práticas baseadas em evidências

científicas. Muitas práticas ainda são utilizadas apenas por rotina, sem críticas mesmo não sendo práticas baseadas em evidências.

Andrade *et al.* (2014) e Gonçalves *et al.* (2014) listam uma série de práticas ainda utilizadas na assistência obstétrica e neonatal que devem ser evitadas, por não serem validadas por estudos científicos bem desenhados, bem como práticas que contribuem com o processo de parir. Dessas, compilamos, a seguir, uma lista separada em práticas que contribuem com o processo da mulher parir e práticas que não devem ser utilizadas segundo a literatura atual, no processo de parir, sempre considerando o acompanhamento adequado por equipe especializada.

1. Práticas que contribuem com o processo da mulher parir (informações contra hegemônicas): Acesso; Acolhimento; Garantia de direitos; Atitudes da equipe de atendimento que valorizem a mulher; Participação no planejamento de seu cuidado; Desejos da mulher devem ser respeitados; Ser chamada pelo nome; Gravidez não deve ser tratada como doença; A tecnologia deve ser utilizada de forma necessária; Trabalho integrado com equipe multiprofissional; Escolha do local do nascimento; Apoio físico e emocional constante; Imersão em água para alívio da dor; Manejo da dor não farmacológico; Com RN: Contato pele a pele após o nascimento e Amamentação na primeira hora de nascimento.
2. Práticas que não devem ser utilizadas, segundo a literatura atual, no processo de parir (tem sido hegemônicas): Dieta em trabalho de parto; Enema evacuante de rotina; Tricotomia dos pelos pubianos; Impedimento de movimentar-se durante o trabalho de parto; Posição do parto – supina; Episiotomia de rotina; Cesariana eletiva sem real indicação clínica; Descolamento de membrana antes das 41 semanas de gravidez; Uso rotineiro de ocitocina; Com RN: Aspiração das vias respiratórias e Clampeamento do cordão antes de parar de pulsar.

Muitas mulheres têm buscado nos movimentos feministas e de humanização do parto, bem como em grupos de apoio, informações científicas que apoiam práticas baseadas em evidências para contribuir em seu processo de empoderamento para o gestar, fomentando seu protagonismo no parto. Esses grupos costumam informar, apoiar e orientar gestantes, casais e acompanhantes sobre o processo de gestação e do nascer. Discutem temáticas relevantes sobre o

tema, possibilitando trocas de experiências e escolhas conscientes sobre o parto e as possíveis intervenções a ele associadas. Têm como função contribuir para o fortalecimento da mulher no processo de gestação para que possa se informar, rever e discutir intervenções médicas, nesse contexto de tão forte medicalização da vida e do nascer.

3.2. Protagonismo das mulheres no parto e nascimento

Os objetivos de uma maternidade segura serão alcançados quando as mulheres estiverem fortalecidas em seu protagonismo e os seus direitos humanos, incluindo seu direito a serviços de qualidade no parto, respeitados. (Pasche, Vilela & Martins, 2010, p. 107)

A construção da experiência de ser protagonista no parto e nascimento é algo bastante singular. Está relacionada com a forma com que aprendemos e escolhemos participar na vida. Participar se faz sempre num processo coletivo, diretamente ligado ao acesso a informações, experiências e condições de se colocar a partir de uma construção social de oportunidades (Andrade & Lima, 2014; Martins, *et al.*, 2014; Brasil, 2008; Costa, 2000; Martín-Baró, 1996).

A palavra “protagonismo” vem da junção de duas palavras gregas; *protos*, que significa o principal, o primeiro, e *agonistes*, que significa lutador, competidor, contendor. O termo “protagonismo”, em seu sentido predominante, indica o ator principal, ou seja, o agente de uma ação, seja ele um jovem ou um adulto, um ente da sociedade civil ou do Estado, uma pessoa, um grupo, uma instituição ou um movimento social (Costa, 2000).

Segundo o documento base da Política Nacional de Humanização para gestores e trabalhadores do SUS, o protagonismo:

...é a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde, diz respeito ao papel de sujeitos autônomos e co-responsável no processo de produção de sua própria saúde. (Brasil, 2012a, p. 65)

A mulher como protagonista, como sujeito de seu corpo e de direitos, implicaria não só em intervenção técnica, por parte dos profissionais, seria uma noção diretamente influenciada pela perspectiva de cidadania ativa e de

protagonismo, reconhecendo a paciente como uma pessoa com direitos (Campos, 1996).

Para falar do protagonismo da mulher, há de se considerar que ser protagonista está diretamente ligado a fatores de nossa história e poderes socialmente estabelecidos (Onocko-Campos & Campos, 2006).

É com uma postura crítica a respeito dessa realidade que o movimento pela humanização do parto e do nascimento propõe, para além do campo médico, mudanças sociais. Afirmando que é preciso reconhecer e valorizar a autonomia da mulher, sublinha a formação de um sujeito ativo no processo de tomada de decisão, subvertendo assim uma lógica patriarcalista subjacente ao modelo tecnocrático. Com acesso à informação clara e de qualidade durante o pré-natal, a mulher pode fazer escolhas informadas, reafirmando assim a questão de que saber é poder. É neste sentido que se fala em empoderamento feminino e a retomada do protagonismo da mulher na parturição – é ela quem faz seu próprio parto e da forma que ela desejou. (Melo, 2013, p. 8)

Dessa forma, pensar na humanização do parto e do nascimento é rever e trabalhar para promoção de mudança de um processo histórico de construção da saúde da mulher na cultura do controle de seu corpo. Questionando o processo de construção de políticas de saúde intervencionistas. Entendendo essa crítica à medicalização e controle dos corpos, avançamos no processo de desmedicalização, pois, dessa forma, vamos ao encontro da autonomia, bem como do respeito às diferenças (Gaudenzi & Ortega, 2012, p. 24).

“Sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo” (Benevides & Passos, 2005, p. 563). Essa é a aposta do movimento pela humanização do parto e nascimento.

É nessa aposta que o Ministério da Saúde brasileiro vem investindo, com políticas que se baseiam em uma visão ampliada de saúde, que valorizam a autonomia e formas de corresponsabilidade solidária (Gaudenzi & Ortega, 2012). São exemplos a própria Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Como apresentado no primeiro capítulo, foi longo o caminho da mulher até a garantia de direito a saúde integral e ainda não podemos nos dar por satisfeitas, visto que em muito ainda temos que melhorar o sentido de fazer valer na prática dos profissionais e nos protocolos de rotina o que está na letra da lei.

A contraproductividade global da medicina é fenômeno evidente. A luta política nesse campo, para a liberdade de informação, para a liberdade do exercício dos cuidados de cada um e para a livre disposição de seu corpo,

poderá desempenhar o papel de faísca, desencadeando um processo geral de liberação em outros domínios onde a expansão do sistema heteronômico alcançou igualmente níveis mórbidos. (Illich, 1975, p. 164)

Esse processo de garantia de direitos da mulher ainda em construção, nos faz refletir sobre as ideias de Foucault, considerando o biopoder e biopolítica na relação que se estabelece entre a equipe de saúde e a paciente, a mulher em todo seu processo de pré-natal, parto e pós-parto. Faço uso de alguns autores para trabalhar com esses conceitos, em uma leitura pouco aprofundada e a partir de um recorte possível para esse tema no contexto da pesquisa.

Rabinow e Rose (2006) nos apontam, a partir das ideias de Foucault:

O conceito de 'biopoder' serve para trazer à tona um campo composto por tentativas mais ou menos racionalizadas de intervir sobre as características vitais da existência humana. As características vitais dos seres humanos, seres vivos que nascem, crescem, habitam um corpo que pode ser treinado e aumentado, e por fim adoecem e morrem. (...) o termo 'biopolítica' para abarcar todas as estratégias específicas e contestações sobre as problematizações da vitalidade humana coletiva, morbidade e mortalidade, sobre as formas de conhecimento, regimes de autoridade e práticas de intervenção que são desejáveis, legítimas e eficazes. (Rabinow & Rose, 2006, p. 24)

Pensar na humanização do parto e do nascer é falar de um processo histórico do controle do corpo da mulher e da construção médico-centrada que desenvolvemos em nosso país. Vieira (1999) descreve que o processo de medicalização do corpo feminino teve início 300 anos antes da institucionalização do parto como evento hospitalar e do estabelecimento da obstetrícia como disciplina médica.

Marcado pela concepção higienista, este modelo é centrado no profissional médico como condutor do processo e na tecnologia biomédica como superior ao corpo feminino, submetendo a mulher a normas e rotinas rígidas, que não respeitam o seu ritmo natural. O saber/poder técnico-científico se sobrepõe à competência própria das mulheres de lidar com seu processo de parir que, paradoxalmente, foi expropriado dela e delegado a agentes técnicos, que passam, então, a partejar (Pasche, Vilela & Martins, 2010, p. 108).

Nesse sentido, a mulher foi expropriada de sua ação protagônica do parir pelos profissionais da área de saúde, esses deixam de ser facilitadores, aqueles que assistem, para se apropriar do ato (Pasche, Vilela e Martins, 2010).

Foucault (2008) discute a relação do doente e do médico no século XIX, uma relação onde a demanda se faz pela doença, de detectar o que dói. O médico estabelece uma relação com o corpo por si, sem considerar a história de quem se queixa, sem significação. O autor nos chama atenção:

A medicina não deve mais ser apenas o corpus de técnica da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento do homem saudável, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não doente e uma definição do homem modelo. [...] é importante determinar como e de que maneira as diversas formas do saber médico se referem às noções positivas de saúde e de normalidade. [...] A medicina do século XIX regula-se mais, em compensação, pela normalidade do que pela saúde; (Foucault, 2008, p. 39).

Pouco se pensa na relação mecanicista estabelecida na área da saúde e no processo de adoecimento dos indivíduos. Ou em respostas simples e binárias para normal ou anormal, saúde e doença, humano ou desumano. Somos seres complexos e complexas são as formas de pensar e agir, há muito entre as extremidades.

Com o desenvolvimento industrial, científico e tecnológico e a busca em controlar a natureza e os eventos da vida, visando reduzir riscos, o parto foi levado gradativamente, a partir do século XIX, e de forma mais acelerada no século XX, para o ambiente hospitalar, mudando o lugar e o modelo de assistência. De um evento domiciliar centrado na mulher, com participação ativa da família, com a parteira como colaboradora, o parto passou a hospitalar no modelo tecnocrático, contando com a entrada da figura masculina no saber e práticas obstétricas. Isso foi determinante para construção de novos sentidos para o parto e nascimento (Pasche, Vilela & Martins, 2010).

A entrada das ciências médicas no evento do parto e nascimento o coloca no campo das regularidades, diminuindo incertezas, afastando o parir da vida cotidiana e do ambiente familiar. O parto passa a compor práticas médicas, incorporando tecnologias, ganhando feições do trabalho taylorizado, determinando a perda de participação e autonomia das mulheres e suas famílias (Pasche, Vilela & Martins, 2010).

Retirada do seu papel de protagonista, a mulher se torna frágil, se submetendo cada vez mais a uma tecnologia que a infantiliza, fragiliza, descaracteriza e a violenta. O momento do parto e nascimento passa a ser encarado pelas mulheres como momento de medo e ameaça à integridade

da vida, sendo muitas vezes indesejado por elas. (Pasche, Vilela & Martins, 2010, p. 109)

A cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga deste “sofrimento”, vista pelos profissionais de saúde, como um modelo conveniente e previsível, apoiado no mito da tecnologia segura e eficaz, desconsiderando a mulher e colocando o modelo de parto “normal” como degradante (Pasche, Vilela & Martins, 2010).

Nesse contexto de intensificação e excesso de cesáreas e intervenções desnecessárias, a possibilidade de protagonismo está muito vinculada com a obtenção de várias informações fundamentais para um desfecho de parto mais satisfatório. Informações como fisiologia do parto, para poder entender a importância do parto mais natural possível, com menos intervenções, recepção do recém-nascido, direito a acompanhante e utilização do plano de parto.⁵

Dias e Domingues (2005) listam alguns itens que os profissionais devem considerar para a humanização da assistência ao parto, e esses estão diretamente ligados ao protagonismo da mulher: que respeitem os aspectos da fisiologia da mulher, não intervenham desnecessariamente, reconheçam os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, logo considerando a diversidade e ofereçam o necessário suporte emocional à mulher e sua família. Entendem que alguns aspectos são importantes para o protagonismo da mulher:

...autonomia da mulher durante todo o processo, com elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; de ter um acompanhante de sua escolha; de serem informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas; e de ter os seus direitos de cidadania respeitados. (Dias e Domingues, 2005, p. 700)

O parto e as intervenções desnecessárias são o Ser doença substituindo completamente o Ser existente. A classe médica perdendo, ou nunca teve, a capacidade de avaliar de forma singular cada caso, cada mulher e cada processo de

5 O plano de parto é uma lista de itens relacionados ao parto, sobre os quais a gestante, ou o casal, pensou e refletiu sobre suas vontades no processo do parto e nascimento. Incluindo onde querem ter seu bebê, quem vai estar presente, quais são os procedimentos médicos que aceitam e quais preferem evitar. Os casais brasileiros estão percebendo cada vez mais que os médicos e profissionais da saúde bem-intencionados nem sempre têm respaldo científico que sustentem as práticas obstétricas comuns e que muitas dessas práticas são adotadas simplesmente por serem parte de uma tradição médico-hospitalar. Mais sobre em: <http://www.amigasdoparto.com.br/plano.html>.

nascer. Tem-se uma manutenção descabida de um ideal de gestação. Pois ter determinado padrão de supostas normalidades ajuda na rotina, porém atrapalha com o excesso de intervenções que se autorizam fazer, por desconhecerem a variabilidade possível do Ser singular (Campos, 1996).

Reunindo profissionais de vários países, a OMS [...] publica recomendações baseadas no princípio do direito à informação e acompanhamento pré-natal pelas mulheres; do protagonismo da mulher em todos os aspectos dessa atenção, incluindo participação no planejamento, execução e avaliação. Destacam a necessidade de incorporação das dimensões sociais e emocionais na atenção pré-natal e no parto e recomendam a abolição do uso rotineiro de diversas práticas obstétricas consideradas inadequadas, não benéficas e prejudiciais na assistência ao parto, ressaltando a importância de assegurar no momento do parto a integridade e privacidade da mulher. (Pasche, Vilela & Martins, 2010, p. 107)

Em certa medida, a medicina nunca perdeu sua capacidade de exercer controle social sobre a maioria das pessoas.

A alienação, afastamento, desinteresse, fixação em procedimentos técnicos padronizados, dificuldade para escutar queixas, impossibilidade de comunicar qualquer coisa além da sequência automática de procedimentos e, no entanto, grande capacidade de influenciar o imaginário social. (Campos, 1996, p. 5)

Dessa forma, a manutenção de práticas e protocolos comprovados serem inapropriados ou sem função, sem evidências e pesquisas que comprovem sua eficácia, mas que se perpetuam no fazer cotidiano das parturientes. Influências sentidas, principalmente nas cesáreas.

Neste sentido, as organizações de saúde, inclusive para assegurar o exercício de uma Clínica de qualidade, estariam obrigadas a adotar uma cultura da comunicação. E o primeiro passo é quebrar a arrogância pétrea da Medicina, com seus doutores e com seus protocolos, que seriam bem-vindos, desde que houvesse espaço para se duvidar deles, para que as Equipes agissem apoiado neles mas duvidando deles. Construção coletiva, portanto; no entanto evitando-se a diluição de responsabilidades e a omissão diante do desconhecido ou diante do imprevisto. (Campos, 1996, p,7)

Seria necessária uma construção conjunta de novas formas de fazeres. Revendo, revisitando e retomando os trabalhos, mas acolhendo os vários pontos de vistas, de forma interdisciplinar e produzindo cuidados qualificados e possíveis.

Campos (1996) nos apresenta algumas possibilidades do fazer da clínica, considera algumas variações, pois sabe-se que não há uma única clínica, pois lidamos com a diversidade humana. Para o autor, há uma Clínica Oficial, uma Clínica Degradada e uma outra Ampliada (Clínica do Sujeito). Ao pensar o parto e nascimento nos parece que estamos falando da clínica degradada e, nesse movimento de humanização do parto e do nascimento em busca da clínica ampliada, da clínica do sujeito, no caso da clínica subjetiva da parturiente.

A clínica degradada procura reconhecer que contextos socioeconômicos específicos podem exercer uma determinação tão absoluta sobre a prática clínica, que esta teria sua potencialidade diminuída, considerando as possibilidades de resolver problemas de saúde. Aqui, se apresenta o limite imposto à potência da Clínica Oficial. Quando o estilo de trabalho viola princípios básicos dos próprios manuais da Clínica Oficial. Percebemos uma mescla de uma política de saúde inadequada com um comportamento alienado de médicos que a praticam. Como no processo de gestar, as mulheres são atendidas de uma forma padronizada, sem considerar as especificidades, gravidade ou as necessidades de cada paciente. Não na busca do ideal, mas em busca de uma clínica ampliada, uma clínica solicitada pelos movimentos de mulheres e que não seja sempre submetida a determinantes sociais, políticos e econômicos (Campos, 1996).

Campos (1996) aponta que, para haver uma clínica de qualidade, seria necessário quebrar o poder médico e seus protocolos; dessa forma, seria possível o questionamento desses fazeres, abrindo a possibilidade para comunicação real e clara. A clínica ampliada e compartilhada é uma ação e uma forma de fazer que se apresenta como resistência à medicalização excessiva. Uma atenção mais atenta as demandas das mulheres de forma mais singular, coloca as parturientes como protagonistas, pois são incluídas nas decisões, fazem cogestão e, para isso, é necessário o compartilhamento de informações. Informações científicas que, para o parto e nascimento, consideram a fisiologia, as necessidades e demandas da mãe e do bebê e não apenas as informações que atendam a interesses pessoais e corporativos da classe médica, uma clínica onde a construção seja coletiva.

Nesse sentido muito temos que avançar, porém novos atores e movimentos entram nesta cena como possibilidades de contribuir com melhores desfechos de parto e nascimento. A clínica ampliada, embora seja uma possibilidade

real de atenção para as mulheres, ainda está longe de ser uma realidade, considerando a formação médica e a variabilidade de compreensão dessa prática.

Atores e movimentos tem avançado nesse processo de qualificar, cobrar e indicar melhores formas de fazer. Doulas, parteiras, grupos de mulheres, movimentos sociais e fóruns tem se mobilizado e avançado no enfrentamento de nosso sistema médico centrado, em atenções tecnicistas, em fazeres pouco singulares. Esses atores de fato tem atuado com a clínica do sujeito, colocando a mulher como protagonista, que é, do parto e nascimento, eles tem contribuído para a mudança de paradigmas no que diz respeito a melhorar a atenção de parir.

4. METODOLOGIA

Do grego *methodos*, método significa busca, procura, advindo de meta, depois, ao longo, e *hodos*, caminho. Assim, originalmente, método é um caminho para fazer algo que se objetiva ou um procedimento ao longo de um caminho que nos leva ao desejado. É um procedimento racional de como atingir determinados resultados (Trujillo Ferrari, 1982). Essa pesquisa se valeu da metodologia qualitativa, caracterizando-se como um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. Essa abordagem foi escolhida considerando a aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (Minayo & Sanches, 1993). Assim, foram valorizadas as respostas das entrevistadas dentro do contexto de sua história.

4.1. Caracterização do universo de estudo

O Movimento de humanização do parto e do nascer se dá num momento histórico em que, no Brasil, temos um alto índice de cesáreas e pouca atenção de qualidade à saúde integral da mulher. Neste panorama, a pesquisa se deu em grupos da cidade de Campinas, cidade com grande índice de cesáreas. Essa discussão ganha força com o Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia legal e Nordeste Brasileiros (PQM), entre 2009 e 2011, e com as PNHPN de 2000. Sabe-se de ações e programas em curso desde a década de 80, mas sem conseguir frear o panorama crescente de cesáreas e intervenções desnecessárias nas mulheres e nos bebês e, conseqüentemente, implicando em porcentagens de morte materno-infantil que poderiam ser evitadas.

Críticas sobre o aumento de cesáreas já são apontados desde 1991 por Faúndes e Cecatti, que alertavam a crescente taxa de cesáreas eletivas no Brasil e apontavam ações de mudanças necessárias para reverter a tendência de aumento da taxa de cesáreas. Além de compreenderem que a cesárea seria uma moda no Brasil e que não seria tão fácil mudar essa moda. Ainda hoje, temos as mesmas questões e índices cada vez maiores de cesáreas eletivas. E esse cenário do

modelo obstétrico médico-centrado com efeitos no aumento de cesárea é crescente (Andrade & Lima, 2014).

Nesse contexto, um movimento foi se articulando, ganhando forças e adeptos como ativistas, profissionais, políticos, acadêmicos e, principalmente, gestantes e mulheres que passaram por intervenções desnecessárias ou que se encontram num processo de busca de um parto e uma recepção do bebê de forma respeitosa. Neste sentido, o espaço de rede foi facilitador para a articulação e desenvolvimento de ações em prol de um gestar, parir e nascer mais humanizado e respeitoso. Toda essa articulação se dá por uma parte da população economicamente favorecida, mas muito engajada em fazer valer direitos e, dessa forma, busca a extensão de uma atenção de qualidade para todas as mulheres.

Vemos um recrudescimento de saberes populares de partejar e a contribuição da figura da doula nesse processo de retomada das culturas tradicionais de parir. Logo, levantando uma discussão sobre o sistema de saúde-médico centrado e intervencionista que desconsidera normativas do Ministério da Saúde, bem como saberes científicos baseados em evidências. E, mesmo as diretrizes da OMS enfatizando as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas e sua afirmação de que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados, não temos mudanças significativas dos profissionais médicos (Rabelo & Oliveira, 2010).

Sabemos que as práticas baseadas em evidências científicas, muitas vezes, foram utilizadas como forma de controle e medicalização da vida, conforme discutem Foucault e Illich, mas, neste movimento e com essa temática, as evidências fortalecem a retomada de um cuidado qualificado e o protagonismo da mulher no parto, colocando a equipe para assistir o parto. Essa forma de acompanhar o evento parto é vivenciada em muitos países, respeitando o índice de até 15% de cesáreas necessárias determinadas pelo OMS, considerando a gravidez como algo natural e não doença, e a maioria das mulheres não precisam de grandes intervenções, pois são de baixo risco.

O conhecimento biomédico acabou desconsiderando diferenças socioculturais e tem enquadrado o parto e o nascimento num esquema padronizado e tecnificado. O hospital passou a ser referenciado como “o lugar” oficial para o acontecimento do parto e o médico se tornou a figura principal do cuidado. Nesse processo, a mulher foi deixando de ser a protagonista do próprio parto e foi entrando

em cena a figura do cirurgião-obstetra. É nesse contexto que a cesariana se inscreve como alternativa de vivência do parto (Melo, 2013).

O processo de garantia de direitos da mulher ainda está em construção. Muitos escritos sobre ser protagonista está nas políticas e documentos, mas ainda em processo de garantia desse direito. Ser protagonista é ser sujeito de sua própria história, sujeito de direitos, tendo informações e possibilidades para fazer escolhas, sustentando tensões e situações reais apresentadas na jornada de parir e nascer, principalmente na cena do parto.

4.2 Sujeitos

Foram critérios de inclusão na pesquisa: Mulheres maiores de 18 anos (primigestas e não primigestas) que estavam no período de pós-parto e que participaram de grupos de gestante e de casais, durante a gestação, e aceitaram participar da entrevista. E como critério de exclusão: Mulheres com idade inferior a 18 anos, que não participaram de grupos de gestante e de casais, durante a gestação, e não aceitaram participar da entrevista.

Fizeram parte de pesquisa nove mulheres na faixa etária de 24 a 40 anos, sendo sete primigestas e duas não primigestas, todas casadas. Todas foram acompanhadas durante todo o pré-natal. As nove entrevistadas tiveram acompanhamento com a doula durante a gravidez. Sobre escolaridade, quatro são Pós-graduadas, três terminaram ensino superior, uma tem ensino superior incompleto e uma ensino médio completo. Dessas, oito tiveram parto normal, sendo quatro domiciliares e quatro hospitalares e uma foi cesárea.

PARTICIPANTES	IDADE	GESTAÇÃO/ FILHOS	ESCOLARIDADE	PRÉ- NATAL	DOULA	LOCAL DE PARTO/TIPO
1	24	1 - 1	Ensino Médio	Sim	Sim	Hospitalar/Cesárea
2	33	1 - 1	Pós graduada	Sim	Sim	Domiciliar/ Normal
3	36	1 - 1	Pós graduada	Sim	Sim	Domiciliar/ Normal
4	28	2 - 2	Superior incompleto	Sim	Sim	Domiciliar/ Normal
5	31	1 - 1	Pós graduada	Sim	Sim	Hospitalar/ Normal

6	30	1 - 1	Pós Graduada	Sim	Sim	Hospitalar/ Normal
7	40	4 - 1	Superior	Sim	Sim	Hospitalar/ Normal
8	37	1 - 1	Superior	Sim	Sim	Domiciliar/ Normal
9	28	1 - 1	Superior	Sim	Sim	Hospitalar/ Normal

Dos grupos contatados, todos acolhem todas as mulheres que a eles chegam e que procuram informações sobre gestação, parto e nascimento. Os quatro grupos são abertos e desenvolvem seus encontros com o foco em informações contra hegemônicas⁶ (informações que usualmente não são apresentadas e discutidas pelas equipes de saúde, pública ou privada, com as mulheres no processo de pré-natal) na cidade de Campinas. Dois desses quatros desenvolvem encontros semanais e outros dois, encontros quinzenais. Em um dos grupos, as atividades são pagas e os outros três não têm uma taxa, mas solicitam contribuição espontânea (valores sugeridos para ajuda na manutenção do espaço, mas não obrigatórias). Todos se encontram em bairros de classe média alta na cidade de Campinas (Barão Geraldo, Guanabara, Jardim Chapadão e Jardim das Palmeiras).

A cada encontro, acolhem, em média, 16 pessoas, entre gestantes e acompanhantes, podendo variar para mais ou para menos, pois dois ocorrem no período noturno e outros dois, aos finais de semana. Todos têm equipe de referência que também acompanham partos. Os participantes desses grupos são bastante diversos, em todos podem ter participação de SUS-dependente, embora seja minoria em todos eles, considerando localização e meios onde são divulgados. Três deles são conduzidos por equipe multiprofissional, mas com formação em doula e um deles, por enfermeiras obstétricas; todos os grupos, em alguns encontros, contam com profissionais convidados e especialistas para contribuir com as gestantes.

⁶ Informações contra hegemônicas são as informações que, segundo a literatura atual, contribuem com o processo de parir das mulheres, onde a mesma está como protagonista, porém usualmente não são apresentadas e discutidas pelas equipes de saúde com as mulheres no processo de pré-natal. Descritas na página 39.

4.3. Processo de coleta de dados

A pesquisa teve início com a etapa de pesquisa bibliográfica e busca por referências na literatura científica, principalmente sobre protagonismo e informação. As referências são vastas com essas palavras-chave, mas nada foi encontrado quando combinadas essas palavras com o foco em gestação e parto.

Num segundo momento, a pesquisadora fez contato com seis grupos de gestantes na cidade de Campinas, dos quais foi possível uma aproximação e consequente autorização prévia de quatro desses, que possibilitaram que a pesquisa fosse apresentada para as participantes. Num terceiro momento, a pesquisadora participou de encontros dos quatro grupos, nos quais as mulheres foram informadas da pesquisa e de seus objetivos e convidadas a participar. Nessa etapa, 19 aceitaram participar da pesquisa e em lista de interesse deixaram seus contatos. Dessas 19 três não foi possível fazer contato a partir do telefone relatado. Com o início das entrevistas três novas mulheres se interessaram em participar da pesquisa. Das 19 interessadas, outras três novamente não foi possível fazer contato e uma declinou da participação. Foram realizadas 12 entrevistas, porém dessas doze três também foram excluídas porque as mulheres não participaram de grupos de gestantes e casais durante a gestação. Neste ponto os relatos começaram a se repetir e a pesquisa foi encerrada por saturação das informações.

Após a identificação das mulheres e da aceitação das mesmas em participar da pesquisa, foram combinadas as datas e o local da entrevista com cada participante. Essa definição levou em conta a comodidade e disponibilidade de cada uma. Muitas foram as variáveis para efetivação das entrevistas, pois, sendo mulheres no período de pós-parto, a disposição das participantes estava relacionada com a demanda doméstica, saúde e humor do bebê, meteorologia, bem como flexibilidade no trabalho (para algumas). Um exemplo da interferência meteorológica: algumas mulheres marcaram a entrevista no espaço onde os grupos acontecem e houve alguns reagendamentos devido à chuva na data marcada, pois as mães acharam melhor não sair com os bebês. Considerando e respeitando o momento das mulheres, o agendamento e a efetivação das entrevistas não foram tão simples.

O instrumento de pesquisa aplicado foi uma entrevista semiestruturada, por ser a técnica empregada que melhor propicia tanto a valorização das respostas

da pessoa, alvo da investigação, como a que melhor firma os pontos de interesse da investigadora. Tal instrumento facilita a ocorrência de uma conversa que tem uma finalidade determinada e serve, também, como o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação (Minayo, 1996).

A proposta de filmar as entrevistas teve como objetivo elaborar um vídeo sobre protagonismo das mulheres no parto sob a ótica das entrevistadas, para que ele pudesse ser usado como uma ferramenta de disseminação e acesso a informações de qualidade, considerando a possibilidade de distribuição do material para grupos, instituições sociais e unidades de saúde. Além de considerar ser uma possibilidade de valorização das mulheres envolvidas e trazer novas formas e olhares para a pesquisa.

No dia da entrevista, mediante o entendimento e aceitação das participantes, foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e um Termo de autorização de uso de imagem e voz. Com o aceite das participantes e assinatura do TLCE, foi realizada a entrevista semiestruturada, com duração média de 40 minutos⁷.

O número de entrevistas foi definido à medida em que a pesquisa foi se consolidando, definindo-se a delimitação por saturação, que se dá quando, após as informações terem sido coletadas com certo número de sujeitos, novas entrevistas passam a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo (Turato, 2003). A amostragem por saturação é uma ferramenta que deixa evidente sua aplicabilidade prática, mas deve partir de sucessivas análises simultâneas à coleta de dados, a fim de nortear sua finalização (Fontanella, Ricas & Turato, 2008; Fontanella *et al.*, 2011)

Cabe ressaltar que todas as entrevistas foram salvas em um arquivo específico, impressas e catalogadas por nome, data e local de realização. O material vídeo gravado após período a ser utilizado pela pesquisadora será entregue as participantes da pesquisa.

4.4. Processo de análise de dados

⁷ Arquivos disponíveis na seção Apêndices.

Para trabalhar com o material produzido, as entrevistas foram transcritas e as transcrições transformadas em narrativas, conforme referencial proposto por Ricoeur e trabalhado por Onocko-Campos e Furtado (2008). Esses últimos concebem as narrativas como um processo de mediação entre o vivido e a possibilidade de inscrevê-lo no social, inserindo a experiência subjetiva em um campo político. A construção de narrativas tem sido ferramenta em uso crescente na construção de significados para existência humana, por ser uma forma de descrever e dar visibilidade às experiências vividas pelos sujeitos pesquisados (Onocko *et al.*, 2013). Nossa postura ético-política é não transformar as vozes em objetos (Onocko-Campos, 2008), mas sim conversar com elas, de modo que a análise não se faz *sobre* as experiências, mas *com* elas (Onocko-Campos, 2011).

As narrativas, tomadas como resultados da pesquisa, são analisadas levando em consideração o contexto das políticas de saúde das mulheres e, ao mesmo tempo, possibilitam a colocação em análise desse contexto, bem como indicam a ativação de novas posturas capazes de reinventá-lo. Utilizar narrativa foi uma escolha para trazer as mulheres para a cena, trazer suas falas e histórias, possibilitando melhor compreensão do contexto das mulheres e do processo de percepção protagônica de cada uma delas.

Uma vez prontas as narrativas, foi realizada uma leitura de todas e foram destacados pontos comuns relatados pelas participantes. Em seguida as narrativas foram analisadas destacando-se no conteúdo de cada entrevista os núcleos argumentais referentes aos temas perguntados e então esses núcleos das nove entrevistas foram organizados em uma tabela por proximidade de sentido e dessa organização foi possível identificar as categorias empíricas da pesquisa. Assim, após análise dos pontos comuns, as narrativas foram organizadas com protagonismo e informações como temas transversais e em três categorias de análise: Acesso a informações/Saberes, Rede de Apoio e Luta pela possibilidade de escolher e tomar decisões.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O material foi analisado a partir das falas das mulheres, mas foram analisados também por terem sido vídeo gravadas. As mulheres se envolveram com a proposta, se abriram e se colocaram como possibilidade de contribuir com outras mulheres, pensando onde suas experiências podem chegar, como podem contribuir com a mudança do cenário. A produção do vídeo teve essa intencionalidade, levantar possibilidades de retornar para a sociedade, e outras mulheres, formas possíveis de levar informações e que informações são importantes.

A partir da leitura do material, percebemos que protagonismo, na fala das mulheres participantes da pesquisa, aparece em três dimensões, que se distinguem, mas não se separam, e que estamos tomando como categorias de análise: a) acesso a informações/saberes sobre parto e nascimento contra hegemônicos; b) rede de apoio; e c) luta pela possibilidade de escolher e tomar decisões. E os temas informações e protagonismo são transversais nos discursos das entrevistadas.

5.1. Acesso a Informações/Saberes

“Informação é essencial”. (Participante 4)

Conforme afirmamos anteriormente, estamos considerando, nesta pesquisa, como informações contra hegemônicas aquelas informações que usualmente não são apresentadas e discutidas pelas equipes de saúde com as mulheres no processo de pré-natal e que tampouco fazem parte do que circula no senso comum a respeito do processo de gestação e, sobretudo, do parto e nascimento.

Nas entrevistas as mulheres apresentam em blocos as informações que gostariam de receber, que são: Informação de qualidade; Baseada em evidências científicas – contra hegemonia; Preocupação com o que será feito com ela e seu bebe; e Reais necessidades para a cesárea.

Temos uma crise na saúde que tem sido apontada pela sociedade através de denúncias de descasos no atendimento, nas filas da rede de saúde (Pasche, 2009) e, nas cenas de parto e nascimento, não tem sido diferente: as más posturas das equipes de saúde só têm contribuído para descontinuidades do atendimento ou para a produção de um atendimento sem qualidade, violento e, em muitos momentos, degradante. Essas posturas, “muitas vezes, ganham a adjetivação de desumanização do atendimento” (Pasche, 2009, p. 706).

Na primeira categoria de análise que aqui destacamos, o que insiste na fala das mulheres é a importância do acesso a informações. As mulheres contam ter que procurar estudar e ler para se embasar sobre o processo de parir. Nesse processo de busca por acesso à informação, os grupos de gestantes/casais apareceram como algo fundamental, seguidos, em ordem de importância para elas, das ferramentas virtuais (blogs, sites, redes sociais), das doulas e, por fim, de médicas obstetras com práticas afinadas ao movimento de humanização de parto e nascimento.

“Você tem que estudar, tem que ler, é sua história, é a sua vida, é a vida do seu filho.” (Participante 6)

As mulheres entrevistadas na nossa pesquisa relatam que só com muita leitura e busca por informações puderam garantir um parto respeitoso e acolhedor. Elas descrevem como informações que fizeram diferença no processo de parto e nascimento informações: sobre a fisiologia do parto; sobre como lidar com a dor no momento do parto; sobre as intervenções necessárias para elas e seus bebês; sobre as indicações reais para uma cesárea necessária; e sobre a necessidade de construção de um plano de parto.

Ter o acesso a essas informações, entender o processo de parir e saber quais intervenções as equipes fariam em quais situações foram questões apresentadas pelas mulheres como fundamentais para a construção do seu protagonismo.

“Temos que ter o máximo de informações sobre a gestação porque é muito importante. [...] O que é gerar um filho, entender o processo de parir, entender que dor era aquela, como eu poderia lidar com a dor, aprender técnicas para fazer

quando o parto estivesse evoluindo [...] Para o meu marido também, qual seria sua função, como poderia ajudar a colaborar nesse processo.” (Participante 2)

O acesso às informações pelas mulheres se deu a partir de buscas ao longo do processo de gestação. Algumas iniciaram essa busca desde que começaram a construir a ideia de ficar grávida, outras, ao engravidar e outras, ainda, já com algum tempo de gestação. Saber onde obter informações seguras também foi apontado como importante, pois, segundo elas, quando se está grávida, as pessoas contam muitas histórias que as deixaram inseguras e temerosas e, quando obtinham informações qualificadas, oriundas de pesquisas, sentiam-se mais seguras.

“Acho que as informações que fizeram diferença, pra mim, vieram um pouquinho antes da gestação. Quando comecei a saber um pouco mais sobre parto humanizado. Acho que o que a gente precisa é se informar.” (Participante 5)

A fala das mulheres entrevistadas em nossa pesquisa reforça o que apontam outros estudos, já relatados em nosso primeiro capítulo, sobre o quanto o acesso à informação de qualidade durante o pré-natal possibilita que as mulheres façam escolhas informadas, contribuindo com a construção do empoderamento feminino (Melo, 2013).

“Ao longo da gestação, achei importante entender o que era parto normal, o que era parto natural, as diferenças de parto: parto normal, parto natural, cesárea. E isso foi muito importante. E também a informação de como seria o processo da descida do bebê, do encaixe até a saída. Isso, para mim, era importante saber e construir meu imaginário.” (Participante 3)

As mulheres relatam que os grupos de gestantes em que participaram foram fundamentais para a obtenção das informações acima mencionadas, por os considerarem como um espaço seguro, que possibilitava o acesso a informações de qualidade e a discussão das mesmas, sempre mediadas por profissionais da saúde. Essa constatação nos indica que os grupos de gestantes têm se constituído como importantes aliados ao processo de pré-natal. Esses grupos e seu modo de

funcionamento nos dão importantes pistas para o trabalho com grupos de gestantes no SUS.

Silva *et al.* (2014), em pesquisa sobre a participação das gestantes nas atividades educativas no pré-natal, constata pontos positivos em estimular a participação das mulheres nessas atividades durante o pré-natal. O processo educativo aparece como instrumento de socialização de saberes na promoção de saúde e, conseqüentemente, de fortalecimento de protagonismo. Os grupos nos parecem ser essa possibilidade de atividades em que as mulheres puderam participar e, dessa forma, trocar saberes e se fortalecerem.

A educação popular em saúde nos ajuda a lançar luz sobre a temática da oferta de grupos de gestantes para mulheres, pensadas numa perspectiva de participação social, as práticas de educação em saúde que estão articuladas ao controle social⁸ e só fazem sentido entre os sujeitos sociais (Brasil, 2007b). A educação em saúde desempenha importante papel no controle social, pois se torna um espaço de negociação e discussão sobre as prescrições e informações médicas e das equipes (Stotz, 2007).

Embora não tenhamos como objetivo discutir educação em saúde, a partir dos achados da pesquisa, sobretudo no que se refere à grande importância dos grupos para as mulheres entrevistadas, percebemos a importância dessa discussão no campo da humanização do parto e nascimento.

Os fóruns perinatais (Fórum perinatal de Belo Horizonte; Campinas – mas manteve o nome Fórum Humanização de Parto e Nascimento), têm se constituído como espaço de luta e discussão sobre os encaminhamentos de parto e nascimento em várias cidades, bem como vários outros coletivos em que as mulheres se fortalecem e vão contribuindo de forma mútua nas disputas políticas que se travam. Esses diferentes espaços coletivos constituem-se como instâncias de exercício do controle social, que cumprem também uma função formativa e, ao mesmo tempo, de fortalecimento do movimento social nas disputas cotidianas com as equipes e protocolos hospitalares para a produção de um cuidado respeitoso com as mulheres

⁸ Controle Social (Participação Cidadã). Participação popular na formulação de projetos e planos, definição de prioridades, fiscalização e avaliação das ações e dos serviços nas diferentes esferas de governo, destacando-se, na área da Saúde, as conferências e os conselhos de saúde (Brasil, 2012b, p. 56).

No Brasil, com a ampliação das ações de saúde para as mulheres na década de 80, a partir do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), as práticas educativas foram destacadas como importante instrumento de promoção da saúde. Inspirados pelas críticas do movimento feminista às palestras até então vigentes nos serviços de saúde, caracterizadas pela transmissão vertical de conhecimentos, sem levar em conta os contextos (Silva *et al.*, 2015). Hoje, melhor organizado e ampliado com a PNAISM,

A PNAISM foi elaborada para atender as mudanças no cenário referentes às políticas voltadas à saúde da mulher, englobando os pressupostos da promoção em saúde e contemplando o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos (Brasil, 2009b). Uma das principais mudanças implementadas pela política está relacionada à ampliação do conceito de saúde da mulher a partir da incorporação de questões como, por exemplo, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, dando um enfoque, principalmente, à atenção obstétrica, ao planejamento familiar, à atenção ao abortamento seguro e ao combate à violência doméstica e sexual (Freitas *et al.*, 2009).

A sociedade civil, em especial o movimento de mulheres, foi um parceiro na discussão dos princípios e diretrizes dessa nova proposta, valorizando o coletivo e as necessidades das mulheres brasileiras. Baseou-se nos princípios de promoção, respeitando a autonomia dos sujeitos, tornando-os coautores do processo de construção (Brasil, 2009b; Freitas *et al.*, 2009).

A política reforça a humanização da atenção integral à saúde da mulher, entendendo que não podemos dissociar humanização de qualidade da atenção. Considerando que humanizar é mais que tratar bem, há de se considerar “questões de acessibilidade [...], provisão de insumos e tecnologias necessárias, formalização de sistemas de referência e contrareferência, disponibilidade de informações e orientação [...] e sua participação na avaliação dos serviços” (Freitas, *et al.*, 2009, p. 427).

A PNAISM, ao ampliar discussões e preencher lacunas de políticas anteriores, traz contribuições importantes para o cenário. A mulher é incluída no processo, vista em sua integralidade, como sujeito autônomo e participativo na formulação de políticas públicas, possibilitando garantia de atendimentos em consonância com suas reais necessidades e qualidade da assistência, visando a romper com o enfoque medicalizado hegemônico nos serviços de saúde.

Na saúde, há de se considerar a experiência das pessoas, movimentos sociais e organizações populares nas comunidades (Stotz, 2007). É muito importante considerar esses saberes e foi também isso que as mulheres relataram como condição de possibilidade da construção do protagonismo no processo de parto e nascimento.

Os grupos de gestantes dos quais fizeram parte as mulheres da nossa pesquisa nos dão pistas para pensarmos as políticas de saúde para as mulheres, sobretudo quando consideramos que a forma como têm sido executados fazem deles ferramenta importante de educação em saúde. Apesar de conduzidos por profissionais qualificados, os grupos não se nomeiam como cursos ou formações e sim como espaços de troca de saberes e buscam, em conjunto com as participantes, responder as dúvidas e questões que surgem nos encontros.

“Me senti protagonista no processo de construção de toda a gestação, por ter recebido apoio dos grupos, por ter tido acesso a informações, tudo o que busquei. Informações sobre fisiologia do parto, de que não tinha tanto conhecimento; questões jurídicas, meus direitos, o que pode ou não pode; plano de parto, que julgo ser uma ferramenta maravilhosa... são informações que foram importantes para a construção de meu protagonismo [...] percebi que ter informações foi algo que afrontou a equipe.” (Participante 1)

A fala acima é de uma mulher que buscou todas as informações durante sua gestação. Segundo ela, foi um processo de convencimento inclusive para a família, pois ela e o marido decidiram e queriam um parto domiciliar. Se munuiu de muitas informações, entendeu o processo de seu corpo e o que precisaria fazer e saber para que seu parto e a recepção de sua filha fossem respeitosos. Porém, seu parto não evoluiu como esperado e, a partir de uma decisão com a equipe, teve que ser transferida para o hospital, para indução. Ela relata que ter informações e querer se posicionar sobre intervenções no ambiente hospitalar “afrontou a equipe” de plantão que passou a lhe atender. Ela estava em um hospital escola, sendo atendida pelo SUS, pois a equipe que ela tinha contratado e a acompanhou até onde foi possível foi a equipe para o parto domiciliar. Ela relata, também, que as informações obtidas no grupo foram suas ferramentas, como, por exemplo, o plano de parto, que

ela utilizou para tentar garantir não sofrer intervenções desnecessárias em seu corpo e no de sua filha.

É difícil para as mulheres chegarem nos hospitais sem equipe de referência; neste caso, especialmente, mais ainda, pois a participante 1 tinha planejado e se organizou para um parto domiciliar e acabou ficando três dias em indução no hospital. Foi atendida por muitos profissionais, viu muitas cenas e relata a dificuldade em se cumprir não só o que ela queria e o que estava descrito no plano de parto, mas também no que diz respeito a algumas práticas já descritas na literatura que não contribuem com o trabalho de parto, como não poder se alimentar.

Ter uma equipe de referência vinculada, apoiando suas decisões e crenças sobre o processo de parir foi relatado por essas mulheres como tendo feito muita diferença no exercício e experimentação do protagonismo. Ter equipe de referência as acompanhando durante a gestação e também no momento do parto também favoreceu que se sentissem mais seguras, construindo um processo de autonomia e de trocas de tal modo que os encaminhamentos e as intervenções necessárias foram mais compreendidas e experimentadas como “mais tranquilas”.

“Sendo atendida pela Dra. X, eu sabia que estava em boas mãos [...] nesses diálogos, a gente construiu uma relação de que iria ser do jeito que eu conseguisse, mas com o suporte dela se necessário.” (Participante 3)

Porém não é a realidade para a maioria das mulheres nos serviços públicos de saúde. A equipe que acompanha a mulher durante seu pré-natal não será a mesma que prestará atendimento para o parir. Talvez os grupos cumpram ou pudessem cumprir essa ponte entre as informações e como lidar com as relações até chegar no ambiente hospitalar público ou privado. É necessário ampliar a comunicação, troca de saberes e corresponsabilidades entre os envolvidos. Assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde e buscar ajuda em outros setores já é uma proposta das equipes de referência (Brasil, 2007b), mas que não são vividos pelas mulheres dos grupos e reafirmado como inexistente a partir do relato da participante 1, que teve muita dificuldade com a equipe do hospital do sistema público onde foi atendida. As outras participantes puderam ter um desfecho diferente nos hospitais privados, pois puderam custear a equipe de referência por quem foram atendidas, mantendo a lógica do privilégio para poucas. A clínica

ampliada talvez seja uma possibilidade de minimizar e estreitar as relações e intervenções na medida em que as decisões passam ser compartilhadas (Campos, 2006; Brasil, 2007b). Há de se considerar mais uma vez que o grupo em questão tem possibilidades econômicas diferenciadas, ou conseguiram se organizar para contratação de equipes para acompanhar a gestação, estarem no parto ou realizarem o acompanhamento domiciliar.

“As informações consegui muito no grupo de apoio presencial e virtual [...] acho que as informações foram importantes: se eu tomar um remédio o que pode acontecer, se eu for para o hospital o que pode acontecer, se eu tiver o bebê em casa o que pode acontecer [...] era importante eu saber o que a pessoa faz, o que aquela pessoa que me atende faz, como ela trabalha e estudar e saber realmente o que é necessário e o que não é, se está baseado nas evidências mais recentes, se realmente seria necessário, então para mim informação é essencial.”
(Participante 4)

Diferente da Participante 1, a Participante 4 viveu essa relação próxima e já vinculada com a equipe e aponta a importância de conhecer e saber o que as pessoas vão fazer com seu corpo.

Além dos grupos, as participantes apontam outros canais de informações como importantes e fundamentais para a construção do protagonismo no parto. Leituras de alguns livros específicos, acesso a blogs, apoio de grupos virtuais e vários relatam a importância do filme “O Renascimento do Parto” para convencimento e esclarecimento de seus familiares. Importante apontar que estamos tratando de um grupo de mulheres com possibilidades de acesso. Sabemos que para a maioria das mulheres atendidas no SUS esse acesso é bastante difícil ou inexistente.

“Eu já tinha me informando através da internet, livros e assisti filmes [...] Assistir o Renascimento do Parto foi essencial, foi nele que a gente acabou sabendo muita coisa. Então nos grupos, o filme e leitura.” (Participante 5)

“Minha médica, logo na primeira consulta, me deu uma lista de livros e de blogs e de grupos que tem aqui em Campinas de gestantes, saí da primeira consulta

com bastante material na mão para começar a trabalhar, para começar a estudar [...] Livros importantes que eu li: o Parto Ativo, que me fez ter bastante consciência da fisiologia do parto, e, psicologicamente me preparando, eu utilizei o livro da Laura Gutman, A maternidade e o encontro com a própria sombra.” (Participante 6)

A partir do relato das mulheres, vimos que a busca por informações é experimentada como uma jornada, um processo que parece não terminar nunca: informações sobre como engravidar de forma saudável, sobre a gestação, sobre o processo de parir, sobre amamentação, sobre como possibilitar desenvolvimento saudável para seus filhos. São muitas coisas que vão incorporando como necessidades.

Há de se considerar que estamos em um momento em que o acesso a informações são mais viáveis, já que temos na atualidade possibilidades virtuais, embora esse acesso seja facilmente difundido e compreendido na população com maior escolaridade e temos que considerar, também, maior poder socioeconômico.

“Eu senti que nós buscamos bastante conhecimento, sabíamos todas as possibilidades, inclusive se precisasse de uma cesárea nós saberíamos de tudo [...] As informações que mais contribuíram foram como é e o que é um trabalho de parto, o que é verdade, o que é mito, informações sobre como são os procedimentos da recepção do recém-nascido [...] Eu acho que devem buscar as informações sobre o parto, sobre a amamentação, sobre a criação. Não é fácil, mas é gratificante.” (Participante 9)

As mulheres relataram o quanto as informações foram importantes para a construção do protagonismo, pois, se não buscam, são levadas por uma forma de operar naturalizada pelos médicos e equipes de saúde e introjetada na sociedade como a melhor forma, como o mais seguro e, na maioria das vezes, como a única possibilidade: a cesárea.

Entretanto, não foi só a obtenção de informações que favoreceu o protagonismo. Esse se fez com muitas variáveis como: informações de qualidade; apoio efetivo do grupo e ou a equipe, já vinculada anteriormente e sintonizada com as demandas das mulheres; seus maridos/companheiros ou familiares. o que reforça, para nós, a ideia de que a produção do protagonismo se faz num processo

coletivo, produzido nas relações, tanto com o grupo (e, aqui, cabe destacar a relação com as mulheres que conduzem/facilitam os grupos, mas também com as outras mulheres gestantes), como com a equipe de saúde e quanto com marido/família. Vale ressaltar que as profissionais de referência nos grupos (quando se estabelece uma relação empática e contratação) também podem ser parte da equipe que irá acompanhar as parturientes, seja num parto domiciliar, seja num parto hospitalar.

“Das informações recebidas ao longo da gestação, pra mim, o principal foi preparar meu marido [...] como sou obstetra eu tenho uma boa noção de como é um parto, que com cada uma é de um jeito, que cada uma tem seu tempo, tem mulheres que sentem mais dor ou não [...] As informações são importante para o casal e acho que eles tem que saber, como é um trabalho de parto, que pode demorar, que é necessário paciência, que a mulher tem que fazer algumas coisas que possa ajudar [...] Prepara-se cabeça e corpo.” (Participante 7)

5.2. Rede de Apoio

“Eu diria para as mulheres para não ficarem sozinhas, que é super importante você procurar uma rede, seja ela qual for.” (participante 2)

Nas análises das entrevistas entendem que alguns atores são fundamentais para a constituição da rede de apoio e destacam: Os grupos; Maridos/companheiros; Família; Doula; e outras mulheres.

As mulheres entrevistadas falam dos grupos de que participaram como um espaço de suporte muito importante, considerando as informações, as amizades e por ser um canal de informações qualificadas. Entender o grupo como algo importante era a premissa dessa pesquisa. Fomos até os grupos e é natural que essa participação tivesse importância para as mulheres. Mas o grupo, de fato, dá uma dimensão muito importante nesse processo de protagonizar o parto, pois fortalece as mulheres, as encoraja, além de criar uma efetiva rede de apoio no período perinatal.

“Às vezes, não é um grupo, mas poder se conectar com outras mulheres grávidas, ou com mulheres da família, ou estar em volta de mulheres, pois é muito importante que façam trocas [...] A participação de meu marido foi muito importante para bancar a decisão de ser parto domiciliar.” (Participante 2)

“...eu me sinto privilegiada por ter participado dos grupos e conhecer tantas pessoas envolvidas, mas eu vejo que muita gente não tem esse privilégio e não tem quem ajude, quem ensine.” (Participante 9)

Relatam o quanto é importante buscar ajuda, apoio e informação. Que não devem ficar sozinhas e que as gestantes devem buscar informações qualificadas. Segundo os relatos, os grupos de gestantes e de casais são os espaços que mais ofertaram esse apoio e além dos grupos, citam também a importância do apoio das doulas e do marido/companheiro ou de algum familiar.

As mulheres destacaram a importância dos grupos, porém entendem que o grupo, junto com o apoio do marido/companheiro ou familiares, redes sociais e os diferentes canais de informação, forma uma rede de apoio que é fundamental para a construção do protagonismo no parto, além de proporcionarem apoio emocional.

Estudos científicos demonstram os efeitos positivos do apoio emocional no parto; dos efeitos, apresenta menor intervenções obstétricas e melhores condições de vitalidade para o recém-nascido (Domingues, Dos Santos & Leal, 2004).

“Procure ajuda, ache um grupo de apoio, veja o que você tem nas mãos. Cada pessoa tem uma possibilidade diferente [...] é isso, procurem, busquem ajuda, sempre tem alguém, tem vários grupos, procura que você encontra, mas de verdade de coração aberto. Precisa ter o coração aberto para procurar ajuda e receber. Grupo como apoio, mas também outras possibilidades.” (Participante 4)

As participantes relatam que a maioria das informações a que tiveram acesso foram recebidas e trocadas nos grupos de gestante ou casais, no presencial e no virtual. Relatam, também, o quanto é importante não ficarem sozinhas, que é necessário estabelecer uma rede, seja presencial ou virtual.

“Me senti protagonista no processo de construção de toda a gestação, por ter recebido apoio dos grupos [...] Obtive informações nos grupos de gestantes e de casais que acontecem na cidade [...] Para mim, participar dos grupos foi fundamental para a construção do meu protagonismo, achei legal ter pessoas passando pela mesma situação, indo atrás de informações, apoio, buscando caminho parecido.”
(Participante 1)

A maioria das mulheres não conhece o conceito, tão pouco a política de humanização da assistência ao parto (Domingues, Dos Santos & Leal, 2004). Estar entre pares parece fortalecer as relações, cria vínculos e, dessa forma, elas vão se armando para um bom parto. Nos grupos, entram em contato com o conceito de humanização e dos seus direitos a partir da PNH.

“A participação no grupo interferiu desde conhecer, porque eu era meio perdida, eu sabia que queria ter parto normal mas eu não estava muito por dentro de toda essa discussão, então na verdade começa do grupo, de entender o contexto, entender como a sociedade coloca isso, que construção tem para a medicina, como a gente poderia fazer diferente pra se sentir mais ativo nesse processo (...) A participação nos grupos ajudou muito na construção de meu protagonismo, na verdade, quase como uma desconstrução, do olhar mais adoecido que é nascer uma criança para a nossa medicina (...) E o grupo vai te dando um outro olhar, você está gerando vida e como é que você quer gerar essa vida, que vida é essa, como vai acontecer, como é que você quer que seja a transição, a passagem, a chegada nesse mundo”. (Participante 2)

“Eu aprendi que tem uma sequência que tem que durar tantas horas, mas sei que tem gente que pode ser um pouco menos, um pouco mais, que existe uma média, mas que as pessoas não tem sempre que estar dentro dessa média. Isso foi no grupo, porque na residência a gente tem uma formação, de que temos que fazer um partograma”. (Participante 7)

Estar entre pares, trocas informações e sentimentos foram apontados como muito relevantes para as mulheres, que expressam sua gratidão e dizem que compartilhar suas experiências com outras lhes parece algo importante e esperado de ser feito.

“A maior parte das informações eu tive nos encontros de gestantes com as doulas, nas rodas de conversa. Mas foi principalmente nos grupos. A participação no grupo é ótima, porque você tem os relatos, as dúvidas são iguais para todo mundo, e você vai desmitificando tanto a gestação, quanto o parto. Então participar é o melhor processo para realmente construir a sua trajetória, para depois poder contar”. (Participante 3)

“Quando estamos no grupo a gente se sente muito acolhida, acho que o presencial é gostoso porque você vê, sempre tem algum tema que você venha debater, tem um profissional que trabalha com aquilo pra te embasar, pra te ajudar, pra realmente te mostrar as evidências (...) Acho que aquela coisa da tribo que falam muito, parece muito clichê, mas no fundo é muito verdade, a gente ter com quem contar, nem se for por uma bobagem, pra tirar uma dúvida, pra passar uma informação (...) Para construção do protagonismo acho que são vários os fatores o grupo presencial ajuda, primeiro que empodera muito, a gente chega no lugar pensando o que eu vou fazer”. (Participante 4)

“Eu acho que a principal fonte de informação para mim foi os grupos (...) Depois eu acho que é muito importante saber, se informar sobre o parto em si, que a gente é capaz de parir, porque parece que tudo hoje diz que não somos capaz, e somos. Então tem que pesquisar, se informar sobre o parto. E, para mim, o que pegou muito foi a questão das intervenções desnecessárias que são feitas nos bebês logo que eles nascem (...) Os grupos são importantíssimos sim para ajudar a construir este protagonismo”. (Participante 5)

“Foi muito importante, ir lá no grupo (...), porque para mim era muito bom entender o que iria acontecer (...) As informações do grupo foram muito importante, essas coisas biológicas (...) O grupo para mim foi muito importante no início, para fazer essa escolha, escolha do parto em casa”. (Participante 8)

Relatam ser um momento onde estar entre pares, em trocar informações e emoções com pessoas que estão passando pelo mesmo momento e comungam das mesmas expectativas e crenças, contribui para o fortalecimento e encorajamento para seguir a jornada.

“Frequentar os grupos, porque essa amizade que a gente cria dos grupos é muito importante para a troca de informações, porque as vezes com você é de um jeito com a outra é de outro, e ai você vai trocando informações, e esta amizade se

prolonga depois durante o puerpério, assim, você se sentir menos sozinha. O grupo ele foi encorajador.” (Participante 6)

“O grupo trouxe também coragem (...) quando eu tinha esses medos o grupo me ajudava e eu saía bem feliz, saía bem otimista (...) Eu aprendi também no grupo que no trabalho de parto a gente faz mais com a cabeça do que com o corpo”. (Participante 7)

“Participar do grupo foi um divisor de águas, talvez se eu não tivesse participado do grupo eu teria algumas informações, mas lá com certeza eu tive muitas das informações dos caminhos, as pessoas que eu conheci que foram através do grupo (...) eu me sinto privilegiada por ter participado dos grupos e conhecer tantas pessoas envolvidas, mas eu vejo que muita gente não tem esse privilégio e não tem quem ajude, quem ensine”. (Participante 12)

“Então essa amizade se prolonga no puerpério e eu acho muito importante você frequentar os grupos (...) Porque hoje as famílias não estão tão perto, você não tem aquele negócio de vó, tia, cunhada, não tem todo mundo”. (Participante 6)

A doula entra nessa troca como figura muito importante. Todas as mulheres entrevistadas relatam a presença e acompanhamento das doulas em seu processo de gestar e parir. Segundo elas a doula contribui na construção do protagonismo da mulher, pois leva informações e apresenta apoio emocional e técnico. A experiência do trabalho das doulas comunitárias tem trazido importantes referências e contribuições para o processo perinatal, tendo impactos importantes sobre a satisfação do parto das mulheres quando acompanhadas por doulas (Leão e Bastos, 2001; Melo, 2013; Ferreira Jr, et al, 2014).

“Quando nós descobrimos a gravidez, o primeiro profissional que nós procuramos foi a doula, não foi médico”. (Participante 2)

“Eu tive uma doula (...), me acompanhando psicologicamente (...)ela foi uma peça fundamental, até para orientar o marido, foi uma das pessoas que a gente acha que foi chave nesse trabalho todo, ela é uma pessoas bem importante no dia do parto”. (Participante 12)

Além da questão do apoio emocional a doula também contribui com o protagonismo das mulheres no que diz respeito a informações.

“A doula pra mim foi uma outra fonte de informação muito grande, qualquer dúvida que eu tinha, eu conversava muito com a minha doula, ela foi muito importante nesse processo para mim”. (Participante 5)

Ter a doula, que cumpre esse papel de apoiar as mulheres, traz segurança para as mulheres. A doula foi apresentada como alguém que fez muita diferença na equipe e em um desfecho de parto mais respeitoso e acolhedor.

“ (...) ter optado por uma doula com muita experiência e isso foi me dando muita segurança”. (Participante 3)

“Para mim numa equipe, a doula é a parte principal, ela que vai te ajudar a se sentir segura para parir”. (Participante 8)

Ter alguém que acredita no seu corpo nas suas possibilidades num momento social onde a mulher é forjada o tempo todo de suas potencialidades, é fundamental para um desfecho de parto satisfatório, respeitoso e que possa ser protagonizado pela mulher.

“Primeiramente eu acho que a gente precisa de uma doula, isso é o essencial. (...) A gente é capaz de parir e é o que minha doula sempre me disse. Ela esteve comigo neste processo todo. Eu acho que você ter uma pessoa que está ali te apoiando, que não desiste de você (...) ela foi uma pessoa que entrou e embarcou nessa junto comigo, ela me ajudou a conquistar o parto que eu queria. Para mim, a doula é uma pessoa que está do seu lado o tempo todo, que está ali te ajudando fisicamente a passar pela dor da contração, pelo processo difícil e longo que foi, mas principalmente está ali te ajudando psicologicamente, que acredita muito em você, que sabe as vezes mais do que eu do que eu era capaz. Então, eu acho que a importância da doula é você ter uma pessoa que não vai desistir, que vai que acreditar em você até o final”. (Participante 5)

Além da segurança a doula apresenta para as mulheres canais de informações, troca e canais de comunicação entre pares. A maioria dos grupos são coordenados e idealizados por doulas. Garantindo dessa forma possibilidades de informações qualificadas e diferentes das hegemônicas apresentadas nos pré-natais tradicionais de médicos fora da discussão do parto humanizado, considerado respeitoso, acolhedor e empático com o protagonismo da mulher e o tempo do bebê. A saúde (pública e privada) sofre com a formação tradicional, conservadora e corporativistas dos profissionais, especialmente os médicos que não são preparados para a atenção básica, a autora destaca como “reflexos da (de)formação

profissional” (Aquino, 2014, p. 58). Os resultados da pesquisa Nascer no Brasil (Lansky, 2014), denunciados pelos movimentos de mulheres e de humanização do parto e nascimento, confirmam o problema que se enfrenta do modelo tecnocrático de assistência ao parto, caracterizado pela passividade das mulheres, preferência pela tecnologia sobre as relações humanas e pela hipotética neutralidade de valores (Aquino, 2014).

As mulheres veem nos grupos, que trabalham com informações contra-hegemônicas, e nas doulas possibilidades de apoio, considerando a realidade médica e de atenção a gestante que temos no Brasil. Esses atores apresentam informações de outra ordem, diferente das informações hegemônicas (médicas) que reforçam e reproduzem o discurso da medicalização.

“Muitas pessoas contribuíram para a minha formação sobre parto humanizado: a minha doula, foi muito presente nesse nessa parte pré - parto, ela me passou muita informação, muitos links, muitos vídeos (...) fui desenvolvendo o processo de parir com a doula, ela foi muito presente e destrinchou esse caminho todo comigo, ela não trabalhou muito no meu parto mas no pré - parto ela foi crucial, em todas as informações que ela a trouxe, e o aconchego também. Fundamental que você precisa de uma doula, desde o início da gestação”. (Participante 5)

Ter o marido presente foi apresentado como algo muito importante pelas mulheres. Com eles se sentiram mais seguras pelo apoio e por dividir as responsabilidades e cobranças apresentadas pela sociedade e familiares. Relatam que houve certa resistência, mas quando compreenderam a necessidade e encontraram seus pares trouxe certa tranquilidade para as mulheres. Alguns relatos evidenciam que a decisão pelo parto domiciliar trouxe certa insegurança e discussão na família e ter o marido apoiando e defendendo a ideia foi fundamental para as mulheres e contribuiu para a construção de seu protagonismo no parto.

“A importância do apoio do parceiro e da família na gestação referida pelas mulheres, aponta a necessidade de uma estratégia para que os serviços de pré-natal possam incluí-los neste atendimento (Dias & Deslandes, et al, 2006, p. 2653). Embora, o acompanhante seja um direito, sabemos que nem sempre é respeitado e que o processo de busca por informações deve contemplar a participação dos acompanhantes. Nos grupos isso é possível. E como assinalado por Dias & Deslandes, essa é uma estratégia importante para todos os serviços, acreditamos que no período perinatal.

“Ele participou de algumas reuniões comigo, então, o fato da gente estar juntos, ouvindo relatos, ajudou muito”. (Participante 3)

“O principal foi preparar meu marido (...) As informações são importante para o casal e acho que eles tem que saber, como é um trabalho de parto, que pode demorar, que é necessário paciência, que a mulher tem que fazer algumas coisas que possa ajudar”. (Participante 7)

“Mas a pressão da família foi muito difícil, e é muito difícil quando você tem uma escolha e tem que ir contra as pessoa que você ama”. (Participante 1)

“Eu precisava do apoio do meu marido, só dele, que era o nosso filho e era ele que ia passar todo esse processo comigo. E ele me apoiou desde o começo”. (Participante 5)

5.3. Luta pela possibilidade de escolher e tomar decisões

“Se empoderar é brigar um pouco. Tem um pouco de luta.” (Participante 1)

A construção do protagonismo se deu com a luta. Várias foram os obstáculos a serem superados na jornada das mulheres para a construção do protagonismo. Neste sentido, outra dimensão do conceito de protagonismo presente na fala das mulheres diz respeito à necessidade sentida por elas de terem que lutar, brigar por suas escolhas/decisões no processo de parto e nascimento. Esse sentido de luta e briga comparece relacionado à dificuldade em vivenciar o que está garantido nas políticas, principalmente nas que estamos tratando nesse trabalho: na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher e na Política de Humanização. Os direitos das mulheres e as inferências sobre a garantia dos direitos das parturientes estão descritos em documentos discutindo a humanização há mais de 20 anos (Benevides & Passos, 2005). No entanto, vemos a não efetivação dessas políticas nas práticas de saúde, já que ainda lutamos para efetivar uma série de direitos em outros momentos garantidos. Na problematização dessa não efetivação de direitos e disputa política, há de se considerar a dominação e submissão e medicalização do corpo feminino (Chacham, 2012; Illich, 1975).

“...no Brasil, é muito difícil ter um parto normal e um parto respeitoso.”

(Participante 5)

O movimento de humanização de parto e nascimento no Brasil vem se fortalecendo, mas ainda não tem forças contra o poder hegemônico.

A experimentação e consolidação de políticas públicas mais equitativas, inclusivas e solidárias é uma tarefa civilizatória porque aposta na capacidade de enfrentamento e contorno de contradições sociais, cuja superação faz emergir novas consciências. (Pasche, 2009, p. 707).

Como relatado, o parto respeitoso é entendido pelas mulheres como difícil, mesmo com políticas a favor dessas mudanças. O papel dessas políticas é o de contribuir com a luta ao lado das mulheres, contribuindo com ações coletivas contra a cooptação de ações de saúde por interesses particulares e/ou corporativos.

A luta é grande. Ainda há muito que avançar na forma como lidamos com o feminino nas práticas de saúde. As ofertas de saúde para as mulheres no período perinatal ainda estão em construção, embora muitos sejam os avanços.

O movimento feminista sempre reivindicou e lutou em favor da não hierarquização das especificidades de homens e mulheres, mas garantindo as atenções nas diferenças, tema hoje expresso no conceito de equidade de gênero, propondo igualdade social que reconhecesse as diferenças, sempre na perspectiva de garantir direitos (Freitas *et al.*, 2009). Essa relação segue sendo bastante tensa e sabemos que a oferta de saúde para as mulheres é atravessada por vários contextos históricos.

Como vimos no primeiro capítulo, o controle do corpo da mulher no campo da saúde teve início a partir do século XIX, com a consolidação dos seus cuidados como área de conhecimento e da prática médica. Já no início do século XX, a assistência ao parto e ao pré-natal encontrava-se bastante institucionalizada e difundida na Europa Ocidental (Vieira, 1999). Logo, colocando a mulher numa posição mais submissa aos saberes médicos e, desde então, sem muita possibilidade de escolha. Os grupos que estão envolvidos no movimento de humanização do parto e nascimento têm agido para essa mudança.

Os princípios e diretrizes da PNAISM, embora ainda precisem de avanços, têm suas ações focadas na valorização da mulher, com foco na mulher

cidadã em relação à promoção de saúde. E, diferente das políticas anteriores, têm a preocupação de adotar políticas mais direcionadas às necessidades das mulheres brasileiras (Freitas *et al.*, 2009).

No parto e nascimento, também vemos esse movimento de políticas mais relacionadas à necessidade das mulheres, pois cada uma tem um processo de parir singular. A favor dessa necessidade feminina, outras políticas têm atuado, como a própria PNH e, diferente de outros momentos, temos as práticas médicas baseadas em evidência, que têm garantido avanço nas discussões e não intervenções desnecessárias no parto. Têm contribuído para a garantia dos desejos (informados) e necessidades das mulheres.

“O protagonismo, para mim, é a necessidade que a mulher tem de escolher o que ela quer do futuro dela, relacionado ao parir [...] E foi aí que eu parti para a luta, para o aprendizado, é uma grande jornada que você percorre durante os nove meses para conseguir parir normal.” (Participante 6)

Obter informações não é algo tão simples, como já apontado; a informação não chega para todas as mulheres, é preciso buscar e, como relatam, lutar para obter informações de qualidade. Os grupos, para essas mulheres, são um canal de acesso. Com as informações obtidas, as mulheres têm ferramentas para lutar contra o sistema hegemônico, onde as informações são distorcidas ou até omitidas em prol de uma cultura da medicalização.

“É você tomar parte, entender os processos de seu corpo, entender o que acontece fisiologicamente, saber que o parto é seu e não um processo medicamentoso de rotina. É você saber o que quer e saber quais são seus limites emocionais e físicos. Se empoderar é pegar uma coisa que é sua, do seu corpo e tomar as atitudes [...] Se empoderar é brigar um pouco. Tem um pouco de luta.” (Participante 1)

O que a fala das mulheres nos indica é que, na construção das políticas e programas voltados para a saúde da mulher, cria-se uma série de ações focadas no direito a ser protagonista, mas pouco se discute sobre os desafios da construção desse processo de protagonismo e autonomia com as mulheres. Os grupos de

gestantes têm atuado nessa função, mostrando e apoiando as mulheres na reflexão sobre os desafios postos, pois não basta apoiar as maternidades, como a Rede Cegonha faz e o faz muito bem (em alguns lugares, considerando as diferenças territoriais e de possibilidades em todo o Brasil). A questão é: se não basta apesar de dizer o que deve ser feito e, entendendo que isso o Ministério da Saúde tem oferecido através de apoio a algumas maternidades e suas equipes para que possam mudar seus processos de trabalho, os grupos parecem estar cumprindo essa função de apoio para as mulheres usuárias. Se as equipes de saúde precisam de apoio para mudarem o modelo em que prestam atenção, essa mudança também se faz fortalecendo coletivos de mulheres, que também poderão promover fomentos a partir do controle social.

“Protagonismo no parto é você estar no centro das ações, da peça de teatro (risos) você é o ator principal do parto.” (Participante 8)

Autonomia não se dá ao outro, se constrói, se coproduz: coprodução de autonomia, coconstituição de capacidades e coprodução do processo saúde/doença, pois o sujeito é sempre corresponsável por sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca, além de ser por ele interferido, dependendo de um jogo de forças em correlação (Onocko-Campos & Campos, 2006). Assim, é necessário que as políticas interfiram justamente nesse jogo de forças, indicando modos de funcionar em que as equipes/profissionais de saúde, além de ofertarem informações, estejam atentas e abertas para a construção de um sentido dessas informações com as mulheres que acompanham. É na produção de outras relações com as mulheres que se possibilita a ampliação dos coeficientes de autonomia das usuárias para que consigam, elas próprias, em cada caso singular, contrapor-se ao poder médico (Campos, 2000).

Os grupos têm papel fundamental nessa produção; coletivamente e junto ao movimento, estão ampliando as discussões e possibilidades das mulheres. O enfrentamento se faz individualmente, por cada uma, mas também, coletivamente, através da articulação enquanto movimento social. Isso significa um necessário investimento na mudança do modelo de atenção, de tal modo que o processo de acompanhar as mulheres gestantes implique na desconstrução da relação de tutela e do lugar de objeto que as mesmas comumente ocupam na relação com as equipes

de saúde. “O sujeito autônomo é o sujeito do conhecimento e da reflexão. Reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo” (Onocko-Campos & Campos, 2006, p. 3).

É recorrente, nas falas, a compreensão coletiva da constituição do protagonismo. A construção do sentimento de segurança, da sensação de acolhimento que leva ao protagonismo, é produzida, segundo os relatos, na relação entre vários atores. São coproduzidos com marido/parceiro/família, que também se informam e que dão apoio e suporte e tomam junto as decisões.

“Protagonismo no parto para mim, é poder escolher o que eu acho que é melhor para minha vida e para a vida do meu bebê, e isso, claro, sendo uma decisão em família, sendo uma coisa compactuada com meu esposo. A liberdade de decisão.” (Participante 3)

As mulheres entrevistadas evidenciam que a informação, apesar de fundamental, não é suficiente para garantir o exercício de seus direitos. Elas só tiveram seus direitos respeitados quando estavam sendo acompanhadas por equipes disponíveis e atentas, que possibilitavam acolhimento e segurança para que se sentissem as protagonistas e condutoras do processo de parir, ou seja, por equipes parceiras na defesa da garantia desses direitos. A luta também se faz, portanto, com os profissionais que apoiam e acreditam em uma forma mais respeitosa de nascer; o movimento também se fortalece com equipes multiprofissionais que tem apoiado práticas com bases científicas que favorecem o protagonismo da mulher no processo de parturição.

“Protagonismo no parto é quando temos liberdade, para fazer o que queremos durante o trabalho de parto e para que o nascimento ocorra da forma como a gente achar melhor [...] todas as intervenções necessárias foram conversadas comigo, nenhuma decisão foi tomada exclusivamente pela obstetra ou pela equipe, foi tudo conversado comigo.” (Participante 5)

“Protagonismo no parto, para mim, é a mulher poder escolher algumas coisas que são confortáveis [...] poder personalizar o próprio evento de acordo com o que medicina permite, o que o parto permite.” (Participante 7)

“Para mim, protagonismo no parto é quando a mulher consegue ser mais ativa no processo de pensar a gestação e o nascimento, de pensar como ela quer

que isso aconteça, não só a mulher, mas o casal e para quem está junto, uma parceria com o profissional que for acompanhá-los.” (Participante 2)

“A co-produção de maiores coeficientes de autonomia depende do acesso dos sujeitos à informação, e mais do que isto depende de sua capacidade de utilizar este conhecimento em exercício crítico de interpretação”. (Onocko-Campos & Campos, 2006, p. 3). Essa reflexão se faz com todos os envolvidos no processo, coproduzindo relações e ações mais saudáveis, incluindo os profissionais, pois constroem, junto com a família, melhores possibilidades para o parto e nascimento, considerando os saberes e experiências dessas famílias.

No entanto, essas produções não se fazem sem tensões, seja na família ou com as equipes e profissionais. As tensões se dão, principalmente, porque as mulheres têm acessado muitos canais para construção e/ou ressignificação do que seja/possa ser a experiência de parto e do nascimento.

Os objetivos essenciais do trabalho de coconstrução e da capacidade de reflexão e de ação autônoma para as mulheres envolvidas em sua própria produção de saúde (Onocko Campos, Campos & Campo, 2006), são indicados pelas mulheres como o desejado nas consultas de pré-natal, pois o exercício efetivo do protagonismo depende muito do vínculo estabelecido nas relações, além das informações obtidas tanto nos grupos quanto nas consultas de pré-natal (quando o profissional tinha uma prática mais afinada com a humanização do parto), na relação estabelecida com familiares e envolvidos na construção do parto, com a presença da doula (no pré-parto, parto e pós-parto) e em outros locais de acesso como a internet, etc.

As consultas de pré-natal não aparecem nos relatos como um canal de obtenção de informações, salvo algumas exceções em que algumas mulheres puderam ter uma profissional (comum entre essas mulheres) que acolhe/apoia/se alia à ideia do protagonismo da mulher. Mas considerando as consultas de pré-natal como um acompanhamento que a grande maioria das mulheres tem como possibilidade, esse acompanhar deveria ser um importante e preferencial canal para acessar informações sobre o processo de gestar e parir. Temos política para garantir o acesso ao pré-natal para as mulheres, mas não é assim que as mulheres relatam: parece que esse acesso não se dá forma qualificada.

Sabemos que, com a política de saúde das mulheres, a cobertura do pré-natal tem ampliado, mas sabemos, também, que algumas doenças que levam à mortalidade materno-infantil não têm baixado sua incidência, o que nos leva a questionar a qualidade dos cuidados no pré-natal. A Rede Cegonha se coloca nesse panorama para qualificar esse atendimento (Brasil, 2012b). Um pré-natal efetivo, informado e com consistência, estabelecendo outras relações de poder e possibilidades de luta.

“Para mim, as consultas de pré-natal não interferiram muito na construção do meu protagonismo, pois, quando dizia que queria ter parto normal ou discutia alguma coisa pontual ou algum procedimento com o recém-nascido, os profissionais falavam que era legal, mas que a responsabilidade seria toda minha. Ninguém da parte médica ajudou a construir meu protagonismo [...] senti que, para os médicos, o mais fácil seria marcar a cesárea, sem desmarcar as consultas. Mudei de médico quatro vezes.” (Participante 1)

Não é difícil ver, nos relatos de parto, que as mulheres mudam de obstetras durante a gestação. Essa mudança não é meramente por relações empáticas e sim, como colocada pela Participante 1, uma busca por profissionais que apoiem suas decisões, que estejam alinhados com as discussões pautadas pelo movimento de humanização do parto e nascimento. Essa participante relata que era difícil a cada consulta ter que entrar em um embate de convencimento com os médicos sobre o parto normal, pois os quatro com quem se consultou queriam agendar a cesárea e a desencorajavam: a simples menção ao desejo de parto normal no início de conversa já era questionada pelos profissionais. Sabemos que essa possibilidade é para quem pode pagar, no SUS esse diálogo, a troca de médicos, ainda não são possibilidades.

Embora muito ainda devamos avançar, sabemos que a PNH e a PNAISM são políticas que contribuíram muito para a qualidade da saúde da mulher, mas muitas mulheres desconhecem essas políticas, não têm muito conhecimento para realizar um enfrentamento. Considerando o acesso as informações e possibilidade para o enfrentamento as variáveis de contextos no que tange classe, raça, gênero, etc. Por isso a importância da educação em saúde mencionada anteriormente. Sem as informações necessárias sobre as diferentes formas de cuidado e uma

possibilidade real de opção, resta a essas usuárias apenas a conformidade com o cuidado “tradicional” oferecido (Dias & Deslandes, 2006, p. 560).

As equipes de saúde pouco trabalham com foco na integralidade,⁹ não lidando com as mulheres como sujeitos de direito. E, no caso do parto e nascimento, lançam mão de muitas intervenções nada baseadas em evidências científicas, sem acompanhar discussões e produções atualizadas e cada vez menos em consonância com os direitos conquistados.

Entretanto, se o pré-natal fosse um acompanhamento mais atento aos direitos das mulheres, em que os profissionais acolhessem suas demandas e conseguissem avançar nas informações com o foco no protagonismo e em relações mais humanizadas, seria uma possibilidade de proporcionar mais segurança para um melhor parir.

“E, na verdade, não foram as consultas de pré-natal que interferiram na construção do meu protagonismo [...] Então, as consultas de pré-natal foram me ajudando a ter recursos para suportar este período, porque depois das 40 semanas é um pouco mais tenso [...] Às vezes, você vai para uma consulta médica e volta com mais medos do que coisas boas, a medicina está muito voltada para as doenças, você não está gerando um filho, você está gerando um não doente. Eu acho que isso é muito ruim, eu brincava que eu odiava fazer ultrassom porque a gente só vai para descartar a doença, a gente não vai pra ver o bebê, pra vê-lo crescer, como é que ele está. E o grupo vai te dando um outro olhar, você está gerando vida e como é que você quer gerar essa vida, que vida é essa, como vai acontecer, como é que você quer que seja a transição, a passagem, a chegada nesse mundo.” (Participante 2)

⁹ Um dos princípios constitucionais do SUS garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência) até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde. Prevê-se, portanto, a cobertura de serviços em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações), capaz de viabilizar uma atenção integral. Por outro lado, cabe ressaltar que, por integralidade, também se deve compreender a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais (Brasil, 2012a, p. 62).

Segundo as falas das mulheres entrevistadas, existe possibilidade de acesso à informação, trocas com o(a) médico(a) de referência e construção do protagonismo quando a equipe médica é humanizada, entendendo por humanizadas aquelas equipes que consideram importante o protagonismo da mulher, respeitam o corpo da mulher, o tempo do bebê, realizam procedimentos necessários e constroem com os envolvidos no parto a melhor conduta. Quando a informação ganha sentido com o médico e esse lhes apresenta um verdadeiro canal de parceria. Nesse sentido, um pré-natal humanizado inclui, nas consultas, informações ou, pelo menos, a indicação de grupos e/ou outros canais fundamentais para o acesso às informações que aqui estamos chamando de contra-hegemônicas, oferta um caminho para o acesso as informações contra hegemônicas.

Quando o pré-natal se apresenta como espaço e tempo para conversa sobre essas informações ou quando indica os grupos e/ou outros canais, o que se oferta para as mulheres é também apoio para o exercício do protagonismo, uma vez que as mulheres obtém e dão sentido a essas informações. Parece-nos importante destacar que nosso grupo-sujeito não representa a amplitude das experiências das mulheres brasileiras. Estamos falando de um grupo específico de mulheres que puderam acessar esse tipo de equipes e grupos e o cuidado que eles ofertam. Elas acessaram um tipo de informação e puderam ter um tipo de cuidado que deveria ser garantido para todas ou para qualquer uma.

“Para mim, tanto numa gestação quanto na outra, as consultas de pré-natal foram essenciais [...] A médica, quando está em sintonia com o que você espera, começa te passar segurança.” (Participante 4)

“...a médica estava lá para falar e para me ouvir também [...] consultas de pré-natal com uma obstetra humanizada.” (Participante 5)

Quando os profissionais que acompanham as mulheres são de confiança e estão na mesma sintonia, contribuem para maior protagonismo das mulheres, minimizando e suportando tensões.

As informações com relação à saúde física são destacadas como importantes e, de modo geral, tendem a estar garantidas nas consultas de pré-natal. As medidas, pesos, vitaminas, alimentação e a saúde reprodutiva da mulher são temas que costumam ser abordados e a maioria das entrevistadas tirou proveito

dessas consultas, considerando que essas participantes puderam escolher o profissional para esse acompanhamento. Além do mais, estavam em processo junto ao grupo, fortalecendo suas escolhas e possibilidades.

A participante 8 teve todo seu acompanhamento do pré-natal no SUS e considerou ter sido um ótimo atendimento, foi acolhida, cuidada e pôde ter suas questões sempre respondidas, sempre crítica, a partir das informações obtidas no grupo. Tanto nas consultas de pré-natal com médicas de práticas humanizadas da rede privada como nas consultas de pré-natal no SUS, na entrevistadas da pesquisa, foi possível identificar essa tendência do tipo de informação e o tipo de preocupação que o pré-natal tematiza.

“Nas consultas de pré-natal, era mais as coisas médicas, as coisas que eu sabia que a minha gravidez era saudável, a médica cuidou muito bem de mim. Na hora de parir, eu sabia que eu estava saudável, que o bebê estava saudável, que ele estava pronto para nascer. Que a minha pressão era boa, essas coisas que me fez sentir capaz, que estava tudo muito bem, isso foi nas consultas que tive no posto de saúde.” (Participante 8)

“Eu acho que o pré-natal é um momento em que as mulheres podem aproveitar e até tirar suas dúvidas, pois as pessoas falam algumas coisas e será que é assim mesmo?” (Participante 7)

“As consultas de pré-natal, eu entendendo que foram muito importantes porque a minha médica ia me auxiliando e me ajudando a pensar sobre a parte médica, a parte mais fisiológica e biológica. Ela foi me dando alguns recursos e até entender os protocolos” (Participante 2).

Nos grupos, é comum as mulheres apontarem atitudes não satisfatórias de determinados médicos, equipes ou profissionais durante o pré-natal. O que nos lembra a discussão de Campos (1996), apresentada no capítulo dois deste trabalho: o autor discute que não há apenas uma clínica, que não podemos generalizar o fazer médico e que não necessariamente o médico terá a melhor conduta. Para o processo de construir, ou desconstruir, o ideal coletivo de parto, há de se pensar nessa clínica que não atende mais às demandas de uma maioria, o que Campos (1996), chama de clínica degradada. As mulheres têm denunciado esse processo de degradação de um fazer que mais oprime e violenta do que contribui.

“Protagonismo, para mim, em primeiro lugar, é estar bem informada, para ter possibilidades de fazer uma escolha consciente com aquilo que a gente tem em mãos, dependendo do que estiver acontecendo no momento [...] Isso é protagonismo, deixarem a gente escolher, mas sabendo os dois lados: o benefício e também o que pode acontecer de prejuízo com a nossa escolha.” (Participante 4)

As falas das entrevistadas indicam que elas querem suas vontades e opiniões respeitadas, mas entendem e relatam os dois lados da moeda. É preciso reconstruir uma clínica onde as mulheres continuem sendo as protagonistas, sem culpabilizar a vítima quando elas estiverem nesse papel e tão pouco tirar sua responsabilização pelas consequências de suas próprias escolhas (Onocko Campos, Campos & Campos, 2006).

Elas também relatam a parceria que esperavam e obtiveram junto aos seus/suas ginecologistas e obstetras, o que nos indica, a partir da dinâmica que elas nos relatam, que precisamos cada vez mais compartilhar saberes e fazeres, acolhendo os desejos, e ampliar a clínica para construção participativa e coletiva dos encaminhamentos e intervenções a serem feitos com os sujeitos, garantindo que o “poder” seja compartilhado, como proposto na PNH (Brasil, 2009).

“Ser protagonista no parto, eu acho que é a mulher estar ciente das decisões e dos atos que ela vai ter no parto”. (Participante 12)

As mulheres no pré-natal acabam acolhendo a figura do médico e a forma como eles são apresentados como únicas possibilidades como verdades, considerando o poder e a simbologia que o médico tem em nossa sociedade. Neste sentido, a obtenção de informação contra hegemônica nos remete a uma ferramenta contra o *status quo* e a favor da efetivação das políticas públicas, pois as cartilhas, planos e as políticas são pouco, ou quase nada, visitados pela maioria dos médicos e profissionais que atendem as parturientes, embora a Rede Cegonha esteja empenhada em mudar esse quadro.

Nos serviços públicos, o apoio institucional, como oferecido pela Rede Cegonha, cumpre a função de reformular, fomentar e acompanhar processos de mudanças, articulando novos conceitos, práticas e produções (Brasil, 2012b).

O apoio institucional para o movimento de humanização do parto e nascimento é uma estratégia muito importante, pois fomenta processos de mudanças deflagrados pelo coletivo (Brasil, 2012b) e o movimento de humanização tem apontado, discutido e produzido muitas possibilidades de mudanças para as políticas e serviços de atenção ao gestar e parir.

Algumas falas das mulheres revelam uma relação bem complicada com as equipes de saúde, em especial com os médicos/médicas obstetras, e com sistema de saúde no Brasil de modo geral. Relatam suas dificuldades e medos em relação ao que ouviram, viveram ou evitaram.

“No Brasil, a gente tem que fazer parte de alguma coisa pra ficar firme da nossa decisão, então procurem ajuda, procurem apoio, procurem um grupo, façam parte de alguma coisa, busquem informação.” (Participante 4)

“Eu sou belga e fiquei grávida aqui, eu fui procurar saber como iria ser aqui [risos] e fiquei assustada da primeira vez que entrei no grupo com todas as histórias das mulheres que tiveram parto e os horrores do que ia acontecer no hospital. Me dava muito angústia como mulher não ter nada participativo e saber que eu ia entrar no hospital, entrar num protocolo... que eu tinha que deitar numa maca, que iam colocar hormônio em mim para começar o parto, que tinha que ser deitado com as pernas para cima, amarradas, às vezes, essas coisas me davam muito mais angústia do que parir mesmo. Que eu ia sentir dor, que ia ser sofrimento, de coisas que eu não ia ter escolha de nada no processo. Para mim, é uma coisa que quase peguei um avião para voltar para a Bélgica. Porque não queria isso, que o médico em algum momento iria dizer que o bebê está em sofrimento e que em algum momento iria dizer que teria que ser cesárea e essas coisas me davam muito medo, muito mais angústia do que o fato de que eu estava grávida e teria que parir.” (Participante 8)

As interações na saúde passam por uma relação médico-centrada, em que ainda nos relacionamos com os médicos como senhores da vida e da morte. A figura do médico é uma figura bastante idealizada, constituindo representações sociais quase que impermeáveis e, quando falamos de parto, ainda mais, pois a situação é muito delicada, já que as mulheres e seus familiares estão bastante vulneráveis e necessitam de segurança e apoio. Os médicos apresentam esse

conforto, mas de forma a cumprir protocolos não baseados em evidências, na conveniência de suas crenças e com fundamentos capitalistas e bastante tayloristas em lidar com o tempo e o processo de parir (Illich, 1975; Vieira, 1999; Chacham, 2012).

“Eu achava que quem decidia era o médico; eu acho que todas as mulheres, a grande maioria pensa desta forma, que o médico tem a decisão na mão dele, de saber o que é melhor para o paciente. Só que, quando você começa a perceber que não é bem assim que funciona, que o médico utiliza do tempo dele da melhor forma possível e não do que é conveniente para cada paciente, você começa a se tocar que tem que tomar um pouco as rédeas da situação. E foi assim que aconteceu comigo, foi um choque de perceber que eu teria que pesquisar, que aprender, que trocar de médico, se eu quisesse ter um parto normal. E foi aí que eu parti para a luta, para o aprendizado. É uma grande jornada que você percorre durante os nove meses para conseguir parir normal.” (Participante 6)

“Me senti protagonista no processo de construção de toda a gestação por ter recebido apoio dos grupos, por ter tido acesso a informações, tudo o que busquei. Mas, no parto em si, não. Planejei um parto domiciliar e acabou numa cesárea. Dessa forma, no parto, eu não consegui me sentir protagonista, porque estava dentro de um hospital, que tem uma série de procedimentos que devem ser feitos. Como o parto teve essa mudança de local, eu consegui me sentir protagonista até um certo ponto, por conta do meu plano de parto. E, depois, eu me vi na mão deles do sistema hospitalar, daqueles médicos e daquelas pessoas. Eu passei por vários médicos, pois fiquei 3 dias induzindo. Então meu bebê “era velho” e mais uma série de coisas que falavam de mim, mas não para mim, e eu perguntava e não tinha acesso, então isso, para mim, não é protagonizar nada.” (Participante 1)

Ter informação é fundamental, mas, além disso, é necessário compreender o sistema, o panorama que o parto e nascimento têm em nosso país e nos hospitais, principalmente os particulares, onde o capital se faz mais importante que a saúde.

As mulheres, quando estão no controle da situação, fazerem parte das decisões em relação ao seu parto aparece como principal questão de satisfação em relação aos serviços em pesquisa de Domingues *et al.* (2004). O protagonismo

passa por isso, nem sempre ter controle, mas entender o que vai acontecer ou, ao menos, tomar as decisões em conjunto.

Entender esse processo sociocultural pelo qual as mulheres em seus partos passaram se faz necessário, pois fomos aceitando o poder médico, fomos aceitando as intervenções e medicalizando o que era apenas um cuidado, hoje vemos como doença (Illich, 1975). Os grupos cumprem esse papel também, de alertar as mulheres para essa relação médico-centrada, uma relação medicalizada e de desencorajamento.

“Então, na verdade, começa do grupo, de entender o contexto, entender como a sociedade coloca isso, que construção tem isso pra medicina, como a gente poderia fazer diferente pra se sentir mais ativo nesse processo. Temos que ficar atentos, então acho que o grupo ajuda muito neste sentido.” (Participante 2)

Nesta mesma dificuldade na relação com o sistema de saúde, podemos incluir a recepção do bebê. Algumas mulheres relataram o quão era importante ter uma recepção respeitosa com seus bebês.

“Só não querida que fizessem procedimentos desnecessários com minha filha e que assinaria os termos necessários.” (Participante 1)

“E, para mim, o que pegou muito foi a questão das intervenções desnecessárias que são feitas nos bebês logo que eles nascem. Eu não queria que meu filho passasse por aquilo sem necessidade” (Participante 5).

Na discussão sobre o parto e o nascer, nos damos conta da dificuldade em lidar com o respeito ao corpo feminino, dificuldade em afirmar a existência das mulheres não só como um corpo que gesta e pare, mas como sujeito de direitos com corpo, emoções e subjetividade. O mesmo fazemos com o início da existência de uma criança, que chega ao mundo pouco acolhida em sua recepção e com uma quantidade gigantesca de intervenções.

“Se informar sobre o recebimento do bebê na maternidade, o que você quer que seja feito e o que não é... o que não quer [...] Então, o recebimento do

nascituro eu também acho muito importante você aprender sobre isso.” (Participante 6)

Ricardo Jones e Ricardo Chaves, profissionais reconhecidos no Movimento de Humanização do Parto e Nascimento, no filme O Renascimento do Parto, apontam nossa dificuldade em acolher e melhor cuidar do ser mais frágil e delicado de nossa sociedade, o recém-nascido.

Chaves (2014) lembra que, no setor público e, especialmente, no setor privado, as taxas de cesáreas são altas, aponta os desfechos nefastos para a saúde do bebê considerando as cesáreas desnecessárias e que provavelmente as mulheres, em especial no setor privado, não estão sendo informadas das vantagens e desvantagens da via de parto e não estão conscientes dos riscos da prematuridade e de suas consequências.

“As informações que mais contribuíram foram como é o que é um trabalho de parto, o que que é verdade, o que é mito, informações sobre como são os procedimentos da recepção do recém-nascido.” (Participante 9)

A luta continua e sabemos que nossas entrevistadas tiveram oportunidades que a maioria não tem, além de ter uma equipe vinculada e com os mesmos princípios; muitos desfechos foram partos domiciliares, uma possibilidade para poucas e ainda vista como problemática em nossa sociedade.

“A participação de meu marido foi muito importante para bancar a decisão de ser parto domiciliar.” (Participante 2)

As três dimensões transversalizadas por protagonismo e informação proporcionaram para as mulheres da pesquisa um desfecho de parto mais satisfatório, mas sinalizam o tempo todo a necessidade e importância da informação, luta e apoio.

Após esse processo de pesquisa, e com as falas das mulheres, pudemos identificar que ser protagonista é ser sujeito de sua própria história, sujeito de direitos, tendo informações e possibilidades para fazer escolhas, sustentando

tensões e situações reais apresentadas na jornada de parir e nascer, principalmente na cena do parto.

5.4 Mensagens

Cada participante deixou uma mensagem para ser apresentada para outras mulheres, para que cada vez mais menos mulheres sejam submetidas a forças de um sistema médico e hospital centrado, onde consigam de fato serem protagonistas desse processo de gerar e parir.

“Encontrar profissionais que te dão respaldo e segurança, apoio humano, foi fundamental. Nos grupos criei vínculos e fiz amizades, os casais que conheci no grupo de gestante, continuei encontrando no pós-parto e sempre nos apoiamos” (Participantes 1).

“Então eu diria para as mulheres para não ficar sozinha, que é super importante você procurar uma rede, seja ela qual for. As vezes não é um grupo, mas poder se conectar com outras mulheres grávidas, ou com mulheres da família, ou estar em volta de mulheres, pois é muito importante que façam trocas. É importante também ir o casal para que estejam juntos nessa história, poder ir junto, para conversar, para falar das mudanças que acontecem, enfim, então pra mim o grupo foi uma marca muito importante. E eu sempre digo não fique sozinha, é preciso buscar outras de nós e outros do casais para essa construção ser um pouco mais leve” (Participante 2).

“Eu diria para as mulheres se informarem [risos]. Informação é tudo, esteja aberta para ouvir de tudo e fazer o seu próprio filtro. Não filtra na primeira, sabe, não se fecha para uma informação só. Seja aberta, aceite tudo e depois coloque seus filtrozinhos e faz do jeito que você acredita. Mas se informem, não achem que o primeiro caminho que te passarem é o caminho certo” (Participante 3).

“Minha mensagem seria, procure ajuda, acho que o grupo de apoio, veja o que você tem nas mãos, cada pessoa tem uma possibilidade diferente. Se tiver a possibilidade de um pré-natal com alguém ou se não, sempre tenha pessoas em volta de você, eu acho que o grupo ajuda muito isso, acho que é bom procurar, é se bom fazer parte, é bom você se inserir nesse meio. A gente precisa ter informação, a

gente precisa ter acolhimento, a gente precisa se sentir parte, o protagonismo é nosso, mas a gente tem que fazer parte de alguma coisa pra ter ele, ele não é uma coisa isolada que brota da gente e nasce. Não, se fosse em outra cultura talvez, mas no Brasil não é assim infelizmente. No Brasil a gente tem que fazer parte de alguma coisa pra ficar firme da nossa decisão, então, procurem ajuda, procurem apoio, procurem um grupo, façam parte de alguma coisa, busquem informação. Participem de algo, junte com outras mães, outras pessoas que estão passando por aquilo junto com você, que estão no mesmo momento, que tem também os mesmos medos, as vezes medos diferentes que você e você nem sabia que tinha. Então é isso, procurem, busquem ajuda, sempre tem alguém, tem vários grupos, procura que você encontra, mas de verdade de coração aberto. Precisa ter o coração aberto para procurar ajuda e receber” (Participante 4).

“Mulheres, busquem este protagonismo porque vale a pena. Vale a pena viver esta emoção que a gente viveu. Vale a pena lutar para poder segurar nosso filho assim que ele nasce, para poder amamentar na primeira hora de vida, para poder receber ele no nosso colo assim que ele sai de dentro da gente e não só olhar para ele e saber que ele está indo para um monte de procedimento que ele não precisava ir. Então, assim, se empoderem, busquem informações e sejam as protagonistas dos nascimentos dos seus filhos junto com eles. Essa é a maior emoção da minha vida” (Participante 5).

“Eu falaria para outras mulheres que quando você fica grávida, é um momento tão diferente da sua vida, e talvez não aconteça novamente, as vezes é muito raro, as vezes você consegue ficar grávida agora e talvez você não consiga mais, a situação não lhe permita, a situação financeira ou até física, enfim. Aproveita esse momento da melhor forma possível, aprendendo, estudando, lendo, correndo atrás de informação, de grupos, vá em vários médicos, seu plano cobre vários médicos, vá se consultar ou então procure a rede pública, vá saber como funciona na rede pública porque a gente tem bons atendimentos também na rede pública. É... vá atrás de seu caminho, cada um vai seguir o seu mas procura um caminho, não fique nessa inércia de achar que o médico controla o que vai acontecer com você, ele está ali para te dar assistência técnica, especializada de medicina, se você precisar dele, ele vai te atender, mas ele não está ali para tomar as suas decisões, se você tiver bem de saúde, se o bebê estiver bem, se estiver encaixado, se estiver tudo certinho, não tem pra quê você ir para uma cesárea. Se você estiver mal

informada e o médico chegar com um "xalalá" só para sair embora mais rápido e você pode cair. Entendeu? Eu acho que a gente se informa e estuda para tanta coisa na vida, porque que não vai estudar para este momento tão importante? Não é!" (Participante 6).

"Eu deixaria como mensagem, que se você tem uma boa assistência, uma pessoa de confiança que faz o seu pré-natal, confie também no seu corpo porque vai dar certo. Se for fazer uma cesárea que seja porque é necessário, mas não faça por medo, porque alguém falou para fazer, porque falaram que é melhor, então se estiver tudo bem, espere o tempo que é necessário, que é importante. Prepare a cabeça, pra uma gestação, pro trabalho de parto, prepare seu corpo também, cuide-se bem, faz exercício, exercício de corpo e de cabeça, boa alimentação, converse com as pessoas certas, não fique escutando história de tragédia, porque não são boas e não ajudam em nada. Preparar-se cabeça e corpo" (Participante 7).

"Minha mensagem seria Informar-se. Vai atrás das informações, se você quiser parir no hospital, porque para você se sente mais segura naquele lugar, tá bom, mas vai atrás das informações, vai atrás de seus direitos, faz com que você é o ator principal do seu parto, a sua família é o foco lá do processo. E tenha confiança, porque o processo natural das coisas é você parir e você vai parir, vai nascer. Você pode ter confiança que a natureza é sábia sim, um parto que não vai bem, é mais exceção que a regra" (Participante 8).

"Eu falaria para outras mulheres, para elas buscarem bastante informação. Eu acho que acreditar mais nelas, as vezes muitas pessoas dizer que ela não vai conseguir, que ela não é capaz que existe um meio mais fácil, nem sempre o melhor caminho vai ser o mais fácil. De fato as vezes não é, as vezes é melhor você fechar o olho e acordar com seu filho no braço, mas se você puder, se você acreditar, eu acho que a maioria das mulheres são perfeitamente saudáveis para terem seus filhos da melhor forma para ela e para seus bebês também. Eu acho que o que falta bastante é elas buscarem conhecimento, se juntar nesses grupos que estão crescendo, até pra ter mais força" (Participante 9).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal desse trabalho foi compreender em que medida a obtenção de informações contra hegemônicas sobre o parto e nascimento ao longo da gestação favoreceram a experiência do protagonismo de um grupo de mulheres. Observamos que, no Brasil, o processo de institucionalização do controle médico sobre a população tem levado a uma progressiva medicalização do parto, colocando as mulheres em situações difíceis em relação ao desfecho de seu parto. Estamos em um momento em que o parto é protagonizado por uma equipe ou por um médico, quando deveria ser apenas assistido por essas. Portanto, uma mudança nas práticas de atenção ao parto e nascimento se faz necessária, pois novas formas de pensar a práxis neste campo têm se fortalecido com os movimentos de humanização do parto e nascimento, que lutam pela melhora da qualidade da atenção à saúde integral das mulheres parturientes, contribuindo com o debate da legitimação do seu protagonismo.

Os resultados obtidos nos ajudaram a compreender que, para elas, o acesso a informações é fundamental, mas não são quaisquer informações. Consideram algumas como fundamentais: sobre a fisiologia do parto, como o corpo pode se comportar e, dessa forma, como lidar com a dor teve seu espaço nas falas das mulheres; sobre as práticas atuais, baseadas em evidências científicas¹⁰ e que respeitam o corpo e o tempo da mulher e do bebê; sobre as intervenções com seus bebês(o que, para algumas, fez toda a diferença na decisão de buscar um parto diferenciado); sobre as reais indicações de cesárea, entendendo que é uma técnica importante, mas não deve ser eletiva; sobre a importância de ter um plano de parto, que consideraram uma ferramenta de direitos, diferencial para se posicionarem em relação aos vários protocolos existentes nos hospitais.

As informações são fundamentais, e as mulheres solicitam informações técnicas e que são do rol biomédico para ter segurança. De certa forma se mantem o poder médico centrado, mas aparece como necessário por não ser informações compartilhadas com as gestantes de modo geral. O como os grupos apresentam

¹⁰ Considerando que para o parto e nascimento as informações baseadas em evidências são utilizadas de forma a contribuir com o movimento contrário ao médico centrado. Sabemos que nem sempre foi assim, pois em muitos momentos as informações baseadas em evidências estiveram a serviço do discurso médico e levando a medicalização.

essas informações é que são diferentes, pois ter informações do rol biomédico encoraja, sendo uma forma de estabelecer diálogo com a figura médica. Poder estabelecer esse diálogo com segurança garantiu para o grupo a possibilidade de ser protagonista.

Para o acesso a essas informações, os resultados mostraram a importância de participarem de grupo de gestante e casais, que são os grupos informativos, percebido pelas mulheres como fonte de informação segura e qualificada. Obter essas informações foi algo considerado pelas mulheres como fundamental para um desfecho de parto respeitoso, menos intervencionista tanto para as mães como para os bebês.

Além de fonte informativa, os resultados apontaram os grupos como uma importante rede de apoio, de encorajamento e de força para resistir à forma hegemônica com que estamos trazendo nossos bebês ao mundo, submetendo, muitas vezes, as mulheres a cesáreas desnecessárias. Verificamos que a rede de apoio fortalece as mulheres, ampara e encoraja. Neste sentido, a doula aparece como uma figura importante e descrita para algumas como fundamental no processo de gestar e parir.

O acesso às informações foi relatado como uma ferramenta para o encorajamento, fortalecimento e empoderamento das mulheres, contribuindo para o desenvolvimento de seu protagonismo em poder fazer escolhas e se sentirem como sujeitos de direitos, sujeitos de sua própria história nesse momento tão ímpar.

Corroborando com a participação ativa das mulheres, as narrativas mostraram que elas tiveram que estudar e buscar muita informação, procurar profissionais que estivessem alinhados com a humanização do parto e nascimento, pois, dessa forma, puderam evitar ou minimizar intervenções desnecessárias.

O protagonismo, para as participantes, se deu numa construção coletiva, com informação e possibilidades de utilizá-las com apoio da equipe, do companheiro e familiares e com possibilidades em fazer escolhas. As mulheres que participaram dessa pesquisa foram mulheres com uma realidade socioeconômica diferenciada, tiveram a possibilidade de escolher as suas equipes e pagaram caro por isso, muito diferente da situação que vive a maioria das mulheres no Brasil, que utiliza SUS. Essas ficam à mercê de plantonista, sem poder constituir um vínculo prévio, sem escolhas, sem o direito a acompanhantes, sofrendo intervenções muitas vezes desnecessárias. Essas são limitações de um sistema médico-centrado e hospital-

centrado, ir para um hospital sem equipe de referência e sem considerar o sistema é de saúde.

A Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher têm se empenhado para mudar esse quadro, mas ainda temos muito que avançar. É esperado que profissionais envolvidos com parto e nascimento saibam das diretrizes, protocolos e políticas em relação à humanização do parto e saúde da mulher, mas existe certa dificuldade em transformar o parto e nascimento num momento mais acolhedor e menos intervencionista, pois os processos de trabalho ainda são bastante duros e corporativistas.

Com os resultados, também pudemos observar que o parto domiciliar tem sido uma possibilidade para lidar com a hegemonia médico-centrada, porém as mulheres que decidem por esse tipo de parto têm enfrentado dificuldade com equipes, familiares e até o sistema burocrático (como cartório para registrar os bebês). Embora essa possibilidade esteja sendo colocada em cena como algo viável e com exemplos bem-sucedidos no SUS (Hospital Sofia Feldman – BH), em Campinas, ainda é uma possibilidade para poucas, considerando ser um serviço totalmente particular. Para poucas também a equipe de referência, pois, no SUS, a gestante nem sempre tem referência no pré-natal e não sabe para qual hospital vai ou por quem será atendida; isso fragiliza demais as mulheres, além de contribuir com a insegurança e, conseqüentemente, com acreditarem que não são capazes e aceitarem qualquer tipo de intervenção.

Com esta pesquisa, pudemos compreender que, mesmo que a participação das mulheres nos grupos tenha contribuído com seu processo de parir e nascer, também tem produzido certa idealização do parto, entendendo como uma fragilidade dos grupos, levando algumas mulheres a não reconhecerem seu processo saudável de parir, mas sim se balizar por relatos ou experiência de outras. Por mais que o movimento de humanização do parto e nascimento esteja produzindo, problematizando e ampliando a discussão, para a melhoria da qualidade desse processo, percebemos, pela fala das mulheres, o movimento também tem produzido padrões a serem seguidos e muitas mulheres estão esperando alcançar esses padrões, esses modelos. Se, por um lado, percebemos que os grupos foram de extrema importância, nem sempre respeitaram a diversidade das mulheres, contribuindo com a produção de algumas idealizações. Há de sermos vigilantes nas possibilidades apenas binárias, inflexíveis e que desconsideram a diversidade

econômica, ideológica, emocional das mulheres e suas famílias, desconsideram os vários contextos. Devemos ficar atentos às construções de outros padrões a serem seguidos/consumidos.

Há muito que avançar para garantirmos às mulheres o direito a serem protagonistas de seus partos. Criamos leis, mas muita luta é necessária para efetivação das mesmas. É necessário, além de informações, equipes e profissionais atentos e abertos para prestarem atenção de fato humanizada e respeitosa para as mulheres. Ficou claro que o acesso às informações não é suficiente se a mulher não puder escolher a melhor forma de parir, se as instituições de saúde e equipes não estiveram disponíveis e atentas para práticas de atenção à saúde que proporcionem acolhimento e segurança para a parturiente.

O que podemos deixar como contribuição para o sistema de saúde público e privado é que percebemos que os grupos são um caminho entendido como importante para fortalecer as mulheres em sua jornada do gestar e parir. O grupo é uma ferramenta para mudar a realidade de muitas gestantes brasileiras, pois seus ginecologistas não serão seus obstetras, que não tem equipe de referência, que nem sempre podem estar amparadas por algum acompanhante e que, na maioria das vezes, não sabem o local onde vão parir. Participar de grupos com informações de qualidade é uma possibilidade para o protagonismo da mulher no parto e os resultados nos mostraram que faz diferença para as mulheres.

A produção do vídeo vem de encontro com a idéia de disseminação de informações, devolver socialmente a discussão acadêmica e ampliando possibilidades de discutir a temática. Levando a fala das mulheres, suas experiências e suas mensagens para outras mulheres, apresentando algumas formas de garantir a singularidade feminina no parir.

A ampliação de trabalho nesse campo, bem como pesquisas para compreender seus efeitos se faz necessário, principalmente no que se refere a compreender os serviços públicos e, como a maioria das mulheres têm recebido informações e atendimento durante sua gestação.

E esperamos que esta pesquisa sirva de estímulo para futuros estudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, M. A. C.; LIMA, J. B. M. C. O Modelo Obstétrico e Neonatal que Defendemos e com o qual Trabalhamos. Bloco 1. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Ministério da Saúde. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará / Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 4). pp. 19-46.

AQUINO, Estela M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cad. saúde pública**, v. 30, supl. 1, pp. S8-S10, 2014.

AUGUSTO, Maria Helena Oliva. Natural, racional, social: discussão de uma sociabilidade. **Tempo Social, Rev. Sociol. USP**, São Paulo, v. 1, n. 1, pp. 247-257, 1. sem. 1989.

BENEVIDES DE BARROS, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, v. 9, n. 17, pp. 389-394, 2005.

BRASIL. **Diretrizes gerais da política nacional de saúde materno-infantil**. Brasília. Ministério da Saúde 1971.

_____. Secretaria de Assistência Médica. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. **Programas de Saúde Materno-Infantil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde 1974.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Programa de Prevenção da Gravidez de Alto-Risco. **Normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1978.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**. Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

_____. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 160 p.: il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 60 pp. il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. - 4. ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. - 2. ed. rev. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 20 p.: il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher : princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 82 pp. il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009–2010**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed., 5. reimp.

Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 72 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Cadernos de Atenção Básica, 32)

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Ministério da Saúde. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará / Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4).

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Portal discorre sobre as Classificação Brasileira de Ocupações e oferece recursos para pesquisa sobre o assunto. Disponível em: <<http://www.mteco.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>>. Acesso em: 01 set. 2013

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil: século XIX”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, pp. 135-149, abr./jun.1991.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A Clínica do Sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. 1996/1997. Disponível em: <<http://www.gastaowagner.com.br/index.php/2015-03-26-12-56-10/file/8-a-clinica-do-sujeito-por-uma-clinica-reformulada-e-ampliada>>. Acesso em: 04 fev. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. **Saúde em debate**, v. 170, Pp. 53-92. Hucitec; Fiocruz, 2006.

CANESQUI, A. M., 1987. **Assistência Médica e à Saúde e Reprodução Humana**. Textos NEPO, 13. Campinas: NEPO, Universidade Estadual de Campinas.

CARNIEL, E. F.; ZANOLLI M.L.; MORCILLO A.M. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 29, n. 1, pp. 34-40, 2007.

CHACHAM, Alessandra Sampaio. Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal com “um risco” e a medicalização do parto no Brasil. In JACÓ-VILELA, AM., and SATO, L., orgs. *Diálogos em psicologia social* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 420-451. ISBN: 978-85-7982-060-1. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/vfgfh/pdf/jaco-9788579820601-27.pdf>>. Acesso em: 20 out. 14.

CHAVES, Ricardo Lêdo. O nascimento como experiência radical de mudança. **Cad. saúde pública**, v. 30, supl. 1, pp. S14-S16, 2014.

COSTA, A. C. G. **Protagonismo Juvenil**: adolescência, educação e participação democrática. Salvador: Fundação Odebrecht, 2000.

CREMONESE, Luiza et al. Grupo de gestantes como estratégia para educação em saúde. **Santa Maria: UFSM**, 2012

DE FREITAS, Giselle Lima; VASCONCELOS, Camila Teixeira Moreira; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, pp. 424-428, 2009.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, pp. 2647-2655, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2016.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 3, pp. 669-705, 2005.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. **Dossiê Humanização do Parto**. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência saúde coletiva**, v. 10, n. 3, pp. 627-637, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019>. Acesso em: 04 nov. 2014.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DOS SANTOS, Elizabeth Moreira; LEAL, Maria do Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl. 1, pp. S52-S62, 2004.

DOS SANTOS, Luciano Marques; DA SILVA, Jucélia Cavalcante Rodrigues; CARVALHO, Evanilda Souza de Santana; CARNEIRO, Ana Jaqueline Santiago; DE SANTANA, Rosana Castelo Branco; FONSECA, Maria Cristina de Camargo Fonseca. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, pp. 202-207, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200202&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 fev. 2016.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, pp. 150-173, 1991.

FERREIRA JUNIOR, A. R.; BARROS, N.F.; CARVALHO, L. C.; SILVA, R. M. A doula na assistência ao parto e nascimento. Bloco2. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Ministério da Saúde. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará / Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4). pp. 201-214.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, pp. 17-27, jan. 2008

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; LUCHESI, Bruna Moretti; SAIDEL, Maria Giovana Borges Saidel; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro; MELO, Débora Gusmão. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, pp. 389-394, fev. 2011

FOUCAUT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a Política de Atenção à Saúde da Mulher no Contexto de Promoção da Saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 2, pp. 424-428, 2009. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm> >. Acesso em: 04 fev. 2016.

_____. **Nascimento da Biopolítica**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FUGANTI, Luiz. Biopolítica e produção de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, pp. 667-679, 2009.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface Comum Saúde Educ**, v. 16, n. 40, pp. 21-34, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop2112.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim; PAIVA, Eliana Sales; VALDÉS, Maria Teresa Moreno; FROTA, Mirna Albuquerque; DE ALBUQUERQUE, Conceição de Maria; Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 1, Mar. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000100013&script=sci_arttext >. Acesso em: 04 nov. 2014.

GONÇALVES, L.; FERIGATO, S.; SOUZA, T. P.; CUNHA, T. C. Parto Domiciliar como um Dispositivo de Humanização das Práticas de Saúde no Brasil. Bloco 2. . In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Ministério da Saúde. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará. / Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 4). pp. 233-254.

HORTA, Julia Cristina Amaral. **A doula comunitária: uma experiência reinventada**. 2008. 163 pp. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2008.

HUMANIZAÇÃO. In: BARROS R, PEREIRA E. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, Observatório dos Técnicos em Saúde da Fiocruz. Rio de Janeiro: [Editor desconhecido], 2006. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

ILLICH, I. **A Expropriação da Saúde: Nêmesis da medicina**. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

LANSKY, Sônia *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. saúde pública**, v. 30, supl. 1, pp. S192-S207, 2014.

LEÃO M. R. C.; BASTOS, M. A. R. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 3, pp. 90-94, mai. 2001.

Legião Urbana [Compositores]. **Metal contra as nuvens**, In: Álbum V: EMI, Brasil, 1991. 1 CD. Faixa 2 (11 min 28 s). Remasterizado em digital

LOPES, A. A. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. **Rev Assoc Med Bras**, v. 46, n. 3, pp. 285-288, 2000.

MATOS, Greice Carvalho de; ESCOBAL, Ana Paula; SOARES, Marilu Correa; HÄRTER, Jenifer; GONZALES, Roxana Isabel Cardozo.. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE**, v. 7 (esp), pp. 870-878, 2013.

MARTÍN-BARÓ, Ignácio. O papel do Psicólogo. **Estudos de Psicologia**, v. 2, n. 1, pp 7-27, 1996.

MARTINS, C. P.; NICOLOTTI, C. A.; VASCONCELOS; MELO R A, Humanização do Parto e Nascimento: pela Gestação de Formas de Vida das quais Possamos ser Protagonistas. Bloco 1. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Ministério da Saúde. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará / Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 4). pp. 9-19.

MELO, Camila Pimentel Lopes de. (Des)Hierarquizando os saberes: o protagonismo da mulher no parto. **Anais...** IV Reunião Equatorial de Antropologia e XIII Reunião de Antropólogos do Norte e Nordeste. 04 a 07 de agosto de 2013, Fortaleza-CE. Grupo de Trabalho n. 24: Partos, maternidade e políticas do corpo: saberes locais e experiências transnacionais.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec /- Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, pp. 239-262,

jul/set 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2014.

MORAIS, F R R, A **Humanização no parto e no Nascimento: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira**. 2010. 271 pp. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Centro de Ciência Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Natal, 2010.

MORSE & FIELD, P.A. **Qualitative research methods for health professional**. 2. ed. Londres: Sage, 1995.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, v. 10, n. 3, pp. 651-657, 2005.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996

ONOCKO-CAMPOS, Rosana T. O exercício interpretativo. In: ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Orgs). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. pp. 278-299.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4 , pp. 1269-1286, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana T.; CAMPOS, G. W. de S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, G. W. S.; Minayo, M. C. S.; Akerman, M.; Drumond Júnior M.; Carvalho, Y.M. (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. , pp. 669-688.

ONOCKO-CAMPOS, R. T; FURTADO, J. P. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Orgs). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 321-334.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; PALOMBINI, Analice de Lima; LEAL, Erotildes; DE SERPA JUNIOR, Octavio Domont; BACCARI, Ivana Oliveira Preto; FERRER, Ana Luiza; DIAZ, Alberto Giovanello; XAVIER, Maria Angélica Zamora. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 18, n.10, pp. 2847-2857, 2013.

O RENASCIMENTO do Parto. Diretor: Eduardo Chauvet, Espaço Filmes, 2013. 1 DVD (90 min.), Região 4.

PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface**, Botucatu, v. 13. Supl. 1, pp. 701-708, 2009.

PASCHE, Dário Frederico; DE ALBUQUERQUE VILELA, Maria Esther; MARTINS, Cátia Paranhos. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, pp. 105-117, 2010.

PUCINI, Paulo de Tarso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, pp. 1342-1353, 2004.

RABELO, L. R.; OLIVEIRA, D. L. de. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, pp. 213-220, mar. 2010.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, supl. 1, pp. 595-602, 2009a.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl. 1, pp. 759-768, 2009b.

RATTNER, D.; JONES E. H.; DINIZ, S. G.; BLETRÃO R. S.; LOPES, A. F. C.; LOPES, T. C.; SANTOS, S. M.; Os Movimentos Sociais na Humanização do Parto e do Nascimento do Brasil. Bloco 2. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará / Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4). pp. 109-132.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. **Revista Política & Trabalho**, v. 24, pp. 27-57, 2006.

REA, Marina Ferreira. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad. Saúde Pública**, v.19, sup.1, pp. S37-S45, 2003. ISSN 1678-4464.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO (REHUNA). **Carta de Campinas**, 1993.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Nascer no Brasil "em tempo": uma questão de hierarquia das intervenções no parto? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, pp. S35-S36, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2016.

Rohden, Fabíola. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2001.

SARAGOZA, Rosa. Saber Parir. In: **Nacer, Renacer: Matria, Asociación Cultural**, 2005. 1 CD. Faixas 7 (3 min 04 s). Inspirado em um poema do livro A Tenda Vermelha, Anita Diamant. A música é um mantra tibetano.

SANTOS, Boaventura S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1989.

SANTOS, Aliny de Lima; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; MARCON, Sonia Silva. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista RENE**, n. 11 (número especial), pp. 61-71, 2012.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T.D.G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, pp. 269-279, July/Sept. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a07v04n3.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2014.

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. A. C.; NUNES, Isa Maria. Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas. **Revista Cubana de Enfermeria**, v. 30, p. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/487/82>>. Acesso em: 21 jan. 2016.

STOTZ, E. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. pp. 46-57.

TESSER, C. D. Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinics. **Interface -Comunic., Saúde, Educ.**, v. 10, n. 20, pp. 347-362, jul/dez 2006.

THÉBAUD, Françoise.. A Medicalização do Parto e Suas Consequências: O Exemplo da França no Período Entre as Duas Guerras. **Revista Estudos Feministas**, v. 403, n. 2, pp. 415-427, 2002.

TRUJILLO FERRARI, A. **Metodologia da Pesquisa Científica**. São Paulo: Editora McGraw-Hill do Brasil, 1982.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003.

UNASUS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Website UNASUS, Notícias & Eventos. 2015. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>>. Acesso em: 07 fev. 2015.

VIEIRA, E. M. A medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H.. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. pp. 67-78.

VIEIRA, M. R. Resgate das parteiras leigas: a humanização ao parto. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/5063>>. Acesso em: 22 jun. 2012.

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a senhora a colaborar voluntariamente com a pesquisa “ACESSO A INFORMAÇÕES CONTRA-HEGEMÔNICAS: AMPLIANDO AS POSSIBILIDADES DA MULHER PROTAGONIZAR SEU PARTO”, sob responsabilidade da aluna de Mestrado Juliana dos Santos Corbett e orientação da Prof^a Dr^a Laura Lamas Martins Gonçalves, do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP). A pesquisa visa compreender em que medida a obtenção de informações contra-hegemônicas sobre o parto e nascimento ao longo da gestação favoreceu a experiência de protagonismo de mulheres de Campinas/SP e região no momento do parto. A sua participação neste estudo não acarretará em nenhum tipo de risco previsível a sua saúde. Você pode aceitar ou não participar deste estudo. Solicitamos sua colaboração voluntária, sem remuneração, para ser entrevistada pela aluna responsável pela pesquisa. Por se tratar de uma entrevista semidirigida, a mesma pode durar até duas horas. Será utilizada filmadora para gravação de áudio e imagem para garantir que todos os dados fornecidos possam ser recuperados e analisados. As entrevistas serão guardadas em segurança pela aluna Juliana dos Santos Corbett. Informamos que toda e qualquer informação obtida durante esta pesquisa será utilizada sem a identificação dos participantes, assegurando assim a confidencialidade das informações. A senhora não é obrigada a participar, inclusive tem o direito de não responder a qualquer pergunta e de interromper a participação quando quiser, sem qualquer prejuízo em sua participação no grupo de pós-parto. A sua participação nesta pesquisa é muito importante para que o objetivo proposto seja alcançado. Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante. Caso tenha dúvidas ou deseje mais informações sobre esta pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora responsável Juliana dos Santos Corbett, telefones para contato: (19) 3327-2008 e (19) 997148656, se preferir poderá enviar uma mensagem para: julianasantoscobett@gmail.com. Se você tiver alguma dúvida quanto aos aspectos éticos da pesquisa você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/UNICAMP. Rua Tessália Vieira de Camargo,126-CEP:13083-887 Campinas-SP. Fone (019) 3521-8936 ou 3521-7187 ou escrever ao cep@fcm.unicamp.br Desde já, agradecemos sua valiosa ajuda e colaboração.

Atenciosamente,

Dra Laura Lamas Martins Gonçalves
Orientadora

Juliana dos Santos Corbett Prof^a
Pesquisadora Responsável

Declarção de consentimento Acredito ter sido suficientemente informada sobre o estudo “ACESSO A INFORMAÇÕES CONTRAHEGEMÔNICAS: AMPLIANDO AS POSSIBILIDADES DA MULHER PROTAGONIZAR SEU PARTO”.

Concordo voluntariamente em participar da pesquisa:

Assinatura da participante

Data: ____ / ____ / ____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E LICENÇA DE USO DE IMAGEM E VOZ

Pelo presente Instrumento, _____,
 nacionalidade, _____, estado civil _____, profissão
 _____, portador do RG no. _____ e CPF
 nº _____, residente e domiciliado na

_____ - SP, doravante denominado(a) simplesmente CEDENTE, AUTORIZO a Juliana dos Santos Corbett Psicóloga, aluna do Programa da Pós-Graduação do Departamento de Saúde Coletiva – FCM Unicamp, responsável pela Pesquisa “Acesso a informações contra-hegemônicas: ampliando as possibilidades da mulher protagonizar seu parto”, doravante denominada simplesmente CESSIONÁRIA a utilizar de forma gratuita a minha imagem e voz, em produtos científicos e acadêmicos e/ou em outras criações artísticas a ser confeccionados pela CESSIONÁRIA ou por terceiro por ela devidamente autorizado, desde que a criação esteja relacionada exclusivamente à temática aqui apresentada. Fica ainda estabelecido que a CESSIONÁRIA poderá usar esta criação artística, total ou parcialmente, de qualquer forma que seja, no Brasil ou qualquer outro país estrangeiro, inclusive modificando, alterando, ou adaptando-a para a sua exploração pelos meios de comunicação conhecidos e por conhecer (auditivo, broadcast, audiovisuais, internet, cinema e outras mídias digitais, etc.). Outrossim, declaro ainda estar ciente de que a autorização objeto do presente termo é concedida em caráter irrevogável e irretratável, de forma que não poderá ser pleiteada qualquer tipo de recompensa ou remuneração, a qualquer título.

_____, _____ de _____ de _____.

 Assinatura

Testemunhas

1 _____

Nome:

2 _____

Nome:

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Título do projeto: Acesso a informações contra-hegemônicas: ampliando as possibilidades da mulher protagonizar seu parto.

Pesquisadora: Juliana dos Santos Corbett

Orientadora: Laura Lamas Martins Gonçalves

Nome: _____

Idade: _____ Gestações: _____ Filhos: _____

Escolaridade: _____

Contato: _____

Quantas consultas pré-natal passou na gestação? _____

QUESTÕES

1. O que é protagonismo no parto para você?
2. Você se sentiu protagonista do seu parto?
3. Que informações ao longo da gestação foram importantes na construção desse protagonismo? Onde conseguiu essas informações?
4. Como as consultas de pré-natal interferiram na construção desse protagonismo?
5. Como a participação no grupo interferiu na construção desse protagonismo?

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisas

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso a informações contra-hegemônicas: ampliando as possibilidades da mulher protagonizar seu parto

Pesquisador: Juliana dos Santos Corbett

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 39797214.0.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.018.804

Data da Relatoria: 02/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que utilizará de metodologia qualitativa de caráter exploratório e descritivo. Será utilizada a técnica de pesquisa semi-estruturada com questões abertas, a amostragem será definida por saturação e com as informações coletadas serão analisadas e organizadas em núcleos argumentais para compor narrativas. A amostra será definida por saturação e com os dados colhidos serão analisados os conteúdos de cada entrevista, a partir das categorias empíricas e identificando-se os núcleos argumentais e com esse material compor as narrativas. Busca-se com as entrevistas semi-estruturadas com mulheres no pós-parto do município de Campinas, levantar fatores que atendam os objetivos propostos nessa pesquisa e que respondam à hipótese que a obtenção de informações contra-hegemônicas durante a gestação, mesmo considerando os vários fatores que acometem a mulher, contribui para o seu protagonismo no desfecho de seu parto. Serão incluídas puérperas: - i) maior de dezoito anos; ii) autorizar a pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Para minimizar eventuais desconfortos que poderão emergir no contexto da entrevistas será flexibilizado situações em relação às datas, horários e locais de encontros

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.018.804

Objetivo da Pesquisa:

Compreender em que medida a obtenção de informações contra-hegemônicas sobre o parto e nascimento ao longo da gestação favoreceram a experiência de protagonismo de mulheres de Campinas/SP e região no momento do parto.

Objetivo Secundário:

1) Identificar informações contra-hegemônicas obtidas por essas mulheres sobre o parto e nascimento no período gestacional com a equipe de referência; 2) Identificar informações contra-hegemônicas obtidas por essas mulheres sobre o parto e nascimento no período gestacional em outros canais (como por exemplo, através de grupos de apoio a gestação, na internet e outros); 3) Compreender o que essas mulheres definem como "protagonismo no parto".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por se tratar de um estudo que utilizará de entrevista para a coleta de dados, o risco é mínimo. Podendo gerar desconforto/constrangimento porque será gravada e filmada.

Benefícios: Não terá benefício direto. Entretanto espera-se que esse estudo traga informações importantes sobre o protagonismo da mulher no desfecho de seu parto, contribuindo com outras mulheres.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- É um trabalho com abordagem qualitativa. A pesquisadora cita que "...O presente projeto tem por objetivo compreender em que medida a obtenção de informações contra-hegemônicas sobre o parto e nascimento ao longo da gestação favoreceram a experiência de protagonismo de mulheres de Campinas/SP e região no momento do parto." Esta afirmativa é inadequada, uma vez que estudos com abordagem qualitativa não tem o poder de generalizar e afirmar que com narrativa de 10 voluntárias possa afirmar "protagonismo de mulheres de Campinas/SP e região". Adequar a metodologia/objetivo ou retirar esta afirmativa. (CONTINUA PENDENTE-A justificativa apresentada para este item não atende a pendencia)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresentar aprovação do serviço/ unidade onde ocorrerá a coleta de dados. (APRESENTOU 3 AUTORIZAÇÕES DOS 6 PLANEJADOS NO PROJETO- APRESENTAR OUTRAS 03 AUTORIZAÇÕES- Foi alterado para quatro grupos e apresentou a quarta autorização)

-A pesquisadora descreve no seu projeto completo, que as voluntárias serão abordadas nos

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.018.804

grupos de gestantes. Incluir esta informação no projeto (NÃO ATENDIDA- NO PROJETO NÃO CITA)ATENDIDA

Recomendações:

- Recomenda-se retirar "de Campinas e região" e substituir por "grupo de mulheres"- ou "gestantes participantes de grupo de gestantes" - terminologia mais adequada para pesquisa com abordagem qualitativa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Lista de pendências e inadequações:

1- Tanto na PB Informações Básicas quanto no projeto apresentando, faltam informações sobre locais onde serão realizada a coleta de dados (foi apresentado autorização de um grupo- FALTAM AUTORIZAÇÃO DE MAIS 3 LOCAIS)PENDÊNCIA ATENDIDA- FOI ALTERADO PARA 4 GRUPOS E APRESENTOU MAIS UMA AUTORIZAÇÃO

3- Há divergência entre o cronograma apresentado no projeto e inserido no PB Informações Básicas. Adequar cronograma de execução para pós aprovação do projeto pelo CEP.(PENDÊNCIA ATENDIDA)

Conclusão:Projeto aprovado com recomendações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.018.804

realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

CAMPINAS, 10 de Abril de 2015

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Declarações dos Grupos e Espaços Visitados



DECLARAÇÃO

Declaramos, a fim de viabilizar a pesquisa intitulada "**Acesso a informações contra-hegemônicas: ampliando as possibilidades da mulher protagonizar seu parto**", sob a responsabilidade da pesquisadora Juliana dos Santos Corbett, que o grupo **Dar a Luz**, apoiará a referida pesquisa permitindo que a pesquisadora convide as mulheres que tenham participado de nossos encontros do grupo do pós-parto a participarem da pesquisa.

Campinas, 10 de dezembro de 2014.

Lucia Caldeyro Stajano

Lúcia Caldeyro Stajano

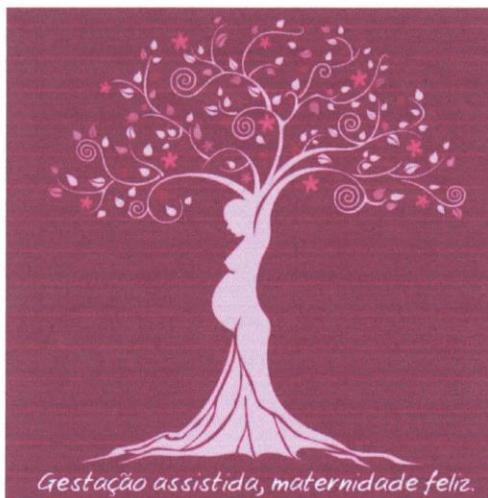


DECLARAÇÃO

Declaramos, a fim de viabilizar a pesquisa intitulada “**Acesso a informações contra-hegemônicas: ampliando as possibilidades da mulher protagonizar seu parto**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Juliana dos Santos Corbett, que o grupo **Vínculo**, apoiará a referida pesquisa permitindo que a pesquisadora convide as mulheres que tenham participado de nossos encontros do grupo do pós-parto a participarem da pesquisa.

Campinas, 24, Janeiro de 2015.

Renata Olah



DECLARAÇÃO

Declaramos, a fim de viabilizar a pesquisa intitulada "**Acesso a informações contra-hegemônicas: ampliando as possibilidades da mulher protagonizar seu parto**", sob a responsabilidade da pesquisadora Juliana dos Santos Corbett, que o **Grupo Samaúma**, apoiará a referida pesquisa permitindo que a pesquisadora convide as mulheres que tenham participado de nossos encontros do grupo do pós-parto a participarem da pesquisa.

Campinas, 26, Fevereiro de 2015.

Lara Hellen Gordon



DECLARAÇÃO

Declaramos, a fim de viabilizar a pesquisa intitulada "**Acesso a informações contra-hegemônicas: ampliando as possibilidades da mulher protagonizar seu parto**", sob a responsabilidade da pesquisadora Juliana dos Santos Corbett, que o grupo **Arte de Nascer**, apoiará a referida pesquisa permitindo que a pesquisadora convide as mulheres que tenham participado de nossos encontros do grupo do pós-parto a participarem da pesquisa.

Campinas, 28, Janeiro de 2015.

Adriana de Lima Mello

Adriana de Lima Mello
Enfermeira Obstetra
COREN-SP 248693

Narrativas

PARTICIPANTE 1

(uma jovem de 24 anos, teve uma única gravidez, uma filha. Fez todo o acompanhamento de pré-natal, descobriu a gravidez com 3 meses e foi acompanhada desde então, mês a mês e no final de sua gestação com maior periodicidade, acreditando ter feito 11 consultas mais ou menos).

Pra mim a palavra empoderamento resume bem o protagonismo no parto. É você tomar parte, entender os processos de seu corpo, entender o que acontece fisiologicamente, saber que o parto é seu e não um processo medicamentoso de rotina. É você saber o que quer e saber quais são seus limites emocionais e físicos. Se empoderar é pegar uma coisa que é sua, do seu corpo e tomar as atitudes; isso é meu, isso não; isso eu consigo fazer, isso eu não consigo; eu topo fazer isso ou não. Se empoderar é brigar um pouco. Tem um pouco de luta, de você ir contra muitas coisas que médicos usam como rotina e que você estudando vê que não é necessário. O empoderamento é um processo *meu*, é *minha* filha, algo que está acontecendo com o *meu* corpo. Os profissionais vão ajudar, vão me trazer informações, mas eu também vou buscar isso, porque se eu só receber, receber, vou acabar reproduzindo. Eu me senti protagonista na gestação toda, mas no parto não. Me senti protagonista no processo de construção de toda a gestação, por ter recebido apoio dos grupos, por ter tido acesso a informações, tudo o que busquei. Mas no parto em si, não. Planejei um parto domiciliar e acabou numa cesárea... dessa forma no parto, eu não consegui me sentir protagonista, porque estava dentro de um hospital, que tem uma série de procedimentos que devem ser feitos. Como o parto teve essa mudança de local, eu consegui me sentir protagonista até um certo ponto, por conta do meu plano de parto. E depois eu me vi na mão deles, assim, do sistema hospitalar, daqueles médicos, daquelas pessoas. Eu passei por vários médicos, eu fiquei 3 dias induzindo. Então meu bebê “era velho” e mais uma série de coisas que falavam de mim, mas não para mim, e que eu perguntava e não tinha acesso, então isso para mim não é protagonizar nada, assim.

Até o momento em que cheguei no hospital, eu estava muito segura do que poderia acontecer e do que estava disposta, pois sai de uma possibilidade de parto domiciliar para fazer a indução num hospital e já estava sabendo que não seria o parto que eu gostaria e planejei. Mesmo tendo me munido durante a gestação para não sofrer, sofri algumas coisas, como quando estava indo para a mesa de cirurgia fazer a anestesia e a equipe repetia a todo momento, que eu estava com *taquissístolia* e eu não sabia o que era e nem o que estava acontecendo e que por mais que eu perguntasse o que era, ninguém respondeu. Fiquei sem saber se iria morrer ... isso para mim não era uma coisa acessível, eu não consegui acessar essa informação... E era meu corpo ali, o processo acontecendo em mim e eu era tratada como uma paciente e não como um ser humano que precisa de informação, que pode decidir.

Para mim as informações sobre fisiologia do parto (que não tinha tanto conhecimento), questões jurídicas (meus direitos, o que pode ou não pode), plano de parto que julgo ser uma ferramenta maravilhosa, são informações que foram importantes para a construção de meu protagonismo. Saber do plano de parto foi muito importante, pois tive minha filha num hospital escola, percebi que ter informações foi algo que afrontou a equipe e que era mencionada como a menina do plano de parto, como se eu estivesse no hospital para fazer do meu jeito, mas não, só não querida que fizessem procedimentos desnecessários com minha filha e que assinaria os termos necessários.

A questão emocional também é algo que julgo importante, pois não achava, a maternidade trouxe isso para mim, pois achava que o emocional não fazia diferença, mas vi que fez, na gestação, no parto, na descida do leite, para tudo, vi que as informações que obtive no grupo me deixou mais tranquila.

Obtive informações nos grupos de gestantes e de casais que acontecem na cidade. Tem vários grupos e fui na maioria deles, Samaúma, Arte de nascer e no Vínculo. Eu estava mais engajada, li muitos livros durante a gestação e foi importante ter conseguido levar meu marido, porque ele achava que era uma questão só minha, que eram grupos de mulheres falando de gestação e no primeiro encontro tinham sete casais, foi importante para mim ele entender a importância da humanização do parto. Ele é muito participativo comigo e informa-lo foi de extrema ajuda para que ele falasse com as famílias, pois ambas as partes não aceitavam a opção do meu parto domiciliar, achavam que estávamos loucos e ele acabava

explicando que não era bem assim. Somos bombeiros e achavam que o parto seria em casa e sozinhos sem nenhum apoio e questionavam se algo desse errado. Fomos mostrando para as pessoas que não éramos loucos, que não iríamos colocar a vida de nossa filha em risco. É importante ter ajuda, pois a pressão é muito grande, principalmente por que passei das 40 semanas, sai do padrão e no final ficamos muito abalados emocionalmente e tínhamos que falar para as pessoas que estava tudo bem.

Para mim as consultas de pré-natal não interferiram muito na construção do meu protagonismo, pois quando dizia que queria ter parto normal ou discuti alguma coisa pontual ou algum procedimento com o recém-nascido, os profissionais falavam que era legal, mas que a responsabilidades seria toda minha. Ninguém da parte médica ajudou a construir meu protagonismo, pelo contrário fui desestimulada, até achavam legal, mas sempre diziam “vamos ver né”. Senti que para os médicos o mais fácil seria marcar a cesárea, sem desmarcar as consultas. Mudei de médico 4 vezes e na quarta médica ouvi a seguinte frase "Mas o que está acontecendo, porque você mudou de tantas médicas assim, você teve algum problemas, elas falaram alguma coisa que você não gostou?". E eu tinha que explicar que queria parto normal e as outras não faziam, além de desestimular suas vontades, ideias e decisões e tinha que procurar um profissional alinhado com elas. Acabei indo nas consultas apenas para pesar, medir, pegar a guia da US e fazer os exames de rotina, porque cheguei num ponto que não queria mais discutir e falar de minha opção, queria apenas o serviço médico, pois eu tinha uma equipe para o parto domiciliar e acabou não dando.

Para mim participar dos grupos foi fundamental para a construção do meu protagonismo, achei legal ter pessoas passando pela mesma situação, indo atrás de informações, apoio, buscando caminho parecido. Cada uma tem suas vontades e necessidades para protagonizar e foi bom ter médicas que faziam parto domiciliar e apoiavam e acalmavam. Foi bom conversar com o médico do convênio utilizando termos técnicos, pois eles querem te afastar, mas eu entendia. Encontrar profissionais que te dão respaldo e segurança, apoio humano, foi fundamental. Nos grupos criei vínculos e fiz amizades, os casais que conheci no grupo de gestante, nos encontramos no pós-parto e nos apoiamos.

PARTICIPANTE 2

(Realizei 15 consultas no pré-natal, mais ou menos com médico e 3 consultas com a parteira no final da gestação).

Para mim protagonismo no parto é quando a mulher consegue ser mais ativa no processo de pensar a gestação e o nascimento, de pensar como ela quer que isso aconteça, não só a mulher mas o casal e para quem está junto, uma parceria com o profissional que for acompanhá-los.

Eu me senti protagonista do meu parto, foi um processo, porque eu precisei de três médicas pra conseguir me sentir protagonista. Eu fui mudando até achar alguém que topasse o que eu e meu marido estávamos pensando, isso levou um tempo. E quando eu encontrei essa médica, foi um outro processo de construção. No início, eu queria fazer o parto natural no hospital e, ao longo do tempo, do meu acompanhamento, principalmente no grupo de gestantes e no grupo de casal que a gente fazia com a doula, é que nós mudamos de idéia e aí nós quisemos o domiciliar. E foi uma outra construção com a minha médica, ela topava o natural mas não domiciliar.

Como eu falei, participei do grupo de casal com meu marido e o grupo de gestante com a doula. Informações foram importantes para entender o que estava acontecendo no meu corpo, suas mudanças, entender o que era ter alguém em mim. Conhecer que tipos de partos que eu poderia fazer, em que situações, em que condições, como preparar o ambiente, a gente, o máximo de informação a respeito do interno e o externo, isso para compreender que escolha iria fazer.

Temos que ter o máximo de informações sobre a gestação porque é muito importante, o que é gerar um filho, entender o processo de parir, entender que dor era aquela, como eu poderia lidar com a dor, aprender técnicas para fazer quando o parto estivesse evoluindo. Para o meu marido também qual que seria sua função, como poderia ajudar a colaborar nesse processo. Então, tudo isso foi super importante para o momento do nascimento, você não consegue parir só de pensar "eu quero parto normal" e pronto, a gente anda muito desconectada do corpo pra conseguir isso. Quando eu falo desconectada, falo por não estarmos atentas as mudanças que o corpo vai produzindo, hoje fazemos tantas outras coisas. Acho que foi importante ter a noção disso, ter a consciência corporal.

Além de entender o que estava acontecendo comigo, escolher de como cuidar dessa minha escolha do parto natural, quais seriam as dificuldades que a gente poderia enfrentar, principalmente nesse mundo cesarista, cuidar da escolha de alguém que tivesse minimamente afinado com isso. E depois entender como que funcionava.

E na verdade, não foram as consultas de pré-natal que interferiram na construção do meu protagonismo, pra isso acontecer, foi um processo que eu vivenciava junto com o Olavo, que é meu marido, no grupo, isso sim que me ajudou a construir, e definir como nós queríamos que fosse o parto. As consultas de pré-natal eu entendendo que foram super importantes porque a minha médica ia me auxiliando e me ajudando a pensar, digamos sobre a parte médica da, a parte mais fisiológica e biológica, ela foi me dando alguns recursos, talvez até, entender os protocolos. Mas do jeito que ela colocou pra mim, ficou mesmo como um cuidado nesse período, por exemplo: é protocolo que depois de 40 semanas a pessoa faça uns exames tipo, cardiotoco e ultrassom com doppler a cada não sei quantos dias. Como ela estava muito próxima de mim, não virou uma briga. Acho que tem ser assim, acompanhando. Então, as consultas de pré-natal foram me ajudando a ter recursos para suportar este período, porque depois das 40 semanas é um pouco mais tenso. Até porque nossa sociedade coloca que a data provável do parto é sempre até 40 semanas e não até 42, foram me instrumentalizando. Mas o que me ajudou muito e o que me deu muito suporte foi o contato nos grupos.

A participação no grupo interferiu desde conhecer, porque eu era meio perdida, eu sabia que queria ter parto normal mas eu não estava muito por dentro de toda essa discussão, então na verdade começa do grupo, de entender o contexto, entender como a sociedade coloca isso, que construção tem isso pra medicina, como a gente poderia fazer diferente pra se sentir mais ativo nesse processo. Como que a gente tem que ficar atento, então acho que o grupo ajuda muito neste sentido. Às vezes você vai para uma consulta médica e volta com mais medos do que coisas boas, a medicina está muito voltada para as doenças, você não está gerando um filho, você está gerando um não doente. Eu acho que isso é muito ruim, eu brincava que eu odiava fazer ultrassom porque a gente só vai para descartar a doença, a gente não vai pra ver o bebê, pra vê-lo crescer, como é que ele está e o grupo, vai te dando um outro olhar, você está gerando a vida e como é que você quer gerar essa

vida, que vida é essa que vai acontecer, como é que você quer que seja a transição, a passagem, a chegada nesse mundo.

Brinco que esse jeito é um pouco mais romântico, porque a gente vive num mundo que quando você está muito ligada só nas consultas médicas, você vive um processo que é nada romântico, na verdade é muito ruim. Então eu acho que o grupo me ajudou, me colocou no centro, me ajudou a ocupar esse lugar central, entender quais eram as construções que estavam ali envolvidas, e como eu queria agir diante disso tudo. São espaços que tem essa finalidade mais terapêutica, não tem essa finalidade mas são. Você leva suas dúvidas, suas angústias, desde as coisas mais simples até as mais elaboradas, as mais complexas, as de escolha, se você vai querer fazer parto domiciliar, como é que você escolhe, quem são os profissionais envolvidos. Ai você escuta os colegas do grupo, vai fazendo trocas que vão te instrumentalizando para você poder fazer uma escolha mais consciente, ou minimamente, uma escolha mais sintonizada com o que a gente pensava.

A participação nos grupos ajudou muito na construção de meu protagonismo, na verdade, quase como uma desconstrução, do olhar mais adoecido que é nascer uma criança para a nossa medicina. Contribuiu tanto que eu cheguei querendo um tipo de parto e finalizei com outro. Era natural mas era num ambiente e ao longo do tempo e das discussões, e de acompanhar outras gestantes, outras histórias, ver como é que foi acontecendo, fez com que a gente decidisse por ter o parto domiciliar e não mais o hospitalar. Isso foi da construção do grupo, da nossa participação em grupo, digo nossa porque ai o Olavo foi muito importante nessa escolha, em nossa decisão.

Mensagem participar do grupo me mobilizou muito, quando você descobre a gravidez, as vezes você fica muito sozinha nessa descoberta, até porque é dado como natural, que é quase como instintivo da mulher e não é nada disso. É um outro processo da vida que você tem que fazer e descobrir. E ai, estar em grupo para mim foi importantíssimo e continua, agora eu estou no grupo de mães e bebês. Eu acho que o nascimento, a gestação até a chegada do bebê e todas as mudanças que acontecessem, a mulher fica muito solitária, sou da área da saúde e se eu não tivesse mudado de local de trabalho, que quando eu voltasse da minha licença, eu queria fazer um trabalho de grupo de pré-natal diferenciado como eu pude ter. Porque é um espaço que você não vai só para medir, para ver quanto engordou, para ver quanto você tá pesando, essas coisas todas, você vai para discutir, para

falar dos medos, do que assusta nessa mudança, para falar de coisas que as vezes ficam de lado, que são tidas como muito românticas, muito emocionais, e que eu acho que são as mais importantes.

Então eu diria para as mulheres para não ficar sozinha, que é muito importante você procurar uma rede, seja ela qual for, as vezes não é um grupo, mas as vezes poder se conectar com outras mulheres grávidas, ou com mulheres da família, ou estar em volta de mulheres, pois é muito importante que faça trocas. Importante também ir o casal ao para que estejam juntos nessa história, poder vir junto, para conversar, para falar das mudanças que acontecem, enfim, então pra mim o grupo foi uma marca muito importante. E eu sempre digo não fique sozinha, é preciso buscar outras de nós e outros do casais para essa construção ser um pouco mais leve.

Quando nós descobrimos a gravidez, o primeiro profissional que nós procuramos foi a doula, não foi médico, não foi ninguém. E eu e meu marido desde o início juntos. As consultas de pré-natal era mais difícil ele ir, mas nos grupos ele vinha o dia que fosse, todo domingo de manhã (porque o horário comercial dificulta) estávamos juntos no grupo.

A participação de meu marido foi muito importante para bancar a decisão de ser parto domiciliar, ele decidiu isso antes, eu falei: “você decidiu isso antes de mim”, Ele falou: “eu estava esperando você decidir”. Ser domiciliar, acho que ele pode participar mais, ele ficou comigo na banheira as cinco horas de trabalho de parto ativo, fazendo massagem, cuidando, e na hora de nascer, a frase que ele disse foi uma das mais importantes pro nascimento, pois eu já estava bem esgotada, bem cansada, e daí ele disse: “vamos lá, vamos lá que já está vindo, estou vendo a cabecinha”, e na próxima contração realmente passou a cabeça, acho que se não fosse essa participação dele junto até na hora de nascer, ele que ajudou a trazer literalmente, para o mundo. Então acho que só fez aumentar a participação dele quando nós decidimos que fosse domiciliar e não hospitalar. Ele estava comigo na escolha, ai a gente tinha que falar com a médica, então ele foi junto e desde então ele ficou mais junto nas consultas de pré-natal porque as coisas foram tencionando. E ele ajudou muito nesse processo de mostrar para a médica que tínhamos clareza do que queríamos, que não era uma escolha qualquer e que nós estávamos muito preparados para isso. Então estávamos cuidando não de controlar, porque a gente não controla, mas de se preparar minimamente do que cabia a nós, Então acho que

só aumentou, na verdade, o homem participa muito mais quando é dentro de casa. Até na escolha do ambiente, onde é que vai colocar a banheira, onde é que vai nascer, todos os detalhes.

PARTICIPANTE 3

(36 anos, Pós graduada em Administração, única gestação, uma filha. Fez todo o acompanhamento de pré-natal com médias de 6 consultas)

Protagonismo no parto para mim, é poder escolher o que eu acho que é melhor para minha vida e para a vida do meu bebe, e isso, claro sendo uma decisão em família, sendo uma coisa compactuada com meu esposo. A liberdade de decisão.

Eu me senti protagonista do meu parto, acho que não é uma coisa que você determina que vai ser de uma maneira ou de outra, não está na sua mão dizer como vai ser seu parto. Mas, eu também não fui induzida por nada nem por ninguém, então, acho que por isso que eu fui protagonista.

Meu parto foi lindo eu comecei a ter contrações a noite, numa sexta-feira. Na verdade eu tive na quinta-feira as contrações de pródromos, mas que não ritmaram o trabalho de parto, no dia seguinte eu fui ver minha médica, porque fiquei muita ansiosa achando que já estava chegando a hora, e eu só tinha um dedo de dilatação e fiz um ultrassom e o líquido amniótico estava ok. Então eu poderia ficar mais uma semana desse jeito, então tive que controlar bastante a ansiedade. Nesse mesmo dia, na sexta eu vim aqui no grupo de mães e de gestante com a Lucía a doula e a gente fez dança do ventre, conversamos bastante sobre esse momento da expectativa, de não esperar, de deixar acontecer. E nesse dia a noite eu fui dormir com dores. Conversei com meu marido mais ou menos 00:30h e disse que estava com uma dorzinha aqui outra lá mas não sei se ainda está com ritmo. E ele me falou se engrenar me chama umas 3:30h eu o chamei e falei, “olha o negócio da doendo você precisa me ajudar”. Ele me ajudou colocando manda térmica nas costas e também na frente, porque estava com bastante dor e eu virava de um lado para o outro da cama. Umas 6h da manhã eu já não aguentava mais ficar deitada, fui para o chuveiro e chamamos a doula, porque a contração já estava de 4 em 4 minutos.

Quando a Lucía chegou eu estava no quarto de cima, fui para o quarto de baixo da casa e logo a enfermeira obstetra também chegou, a ajudante da minha médica. Ela fez o exame eu já estava com 7 cm, mas eu ainda voltei para o chuveiro porque estava tendo muita contração, mas estava bem, doía mas nada demais. Ainda não estava com “aquela dor”, nem “aquele medo” de que vai ser alguma coisa terrível. Deu para colocar meu Bob Marley que eu tinha escolhido e eu queria ouvir e depois disso fomos para o hospital. Fiquei todo o tempo de quatro apoio, numa bola, numa bola amarela como essa. Nisso começou a chover e me pareceu uma eternidade até chegar ao hospital.

No hospital já encontrei minha médica a Dr^a Mariana, a gente subiu para o quarto eu ainda passei pelo chuveiro, porque quando cheguei estava com 8/9 cm de dilatação. No chuveiro com meu marido e ouvi a Lucía perguntando para a médica, “você acha que eu monto a banheira?” E ela falou assim, “acho que não vai dar tempo”. Eu fiquei com aquilo na cabeça, eu queria passar pela banheira, ai eu falei para meu esposo, “Rodrigo fala para montar a banheira que eu quero ir para a banheira”. Ai montaram a banheira aquela água quentinha, a gente ainda ficou lá na banheira um tempo, e na banheira eu já estava sentindo a Taís descendo bastante. Fizemos um último exame de cardio toco, para ver os batimentos da Tais e fizeram o exame de toque também, neste momento eu já estava com dilatação total. Eu queria ter o bebê na banheira, mas no hospital que eu tive não era recomendado, mas eu pude colocar a mão na minha vagina para saber quanto que faltava para a Tais descer e só faltava a ponta do meu dedo e naquele momento que eu senti a cabeça dela, que eu coloquei a mão na volta eu entendi o quanto faltava para terminar. Foi um processo que eu não sabia como que ia terminar e naquele momento eu sabia. Então já fomos para a sala de parto e acho que em 4 minutos a Tais nasceu, eu acho, acho que foi bem rápido. Na sala de parto foi oferecido a cama, mas eu não ia ficar na cama de jeito nenhum, a gente conversou bastante sobre o jeito que o bebê desce e não faz sentido ficar com a perna para cima. Me ofereceram a banquetta, mas a banquetta eu tinha visto só uma vez aqui no grupo com a Lucía, eu sentei e não me senti confortável e ai veio uma bola, quando chegou a bola pronto, já fiquei de quatro apoios na bola e em três minutos acho a Taís nasceu.

E claro, foi dolorido, mas eu senti lá o círculo de fogo, “ah o círculo de fogo”, até comentei, uma queimação e o bebê já começando a sair e ai depois que saiu a cabeça da Tais, depois que deu aquela primeira contração de expulsão eu dei

uma relaxada. Nessa hora a Lucía (doula) estava do meu lado, e eu só ouvi “*faz uma forcinha*”, acho que a médica falou, “*faz uma forcinha*”, e meu esposo também porque estava um pouco tenso. E eu lembrei de todos os livros que eu li, eu li aquele livro Quando o corpo consente e das vezes que a Lucía falou também que não precisava fazer força, espera a próxima contração vir, e eu só pensei “não vou fazer forcinha”, vou esperar a contração e aí eu respirei profundamente e na segunda vez a Tais escorregou e saiu. E foi uma maravilha porque não tive nenhuma laceração, não foi preciso fazer nenhum ponto, períneo íntegro, então foi lindo.

Ao longo da gestação achei importante entender o que era parto normal, o que era parto natural, as diferenças de parto, parto normal, parto natural, cesárea. Para mim foi importante entender a importância da cesárea, porque eu passei por um período de medo, porque meu maior medo era ir para uma cesárea. E eu tive que ouvir um relato, de uma cesárea que salvou uma mãe e o bebê, pra entender que isso poderia acontecer comigo. E isso foi muito importante e também a informação de como seria o processo da descida do bebê, do encaixe até a saída, isso para mim era importante saber e construir meu imaginário.

A maior parte das informações eu tive nos encontros de gestantes com as doulas, nas rodas de conversa. E as dúvidas específicas, por exemplo, qual o indicativo de cesárea, eu tirava com a minha médica, minha obstetra. Mas foi principalmente nos grupos.

As consultas de pré-natal me ajudaram a ter calma e a confiança pro momento exato, porque a partir do momento em que eu cofiei que ia ser com a Dr^a Mariana eu sabia que estava em boas mãos, então eu pude relaxar para ser protagonista. Porque eu acho, como é que você vai protagonizar algo se você tem receio? É um dilema, a coisa está na sua mão, mas você não pode controlar, alguém vai te ajudar, esse alguém vai deixar você ser protagonista? Teve isso também, teve uma consulta que já no finalzinho, que a Mariana perguntou sobre a anestesia, “Natália você quer anestesia?” Eu respondi que esperava que não, espero não precisar da anestesia. Então ela me falou: “se eu perceber que você aguenta mais um pouquinho sem anestesia e você tiver me pedindo, eu posso te enrolar um pouquinho? Posso tentar retardar esse processo?” E eu disse pode. Então, nesses diálogos, a gente construiu uma relação de que iria ser do jeito eu conseguisse, mas com o suporte dela se necessário.

A participação no grupo é ótima, porque você tem os relatos, as dúvidas são iguais para todo mundo, e você vai desmitificando tanto a gestação, quanto o parto. Ajuda muito o fato de que, no meu caso, ter optado por uma doula com muita experiência e isso foi me dando muita segurança, principalmente para o meu marido. Ele participou de algumas reuniões comigo, então, o fato da gente estar juntos, ouvindo relatos, ajudou muito.

No grupo sempre tem alguém que conhece um livro, que conhece um site, que fala para não escutar fulano, para ler as informações de beltrano que é interessante, então você conhece os grupo da internet e isso facilita bastante. Eles dão as pistas mesmo.

Mas eu esqueci de falar uma coisa, a primeira vez que eu fui numa outra doutora que não foi a que eu escolhi, também é uma médica que trabalha com partos humanizados, ela me deu uma lista de livros e sites para eu pesquisar, então eu já tinha bastante informação. Isso foi bom, eu tinha esquecido desse detalhe, mas ela já tinha me dado muitas pistas do que ler.

Quando você vai no grupo e tem gestantes que acabaram de ficar grávidas, outras que estão na reta final e você está ali, no seu caminho. Você vai vendo aquele que quem já está na reta final, mais segura, mais tranquila, com as decisões tomadas e aquela que está lá no começo, que tinha as mesmas dúvidas que você, que as vezes a gestação dela nem vá pra frente que está com menos de 12 semanas, no meu caso fui solidificando, cada um dos passinhos pra realmente me empoderar do meu parto. Então cada encontro foi um passo pro meu momento com a Tais, com meu bebe. E várias informações eu realmente fiz questões de gravar na minha memória, outras menos, então o fato de estar no grupo, contribuiu pra eu me acalmar e entender que parir é um processo natural, não tem como ser diferente. E único. E acho que, isso foi graças a grupo. Porque as vezes que eu não pude ir, por mais que você leia, veja, você ouvir de uma pessoa, você sentir a energia é outra história. Então participar é o melhor processo para realmente construir a sua trajetória, para depois poder contar.

Eu diria para as mulheres se informarem [risos]. Informação é tudo, esteja aberta para ouvir de tudo e fazer o seu próprio filtro. Não filtra na primeira, sabe, não se fecha para uma informação só. Seja aberta, aceite tudo e depois coloque seus filtrozinhos e faz do jeito que você acredita. Mas se informem, não achem que o primeiro caminho que te passarem é o caminho certo.

Meu pai já é falecido. Minha mãe teve três cesárea, eu fui a primeira cesárea da minha mãe. Minha mãe ficou com muito medo com essa história do parto humanizado, e ela não mora perto de mim, então a gente não trocou muito sobre isso. Porque também o processo era meu, então eu não fiquei muito preocupada com o que ela pensava, mas ela me falou mais de uma vez o que você fizer eu estou do seu lado. Vai ser no hospital, vai ser onde for, eu estou do seu lado. Então eu fiquei mais tranquila em relação a isso. A minha sogra teve dois partos normais, o primeiro muito fácil e o segundo muito sofrido. E eu sabia que meu trabalho de parto seria na casa da minha sogra, então, eu a trouxe no grupo, para ela sentir onde a gente estava embarcando, porque eu sabia se a gente não tivesse o apoio dela ou a falta de entendimento, que isso ia atrapalhar no momento do meu parto. Então, foi essencial ter trazido ela para participar. No dia ela não pode participar, o que no final das contas foi ótimo, porque eu tinha receio que ela me travasse [risos] foi ótimo. Mas ela me ajudou muito durante todo o processo e acabou que quem estava lá foi o meu sogro que não sabia de nada e a minha cunhada que sabia menos ainda. Mas eles respeitaram muito a nossa decisão, porque eu acho que eles viram que a gente estava sereno e que existia uma doula, existia um médico, existia um hospital, então não era um parto como fantasiam que você sei lá, vai ficar na selva, de cócoras, o meu foi de cócoras, mas as pessoas fantasiam muito que vai ser algo esdruxulo, mas não é seguro. Então foi isso a minha mãe aceitou toda a minha decisão, e a minha sogra como tinha muito mais história, tinha muito mais energia eu a trouxe para meu universo, para ela entender. Mas meu bebê nasceu depois que eu liguei para minha mãe nessa sexta feita, hummm...eu liguei para minha mãe e eu queria entender porque eu tive que nascer de cesárea faltava essa última pecinha. E eu falei mãe me conta exatamente como foi o meu nascimento, e ai ela falou que ela entrou de trabalho de parto, que ela foi até o hospital com meu pai, que tinha pouca dilatação e ela voltou para casa pra esperar mais um pouco, ai depois de mais umas horas ela foi de novo. Então não foi algo que ela chegou lá abriu e foi uma cesárea e pronto e acabou, que era o meu medo. Houve um trabalho de parto, houve a tentativa e ai foi no último momento que foi uma cesárea. Então essa última pecinha, foi o que faltou para começar mesmo o trabalho de parto da Thais. Acho que uma história completa a outra e foi muito bom.

PARTICIPANTE 4

(28 anos, Superior incompleto, segunda gestação, uma filha e um filho. Fez todo o acompanhamento de pré-natal com médias de 9 consultas)

Protagonismo para mim, em primeiro lugar é estar bem informada, para ter possibilidades de fazer uma escolha consciente, com aquilo que a gente tem em mãos, dependendo do que estiver acontecendo no momento. Pra mim é assim, você poder fazer uma escolha informada, poder escolher sabendo que está segura se tiver que acontecer alguma coisa, alguma intervenção, que seja necessário. Poder fazer escolhas sabendo o que isso pode acarretar, como riscos, optar por uma analgesia ou outra coisa. Saber o que poderia me trazer de risco e benefício. Isso é protagonismo deixarem a gente escolher, mas sabendo os dois lados o benefício e também o que pode acontecer de prejuízo com a nossa escolha.

Eu me senti muito, muito, muito protagonista do meu parto. Tem inclusive uma cena do meu parto que eu tenho um pedaço em vídeo que na hora que sai a cabeça do meu bebe, ele tem uma pequena distocia de ombro e a médica vai colocar a mão e eu olho para ela e falo "não" e ela tira a mão e me fala o que fazer. É o respeito que mim foi essencial. Eu sabia o que fazer, a gente já tinha conversado sobre isso, sobre as minhas expectativas, a gente falou muito sobre o que poderia acontecer no parto, o que eu esperava, o que eu queria, os meus medos, as coisas que eu espera da equipe, elas sabiam que eu teria a calma necessária. Então falaram o que eu precisaria fazer para liberar o bebe e nem precisou de muita coisa, foi só uma ajudinha e eu mesma dei conta e logo ele saiu e eu peguei. Mas fui respeitada naquele momento, para mim era muito importante. Acho que se ela tivesse seguido com uma intervenção, o que as vezes parece até bobo para outras pessoas, eu ia ficar muito frustrada, mas fui muito respeitada, o tempo todo. O parto inteiro foi muito tranquilo, quando eu pedi o toque, ela perguntou se eu tinha certeza, pois falei que não queria, mas naquele momento eu pedi, queria saber se estava tudo bem. Mas acho que é isso, eu me senti muito respeitada, porque realmente me respeitaram o tempo todo.

O parto não é controle, eu acredito que na verdade a gente não controla nada. O que a gente pode pensar é o seguinte, desde a primeira gestação, a maior parte das mulheres conseguem ter um parto natural a princípio numa gestação de

baixo risco, eu estou numa porcentagem muito grande, então a possibilidade de acontecer alguma coisa é mínima. Sabendo disso, o que realmente pode sair do meu controle é o que vou poder ter voz e acho que as informações foram importantes se eu tomar um remédio o que pode acontecer, se eu for para o hospital o que pode acontecer, se eu tiver o bebê em casa o que pode acontecer, pra que é necessário um neonatologista, quais são os procedimentos que eles podem fazer, saber que alguns procedimentos são protocolo hospitalar, ou de alguns médicos durante o parto, então para mim era importante saber isso. A minha primeira médica fazia toque de rotina, no fim eu descobri que ela nem faria parto normal, mas ela falava que fazia toque a cada não sei quanto tempo e que fazia epísio, que era rotina dela. Então acho que era importante eu saber o que a pessoa faz, o que aquela pessoa que me atende faz, como ela trabalha e estudar e saber realmente o que é necessário e o que não é, se está baseado nas evidências mais recentes, se realmente seria necessário, então para mim informação é essencial. Porque talvez fosse necessário uma intervenção, os motivos que seriam mais fáceis de ocorrer no momento. A distocia mesmo, talvez se fosse alguma coisa mais grave o que eu poderia ter feito para mim trabalhar isso? Acho que na gestação é muito importante a gente trabalhar o que pode sair do controle, porque a gente não tem controle de nada. A gente se encaixa numa porcentagem grande de baixo risco, mas tem uma porcentagem menor que pode acontecer alguma coisa, então é importante saber o que pode acontecer, pelo menos o básico. Se fosse alguma coisa mais grave acho que eu abriria mão e deixaria fazer o que tivesse que ser feito.

As informações consegui muito no grupo de apoio presencial e virtual. É muita informação, a gente procura na internet, mas é muita coisa solta, mas quando estamos no grupo a gente se sente muito acolhida, acho que o presencial é gostoso porque você vê, sempre tem algum tema que você venha debater, tem um profissional que trabalha com aquilo pra te embasar, pra te ajudar, pra realmente te mostrar as evidências. E o virtual é o diário, acho que hoje em dia, principalmente porque estamos muito on line, o grupo virtual ajuda muito. Eu frequentava aqui o Samaúma, mas o Samaúma também tem na internet o que me ajudava muito. Se eu tinha alguma dúvidas, sempre tinha alguém disposto ajudar, ou uma gestante que passou pela mesma coisa, as vezes para acalmar uma ansiedade, as vezes nem era uma informação muito séria, mas uma ansiedade que foi natural na gestação, acho que quantas gestação tiver, quantas vezes vou ficar ansiosa. Então acho que o

acolhimento das dúvidas, o respeito com nossas questões e acho que isso faz muita diferença. Acho que aquela coisa da tribo que falam muito, parece muito clichê, mas no fundo é muito verdade, a gente ter com quem contar, nem se for por uma bobagem, pra tirar uma dívida, pra passar uma informação.

Para mim, tanto numa gestação quanto na outra as consultas de pré-natal foram essências. A médica quando está em sintonia com o que você espera, ela começa te passar segurança. Ele era um bebê grande não fiz o ultrassom, não sabia o peso dele no fim, só que a segurança é muito grande, minha filha já nasceu um pouco grande e a gente apalpava minha barriga e estava enorme, eu estava com uma barriga gigantesca. Então ela falava, olha pode ser que venha um bebê grandão e a gente discutia possibilidades, o que podia acontecer, então foi falado de uma coisa que realmente aconteceu, que foi uma hemorragia pós parto, leve, que conseguiu ser tratado em casa mesmo, ele nasceu em casa. Ela me dizia bebês grandes normalmente precisam de uma ocitocina, porque sangra muito e foi batata. Ele nasceu tingiu a piscina que não conseguia ver o fundo, não conseguia ver o pé dentro na água, tomei a injeção de ocitocina e sai da banheira para acompanhar. São as pequenas coisas, porque eu acho que se ela chegasse na hora para mim e falasse dá a perna porque não sei o que, seria um tumulto muito grande. Acho que é te preparar para o que vai vir, saber principalmente o que você espera, então ela sabia por exemplo que eu queria pegar meu bebe, não queria que ninguém o pegasse. São meus desejos, meu protagonismo e acho que ela escutou, ela soube escutar e mesmo na hora do parto, na hora que deu aquele "Ahhhh" vai nascer que eu fiquei com um pouco nervosa. Quando começou sair a cabeça, antes da distócia, eu falei que não sabia se iria conseguir pegar p bebe e a médica me lembrou que era minha vontade. Você precisa de ajudar para centrar, não realmente eu estou aqui, sou eu, eu que estou fazendo nascer. Acho que é trabalhar junto, o pré-natal é trabalhar junto, entrar em sintonia. Talvez se não fosse minha vontade pegar o bebe, ela não teria falado nada, ela teria pego, ou ela teria interferido na distocia que ele teve e teria sido tudo muito diferente, porque não era o que eu queria. E o protagonismo foi realmente meu, porque era o que eu queria naquele momento e era possível ser feito não estava acontecendo nada fora do normal.

Para construção do protagonismo acho que são vários os fatores o grupo presencial ajuda, primeiro que empodera muito, a gente chega no lugar pensando o que eu vou fazer, um bebê grande por exemplo, a gente chega aqui sempre tem

alguém que tem um caso para contar, ou alguém que te dá apoio. Acho que estar junto passa muita segurança, você estar num ambiente onde as pessoas te acolhem. Ainda mais agora no Brasil, que maioria massiva tem uma cesárea, falar que quer parto normal você é massacrada, eu fui super massacrada. Na primeira gravidez eu fui muito massacrada, muito, foi uma coisa muito pesada, tipo “você não vai fazer isso com a sua filha”, como se fosse um mal terrível para ela. E não, você não vai fazer nada de mal. E você entra num grupo, você entra num outro meio, num outro círculo, as pessoas começam a te ver como igual e você se sente parte. Então você sai de um lugar que é muito diferente, por exemplo da família, para um lugar que eu sou vista como normal, é uma coisa normal não estou fazendo nada de errado e realmente é o melhor para mim e para os meus filhos, a gente fica em paz, onde não sou vista como estranha.

Minha mensagem seria, procure ajuda, acho que o grupo de apoio, veja o que você tem nas mãos, cada pessoa tem uma possibilidade diferente. Se tiver a possibilidade de um pré-natal com alguém ou se não, sempre tenha pessoas em volta de você, eu acho que o grupo ajuda muito isso, acho que é bom procurar, é se bom fazer parte, é bom você se inserir nesse meio. A gente precisa ter informação, a gente precisa ter acolhimento, a gente precisa se sentir parte, o protagonismo é nosso, mas a gente tem que fazer parte de alguma coisa pra ter ele, ele não é uma coisa isolada que brota da gente e nasce. Não, se fosse em outra cultura talvez, mas no Brasil não é assim infelizmente. No Brasil a gente tem que fazer parte de alguma coisa pra ficar firme da nossa decisão, então, procurem ajuda, procurem apoio, procurem um grupo, façam parte de alguma coisa, busquem informação. Participem de algo, junte com outras mães, outras pessoas que estão passando por aquilo junto com você, que estão no mesmo momento, que tem também os mesmos medos, as vezes medos diferentes que você e você nem sabia que tinha. Então é isso, procurem, busquem ajuda, sempre tem alguém, tem vários grupos, procura que você encontra, mas de verdade de coração aberto. Precisa ter o coração aberto para procurar ajuda e receber.

PARTICIPANTE 5

(31 anos, Pós graduada, única gestação, uma filho. Fez todo o acompanhamento de pré-natal com médias de 9 consultas)

Protagonismo no parto é quando temos liberdade, para fazer o queremos durante o trabalho de parto e para que o nascimento ocorra da forma como a gente achar melhor. Eu me senti protagonista do meu parto.

Meu parto foi longo com intervenções, não foi simples, o que eu senti foi todas as intervenções necessárias foram conversadas comigo, nenhuma decisão foi tomada exclusivamente pela obstetra ou pela equipe, foi tudo conversado comigo. E as coisas só aconteciam se eu concordasse. Eu tive liberdade para me movimentar durante meu trabalho de parto. Eu escolhi as posições que eram melhores pra mim, para passar pela dor da contração. Então, tudo foi melhor pra mim, isso significa que eu fui a protagonista do meu parto.

Acho que as informações que fizeram diferença, pra mim vieram um pouquinho antes da gestação. Quando comecei a saber um pouco mais sobre parto humanizado, acho que o que a gente precisa é se informar, no Brasil é muito difícil ter um parto normal e um parto respeitoso. Então eu acho que realmente a gente precisa se informar, para saber o que você quer e tem certeza daquilo. Foi muito importante frequentar os grupos de apoio. Nos grupos eu tive acesso a muita informação; ler muito sobre o trabalho de parto; assisti vídeo de parto, isso que foi o principal para mim, para eu conseguir conquistar o meu parto.

Eu acho que a principal fonte de informação para mim foi os grupos. Eu pesquisei muito antes, mas durante a gestação veio através dos grupos. Eu já tinha me informando através da internet, livros e assisti filmes. Assistir o Renascimento do Parto foi essencial, foi nele que a gente acabou sabendo muita coisa. Então nos grupos, o filme e leitura.

Nossa, difícil pensar numa lista de informações. Primeiramente eu acho que a gente precisa de uma doula, isso é o essencial. Depois eu acho que é muito importante saber, se informar sobre o parto em si, que a gente é capaz de parir, porque parece que tudo hoje diz que não somos capaz, e somos. Então tem que pesquisar, se informar sobre o parto. E, para mim, o que pegou muito foi a questão das intervenções desnecessárias que são feitas nos bebês logo que eles nascem.

Eu não queria que meu filho passasse por aquilo sem necessidade. Isso foi o principal, me importava mais com ele, do que comigo, saber o que estava sendo feito nele era realmente o necessário, nada que fosse padrão. Você é capaz, você consegue e isso a gente consegue através de relatos de outras mulheres e se informar sobre as reais necessidades das intervenções.

Como eu já estava nesse universo, eu já sabia que eu queria isso, eu procurei uma obstetra que segue a mesma linha que eu. Então eu acho que as minhas consultas de pré-natal foram muito mais uma troca de ideia, um sanar de dúvidas, do que chegar lá e ouvir o que ela tinha para me falar. Fomos construindo esse pré-natal junto eu e meu marido levantávamos dúvidas e conversávamos nas consultas, a médica estava lá para falar e para me ouvir também. Então o pré-natal foi muito importante nessa construção definir um plano de parto, de como a gente queria que as coisas acontecessem, qual era a ordem das coisas. O pré-natal foi isso, foi uma troca de ideias.

Eu acho que depende exclusivamente da mulher a questão do protagonismo. Eu busquei meu protagonismo nos grupos, nas pesquisas que eu fiz, e minhas consultas de pré-natal com uma obstetra humanizada. Eu acho que única e exclusivamente depende da vontade da mulher este protagonismo, e as formas, os grupos de apoio estão aí justamente para ajudar. Os grupos são importantíssimos sim para ajudar a construir este protagonismo. Sem dúvida os médicos ajudam, os médicos que estão nesta linha. Mas para mim o principal veio antes, antes da gravidez, veio com pesquisas, grupos, eu fui construindo este protagonismo antes, quando eu fiquei grávida eu já sabia o que eu queria.

Eu diria para as mulheres que a gente consegue, que a mulher foi feita para parir, então que a gente consegue parir. As coisas vão acontecer na hora que elas tiverem que acontecer. A gente é capaz de parir e é o que minha doula sempre me disse, as mulheres sabem parir e os bebês sabem nascer e a gente tem que acreditar nisso. Acho que é a única coisa que a gente precisa acreditar para conseguir.

Não tive dificuldade em relação a minha família, eles a minha escolha. Não sei dizer se eles concordavam ou não. Nunca falaram para mim que não concordavam. Meus pais e meus irmãos e a família do meu marido, meu sogro e minha sogra e minha cunhada, não sei dizer se eles apoiavam a minha escolha, a nossa escolha, mas eles nunca questionaram. Mas em relação ao resto da minha

família, sim, tios, primos que acharam um absurdo, que era loucura. Houve um pouco de resistência em relação a minha família extensa neste sentido mas os meus pais, não.

Não senti pressão da família, eu tinha muita certeza do que eu queria, eu precisava do apoio do meu marido, só dele, que era o nosso filho e era ele que ia passar todo esse processo comigo. E ele me apoiou desde o começo. Então mesmo que eu não tivesse o apoio dos meus pais, eu não ia mudar de ideia porque eu já tinha certeza que aquilo era melhor pra gente e eu tinha o apoio do meu marido, que era a única pessoa que eu precisava que me desse esse apoio.

A doula pra mim foi uma outra fonte de informação muito grande, qualquer dúvida que eu tinha, eu conversava muito com a minha doula, ela foi muito importante nesse processo para mim e, como eu disse, eu tive um parto complicado, minha bolsa rompeu e eu não entrei em trabalho de parto, eu precisei fazer indução, e ela esteve comigo neste processo todo. Eu acho que você ter uma pessoa que está ali te apoiando, que não desiste de você, que sabe o quanto aquilo é importante para você, e que luta com você para você conquistar uma coisa que você quer muito, faz toda a diferença nessa hora. E a Carol para mim foi isso, ela foi uma pessoa que entrou e embarcou nessa junto comigo, ela me ajudou a conquistar o parto que eu queria. Para mim, a doula é uma pessoa que está do seu lado o tempo todo, que está ali te ajudando fisicamente a passar pela dor da contração, pelo processo difícil e longo que foi, mas principalmente está ali te ajudando psicologicamente, que acredita muito em você, que sabe as vezes mais do que eu do que eu era capaz. Então, eu acho que a importância da doula é você ter uma pessoa que não vai desistir, que vai que acreditar em você até o final.

Eu tive um parto longo, trabalhoso, que foi sofrido em alguns momentos. Eu não queria induzir de forma alguma o parto, não queria que o Pedro nascesse antes do tempo dele, e minha bolsa rompeu e eu não entrei em trabalho de parto. Eu precisei me internar para induzir o parto. Então, foi uma coisa que eu não queria nunca, de forma alguma e eu precisei internar, eu precisei induzir, eu fiquei 22 horas em trabalho de parto, 17 horas de trabalho de parto ativo e 65 horas de bolsa rota antes do Pedro nascer. Doeu, foi cansativo, foi exaustivo na verdade, mas valeu a pena cada segundo quando eu vivi a emoção de receber meu filho no colo no primeiro minuto de vida dele. E eu acho que amamentar ainda na sala de parto, na primeira hora de vida, e ter ele comigo desde o segundo que ele nasceu, isso faz

tudo valer a pena. E eu não acho que eu teria vivido esta experiência se ele tivesse nascido de outra forma. Acho que essa emoção vale a pena a gente passar por qualquer coisa durante o parto. Não é sempre que fácil, para mim não foi fácil mas eu sai do centro obstétrico falando que eu viveria tudo de novo naquele momento para viver aquela emoção. E isso é uma coisa que... né, filho [olha para o filho no colo] que não tem o que falar, é o principal, é ter ele aqui comigo, ter vivido a emoção de ter ele no meu colo naquela hora, ainda quentinho, com cheirinho de amor que ele nasceu. Essa emoção não tem o que falar. E eu acho que o fato de eu ter amamentado ele na primeira hora de vida, ele ter vindo direto para o meu colo, isso fez nascer na gente um vínculo que é inquebrável a hora que ele veio para o meu colo, eu senti um amor que eu nunca senti na minha vida, e que se renova a cada vez que ele está no meu colo, a cada vez que eu amamento. Eu tenho certeza que o fato de ele ter vindo para mim na hora que ele nasceu, o fato de ele ter mamado ali no comecinho, foi essencial para este vínculo que a gente criou. O Pedro é um bebê muito esperto, o que eu percebo é que ele tem alguns amiguinhos, filhos de casais amigos que tem exatamente a mesma idade dele, dez dias no máximo de diferença, e são bebês que não são tão durinhos como o Pedro é. O Pedro sentou muito cedo, ele tenta ficar em pé desde cinco meses, e eu acho que isso vem um pouco do parto, do esforço que ele precisou fazer para nascer. Porque não foi só eu, né, fomos nós dois. [risos].

Mulheres, busquem este protagonismo porque vale a pena. Vale a pena viver esta emoção que a gente viveu. Vale a pena lutar para poder segurar nosso filho assim que ele nasce, para poder amamentar na primeira hora de vida, para poder receber ele no nosso colo assim que ele sai de dentro da gente e não só olhar para ele e saber que ele está indo para um monte de procedimento que ele não precisava ir. Então, assim, se empoderem, busquem informações e sejam as protagonistas dos nascimentos dos seus filhos junto com eles. Essa é a maior emoção da minha vida.

PARTICIPANTE 6

(30 anos, advogada, apenas uma gestação, filho 11 meses. Fez acompanhamento de pré-natal, totalizando mais ou menos 8 consultas)

O protagonismo para mim é a necessidade que a mulher tem de escolher o que ela quer do futuro dela, relacionado ao parir. Antigamente não se falava disso, eu nem tinha noção disso antes de engravidar. Eu achava que quem decidia era o médico, eu acho que todas as mulheres, a grande maioria pensa desta forma, que o médico tem a decisão na mão dele, de saber o que é melhor para o paciente. Só que quando você começa a perceber que não é bem assim que funciona, que o médico utiliza do tempo dele da melhor forma possível e não do que é conveniente para cada paciente, você começa a se tocar que tem que tomar um pouco as rédeas da situação. E foi assim que aconteceu comigo, foi um choque de perceber que eu teria que pesquisar, que aprender, que trocar de médico, se eu quisesse ter um parto normal. E foi aí que eu parti para a luta, para o aprendizado, é uma grande jornada que você percorre durante os nove meses para conseguir parir normal.

E acho que protagonismo é isso, é a mulher trazer pra si esse dilema do parto, ir a trás, pesquisar, estudar, escolher o médico com carinho, devagar, passo a passo, e tentar fazer tudo da melhor forma para que na hora do parto, ela consiga realmente parir.

Me senti totalmente protagonista do meu parto, porque ninguém fez nada, só eu e meu filho trabalhamos, ninguém mais trabalhou, pois foi muito rápido e desesperador, porque não tinha programado parto domiciliar, a bolsa estourou e ele já começou a descer. E eu não achei que um parto aconteceria assim tão rápido.

Muitas pessoas contribuíram para a minha formação sobre parto humanizado: a minha doula, foi muito presente nessa parte pré-parto, ela me passou muita informação, muitos links, muitos vídeos. Minha médica, logo na primeira consulta me deu uma lista de livros e de blogs e de grupos que tem aqui em Campinas de gestantes, sai da primeira consulta com bastante material na mão para começar a trabalhar, para começar a estudar o que ia acontecer comigo, o que ia ser do meu parto, do meu filho, o nascimento. Depois eu fui desenvolvendo o processo de parir com a doula, ela foi muito presente e destrinchou esse caminho todo comigo, ela não trabalhou muito no meu parto mas no pré-parto ela foi crucial, em todas as informações que ela a trouxe, e o aconchego também.

Particpei dos grupos Arte de Nascer e no Grupo Vinculo - no Vinculo eu fui mais do que no Arte, e acabei fazendo muitas amigas grávidas. E quando você tem muitas amigas grávidas, fatalmente, uma gravidez ali tem uma intercorrência,

uma nascimento que não dá certo, né; um bebê que chega a falecer antes de nascer, intra - útero, então assim, eu passei por estas situações com estas colegas, com estas amigas, e é muito difícil você encarar que aquilo também pode acontecer com você. Porque até então você não fica sabendo de tantas gravidezes que dão errado, ou partos que dão errado, e eu digo partos que dão errado assim, o bebê para de pulsar, o coração para de pulsar antes de você ter o filho, ele morre no seu ventre. Eu não sabia que essas coisas aconteciam. E por ter este contato com tantas gestantes e amigas, eu acabei conhecendo esse mundo difícil da gravidez, porque você tem medo que isso aconteça com você, e eu tive que encarar de frente, porque eu não podia ser amiga da pessoa só enquanto tivesse tudo bem. Mas a gente acaba aprendendo, eu achei que foi muito importante o grupo nesse sentido, de me esclarecer também que a gente não controla a vida cem por cento; a gente tá procurando o melhor parto, a melhor alternativa, a forma mais natural, menos intervenções, mas a gente não controla a vida.

Livros importantes que eu li: o Parto Ativo, que me fez ter bastante consciência da fisiologia do parto, e, psicologicamente me preparando, eu utilizei o livro da Laura Gutman, A maternidade e o encontro com a própria sombra, foi assim um livro de cabeceira que fez total diferença para mim, principalmente nos dias de puerpério, né, os primeiros dias ali de puerpério que você se encontra numa nova vida com um ser que depende de você. Então me preparou para eu me sentir mais adulta para ter o filho, na verdade, mais consciente, vamos dizer assim.

Fundamental que você precisa de uma doula. Desde o início da gestação, quanto antes você escolher, melhor. Que você precisa ler muito durante a gestação. Eu sei que muitas mães trabalham, eu trabalhava bastante, e tem gente que tem cargos mais elevados, de diretoria, de gerência e que é difícil você parar para ler e estudar, mas você tem que estudar, tem que ler, é sua história, é a sua vida, é a vida do seu filho que está em jogo, então eu acho que este aprendizado, este estudo durante a gestação, é também muito importante, já em conjunto com a doula. Frequentar os grupos, porque essa amizade que a gente cria dos grupos é muito importante para a troca de informações, porque as vezes com você é de um jeito com a outra é de outro, e aí você vai trocando informações, e esta amizade se prolonga depois durante o puerpério, assim, você se sentir menos sozinha. Porque hoje as famílias não estão tão perto, você não tem aquele negócio de vó, tia,

cunhada, não tem todo mundo, né. Então essa amizade se prolonga no puerpério e eu acho muito importante você frequentar os grupos.

Outras coisa que é importante: procurar um médico que saiba fazer um parto normal, porque não são todos os médicos que sabem fazer parto normal. E você precisa também se informar sobre o recebimento do bebê na maternidade, o que você quer que seja feito e o que não é...o que não quer. Para mim, eu achei muito importante pagar o pediatra, porque eu não queria algumas intervenções que são feitas no Brasil simplesmente porque é um rótulo para todos os bebês assim, sem ter lógica nenhuma para se fazer, apenas para se evitar um tipo de doença que nem tem tanto mais. Então eu quis evitar protocolos da maternidade, porque são desnecessários, são feitos simplesmente para evitar, doenças em massa, mas a gente sabe que não tem este tipo de doença então não teria porque passar por todo esse protocolo. Então o recebimento do nascituro eu também acho muito importante você aprender sobre isso. Acho que essas são as coisas cruciais, né. E fazer exercício durante a gestação, porque o parto é difícil assim, o trabalho de parto é um momento que você precisa de força, você precisa de estrutura física também, não é só psicológica.

Meu pré-natal, foi mais por e-mail do que pessoalmente, porque a minha médica ela sempre foi muito objetiva, e eu gosto de profissionais objetivos, eu não gosto de pessoas que ficam divagando e inventando histórias. Então ela me dava links, ela me dava livros, respondia as minhas perguntas nas consultas, mas caso eu tivesse dúvidas posteriores, eu não ficava guardando aquele questionamento todo para ir no pré-natal, eu mandava por email e ela me respondia. Então assim, eu digo que meu pré-natal foi feito mais por email do que pessoalmente. Se está tudo bem, se não tem nada de errado com você, o protagonismo está aí, você que tem que correr atrás de informação. E uma coisa ou outra de dúvida, você traz para o profissional, pro médico, não tudo. O médico ele não tem que fazer um papel de um professor, né, não tem que te ensinar tudo sobre a gravidez, sobre o parto. Eu acho que essa função é um pouco sua, pessoal, de cada mulher, e não do médico em si.

O grupo ele foi encorajador, porque você houve relatos de parto, você participa de palestras sobre o medo da dor, você participa de encontros que vão falar de um parto que teve intervenção, que foi necessário um fórceps, um vácuo; ou então um parto que não deu certo, que teve que ir para uma cesárea necessária. Então, você participando de toda essa informação real, com alguém que está ali

sentado contando para você, você não está lendo numa revista ou alguma coisa assim, você está vendo as emoções da pessoa, eu acho que é muito mais produtivo. E o grupo me trouxe isso, essa vivência real das pessoas. E me trouxe muitas amizades e essas amizades foram a grande jóia das trocas de informação, que a gente troca até hoje por grupo de whatsapp, encontros.

Eu falaria para outras mulheres que quando você fica grávida, é um momento tão diferente da sua vida, e talvez não aconteça novamente, as vezes é muito raro, as vezes você consegue ficar grávida agora e talvez você não consiga mais, a situação não lhe permita, a situação financeira ou até física, enfim. Aproveita esse momento da melhor forma possível, aprendendo, estudando, lendo, correndo atrás de informação, de grupos, vá em vários médicos, seu plano cobre vários médicos, vá se consultar ou então procure a rede pública, vá saber como funciona na rede pública porque a gente tem bons atendimentos também na rede pública. É... vá atrás de seu caminho, cada um vai seguir o seu mas procura um caminho, não fique nessa inércia de achar que o médico controla o que vai acontecer com você, ele está ali para te dar assistência técnica, especializada de medicina, se você precisar dele, ele vai te atender, mas ele não está ali para tomar as suas decisões, se você tiver bem de saúde, se o bebê estiver bem, se estiver encaixado, se estiver tudo certinho, não tem pra quê você ir para uma cesárea. Se você estiver mal informada e o médico chegar com um "xalalá" só para sair embora mais rápido e você pode cair. Entendeu? Eu acho que a gente se informa e estuda para tanta coisa na vida, porque que não vai estudar para este momento tão importante? Não é?

PARTICIPANTE 7

(40 anos, Obstetra, quarta gestação, uma filha. Fez todo o acompanhamento de pré-natal com médias de 10 consultas)

Protagonismo no parto para mim é a mulher poder escolher algumas coisas que são confortáveis para ela no parto. Coisas que ela acredita que vão ser melhores, é poder personalizar o próprio evento de acordo com o que medicina permite, o que o parto permite. Num parto de baixo risco é fazer o que a mulher

desejar, que não façam uma episiotomia, que não acelerem o parto com ocitocina, poder personalizar o próprio parto.

Eu me senti protagonista do meu parto, muito. Escolhi ter parto domiciliar e por alguns motivos e ter um trabalho de parto muito prolongado eu decidi ir para um hospital. Acho que tudo que eu decidi foi muito respeitado, principalmente o tempo que foi longo, acho que em outras situações, se não fosse uma equipe adequada, acredito que teriam feito uma cesárea. Estava demorando demais, ou teriam colocado um ocitocina que iria acelerar, mas iria causar muito mais dor, muito mais transtorno. Acho que foi como eu planejei, mesmo tendo planejado domiciliar e ter sido hospitalar. Foi do jeito que eu queria.

Das informações recebidas ao longo da gestação, pra mim, o principal foi preparar meu marido, como sou obstetra eu tenho uma boa noção de como é um parto, que cada uma é de um jeito, que cada uma tem seu tempo, tem mulheres que sentem mais dor ou não. Acho que o preparo dele foi importante, porque ele iria estar comigo e esteve durante todo o processo de trabalho de parto, os pródromos, as contrações que as vezes a gente acha que é trabalho de parto e não é e eu queria que ele estivesse preparado, para que ele não ficasse nervoso, ansioso, com medo, que achasse que estava passando da hora, que achasse que estava acontecendo alguma coisa de errado. Porque a dor assusta um pouco, se a gente está preparado e sabe que isso é normal, isso não se torna um negócio estranho, não acrescenta medo. Doe, mas a gente sabe que está indo tudo bem e que é assim mesmo. Então, eu fiquei muito feliz porque ele ficou bem preparado, ele conseguiu ser um companheiro bem tranquilo e eu também fiquei tranquila. Essa foi uma das principais informações que o grupo passou. E também cada pessoa é de um jeito e seu trabalho de parto. Eu aprendi que tem uma sequência que tem que durar tantas horas, mas sei que tem gente que pode ser um pouco menos, um pouco mais, que existe uma média, mas que as pessoas não tem sempre que estar dentro dessa média. Tem sempre na curva alguém um pouquinho pra cá, um pouquinho prá lá e isso também tem que ser levado em conta.

Isso foi no grupo, porque na residência a gente tem uma formação, de que temos que fazer um partograma, que a sequência do trabalho de parto é X, tem um ritmo tal, que e espera até 41 semanas eu esperei 42. Claro que com exames muito recentes e sabendo que a minha filha estava bem, eu optei por esperar por uma semana a mais do que o ministério da saúde determina que é o adequado.

Então o grupo me deu uma certa segurança para eu conseguir esperar essa semana a mais.

As informações são importante para o casal e acho que eles tem que saber, como é um trabalho de parto, que pode demorar, que é necessário paciência, que a mulher tem que fazer algumas coisas que possa ajudar, por exemplo caminhar, não ficar deitadas, tomar um banho de chuveiro que ajuda aliviar, que o companheiro poder colaborar com uma massagem, segurar na mão ficar junto, sabendo que aquilo demora. A natureza sabe o que faz, tem que ter um bom acompanhamento com médico ou enfermeiro que vai detectar algo que saia do normal, mas que permitam que a natureza façam a sua parte, que a grande maioria vai levar um parto normal e bem. Eu gostaria também que as gestantes soubessem que em trabalho de parto também é uma questão de esperar, não adianta com 39 semanas achar que não vai nascer e pedir para fazer uma cesárea, porque se estiver tudo bem a gente pode esperar. Quanto mais buscar informação, mais souber o que vai acontecer durante o trabalho de parto, mais tranquilo é. Eu aprendi também no grupo que no trabalho de parto a gente faz mais com a cabeça do que com o corpo, com preparo e uma certa serenidade de saber que vai andando, que é um amadurecimento, assim como uma fruta amadurece.

Eu acho que o pré-natal é um momento que as mulheres podem aproveitar e até tirar suas dúvidas, pois as pessoas falam algumas coisas e será que é assim mesmo? De repente anota porque chega na consulta esquece de perguntar, porque vão surgindo novas dúvidas. As pessoas as vezes comentam coisas, ou falam, umas são verdades outras não, então acho que é um momento de tirar dúvidas. E muitas vezes até no posto de saúde tem grupos, então quem puder, faça o possível para participar dos grupos, porque a gestação é uma grande novidade um bebê novo é uma novidade, não tem manual de instrução e tem muito palpite, então a gente tem que ter um pouco de informação para saber como vamos lidar, como vamos agir. Acho que o pré-natal é essencial para tirar dúvidas e quem puder participar dos grupos também.

As dúvidas ao longo da gestação são diferentes, as dúvidas dos primeiros três meses são uma, até porque os sintomas são diferentes e ao longo dos meses vão surgindo dúvidas diferentes. Nos médicos tentamos falar olha esse período acontece isso e aquilo, mas tem coisas que as vezes é particular de cada um, as vezes é um sintoma que não é comum ou as vezes uma dúvida, ou alguém que

ouviu um comentário, ou viu alguma coisa na TV, são dúvidas que surgem. Então, eu acho que é importante a pessoa ter procurar informações e tirar as dúvidas com profissionais.

O grupo trouxe também coragem, porque principalmente quando vai chegando no fim da gestação a mulher começa a ficar um pouco ansiosa e com medo, porque é uma situação que a gente pensa que tem que dar tudo certo, não tem outro alternativa. Eu tive alguns dias de repente me dar um medo, será que estou fazendo a escolha certa? Porque a cesárea me parece ser um negócio tão simples, chego com 39 semanas já faz uma cesárea porque o neném já está pronto, já pode nascer, pronto já resolveu. Só que ao mesmo tempo penso que na natureza não é assim. E quando eu tinha esses medos o grupo me ajudava e eu saia bem feliz, saia bem otimista. E não, eu estou fazendo certo, eu estou esperando porque está indo tudo bem e acho que o grupo me dava muita coragem, porque a gente conversava com outras pessoas que já tiveram neném, outras que iam ter, com a própria doula que é uma pessoa muito experiente, tem muitos anos que ela trabalha com parto, e ela tem muitas histórias boas pra contar. Isso me encorajava também, olha você está fazendo a coisa certa e isso era muito importante.

Eu deixaria como mensagem, que se você tem uma boa assistência, uma pessoa de confiança que faz o seu pré-natal, confie também no seu corpo porque vai dar certo. Se for fazer uma cesárea que seja porque é necessário, mas não faça por medo, porque alguém falou para fazer, porque falaram que é melhor, então se estiver tudo bem, espere o tempo que é necessário, que é importante. Prepare a cabeça, pra uma gestação, pro trabalho de parto, prepare seu corpo também, cuide-se bem, faz exercício, exercício de corpo e de cabeça, boa alimentação, converse com as pessoas certas, não fique escutando história de tragédia, porque não são boas e não ajudam em nada. Preparar-se cabeça e corpo, resumindo eu diria.

E essa vivência mudou muito minha clínica. (risos)

PARTICIPANTE 8

(37 anos, Psicóloga, única gestação, um filho. Fez todo o acompanhamento de pré-natal com médias de 10 consultas e mais 2 consultas com as parteiras)

Protagonismo no parto é você estar no centro das ações, da peça de teatro (risos) você é o ator principal do parto. Eu me senti 100% protagonista do meu parto.

Meu parto foi longo, foi intenso. Comecei a 7h da noite e as 10h horas eu já tinha contrações de 3 em 3 minutos e demorou até o dia seguinte. Foi de 3 em 3, 5 em 5, mas foi muito. Eu estava aqui com a minha mãe, que eu chamei para ficar comigo, com a Lucía a doula, com as duas parteiras e com Rafael meu marido, foi muito intenso, mas consegui. É que eu na verdade não me lembro muito do processo, me lembro de alguns momentos, o fato de que o Rafael meu marido ficou muito pertinho, que o Andreas ficou na bolsa dele até quase nascer a bolsa rompeu muito tarde e que ele nasceu bem, quase não machucaram. Ele mamou muito bem desde o início, ele teve muito suporte sobretudo da doula da Lucía, tenho gratidão enorme por ela, que ficou sempre do meu lado e das parteiras. Porque foi muito doloroso, sei que não posso falar, mas foi sofrimento sim, [risos], mas o processo foi bom, foi muito saudável sobretudo pra meu neném e para mim que me recuperei muito rápido.

Foi muito importante, ir lá no grupo da Lucía, porque para mim era muito bom entender o que iria acontecer, ela sabe muito bem explicar, ela tem boneca, as coisas que ela mostra, o passo a passo do que vai acontecer durante o parto, as posições, o bebe que gira, lá você vai sentir dor, porque a cabecinha está empurrando aquele osso. Isso foi importante para eu saber o que estava acontecendo no meu corpo. Os exercícios também, você tem que se imaginar num lugar que faz bem para relaxar durante o parto, eu imaginei muito aqui, tinha que imaginar onde seria o parto. E as conversas com as parteiras, porque a gente fica preocupada, se alguma coisa vai acontecer, segurança que elas iriam chegar com todo material, com oxigênio se o bebe precisasse. O que elas iria fazer em caso de emergência. Tive duas consultas com as parteiras. Eu participei do grupo da Lucía.

Nas consultas de pré-natal, era mais, as coisas médicas, as coisas que eu sabia que a minha gravidez era saudável, a médica cuidou muito bem de mim. Na hora de parir eu sabia que eu estava saudável, que o bebe estava saudável que ele estava pronto para nascer. Que a minha pressão era boa, essas coisas que me fez sentir capaz, que estava tudo muito bem, isso foi nas consultas que teve no posto de saúde.

As informações do grupo foram muito importante, essas coisas biológicas, que a Lucía, foi mais a Lucía explicando. O grupo para mim foi muito importante no início, para fazer essa escolha, escolha do parto em casa. Eu sou Belga e fiquei grávida aqui, eu fui procurar como iria ser aqui [risos] e fiquei assustada a primeira vez que entrei no grupo todas as histórias das mulheres que tiveram parto e os horrores do que ia acontecer no hospital. Me dava muito angustia como mulher não ter nada participativo, eu ia entrar no hospital, entrar num protocolo, que eu tinha que deitar numa maca, que ia colocar hormônio em mim para começar o parto, que tinha que ser deitado com as pernas para cima, amarradas as vezes, essas coisas me davam muito mais angustia do que parir mesmo. Que eu ia sentir dor, que ia ser sofrimento, de coisas que eu não ia ter escolha de nada no processo, para mim é uma coisa que quase peguei um avião para voltar para a Bélgica. Porque não queria isso, que o médico em algum momento iria dizer que o bebe está em sofrimento e que em algum momento iria dizer que teria que ser cesárea e essas coisas me davam muito medo, muito mais angustia do que o fato de que eu estava grávida e teria que parir. Isso foi por coisas das mulheres que estavam no grupo, que elas era segunda ou terceira gestação, foram contando histórias. Eu acho que a decisão que eu tomei junto com meu marido, de fazer aqui em casa, foi um empower, como se fala isso, empoderamento. Eu me lembro que ele estava sentado ai onde você está sentada e que ele falou assim : Oh, a escolha é sua, é da mulher, mas para mim hospital é para pessoas doente, você não está doente, você está grávida e fazer aqui em casa é ter um parto saudável, fora desse ambiente de doença, isso foi a visão dele. E quando a gente tomou a decisão ai fiquei muito mais tranquila, podia muito mais me preparar nesses coisa de relaxamento de como seria o parto. Me preparar como eu ser ator principal no parto do meu filho, que não é só o nascimento do filho, mas o nascimento de uma família. Me meu marido virar pai, minha mãe vira avó. E não eu o ator principal, mas o casal, ele me ajudou muito, ele pariu junto comigo.

Lá na Bélgica, bom eu nunca fiquei grávida na Bélgica, estou falando das coisas da minha cultura, para gente cesárea é coisa de emergência, não é um escolha, você não escolhe como mulher ter uma cesárea. Hoje em dia eu não sei, na minha perspectiva todas as mulheres de minha família, parem em casa ou no hospital, mas foi tudo parto normal, só algumas que fizeram cesárea porque realmente tinha que fazer, porque senão o neném ia morrer ou a mulher ia morrer. A

cesárea é utilizada lá na Bélgica como ferramenta de urgência, o normal é fazer o parto no hospital, ou em casa, mas fazer o processo do parto normal, natural. E me lembro quando minha amiga ficou grávida que ela me falou que ela ia fazer em casa, eu disse porque você vai inventar alguma coisa, vai no hospital, uma coisa de bicho do mato, porque você vai sofrer tanto assim, se você pode ir para o hospital ele vão te dar uma cosia contra a dor e você nem vai saber. Até que eu fiquei grávida e pesquisei sobre o parto natural. E ai, acho que a minha visão sobre parto natural ou parto hospitalar mudou, porque eu fui atrás das informações. E também por conta da gravidez da minha irmã, isso também é uma coisa muito importante para mim, eu fiquei muito perto da minha irmã, ela mora na Austrália, ela me chamou depois do parto do primeiro filho, pois ela teve depressão e depois ela também me chamou para o parto do segundo filho. E ela é médica e ela fez parto normal no hospital, mas ela teve muita intervenção durante o parto, colocaram ocitocina e começou a doer muito, colocaram anestesia e ai ela não sentia mais o puxo, não conseguia mais acompanhar as contrações e ai o bebê ficou em crise e tinha que colocar fórceps para acompanhar ela, essas coisas. Ai fiquei muito pensando naquilo, se colocar ocitocina vai doer mais, se colocar anestesia e um vai levar ao outro. Isso foi depois do parto que ela teve, depois no nascimento do filho ela ainda estava na cama, o médico falou assim com ela: “na vida você tem dois tipos de pessoa, uma pessoa que aceita e outra que rejeita e você teve um filho que rejeita”. Isso logo após o parto e não é à toa que ela teve depressão pós parto. Se mesmo num parto normal no hospital, na Austrália que está muito mais avançado que na Bélgica ou no Brasil, essas coisas do parto natural, se ela teve intervenções tão marcantes no pós parir, ai fiquei pensando o natural, a minha avó sempre teve parto em casa, para ela é natural, tem tantos anos que a humanidade faz parto em casa, só agora entrou essa coisa do hospital que a gente se sente mais seguro no hospital. Mas antes disso quantos nenéns não nasceram. Ai fiquei pensando e concordo muito com o Rafa que fala, hospital é quando tem alguma coisa urgente, quando a gravidez fica complicada, quando tem risco para a mulher, quando tem risco para o bebê. Mas se tem uma gravidez natural é muito melhor fazer o que a natureza faz, porque ninguém é da filosofia de bicho do mato, é uma coisa lógica. A gente pode ser muito feliz que existe cesárea, que existe parto no hospital, porque precisa para salvar vidas, isso precisa, a gente tem graças a Deus esse conhecimento. Mas porque tirar a mulher do foco do processo, porque colocar ela num ambiente que ela é

considerada como alguém que é doente. Colocar hormônios que não era para ter no corpo dela naquele momento para começar um processo? [risos]

A burocracia é difícil. O Filme Brasil, não fala sobre o Brasil, mas fala da burocracia, eu nunca soube porque chama Brasil, até viver aqui no Brasil.

[risos]. Mas é um filme que fala sobre essas coisas, tem que ter número, tem que ter papel, tem que ter assinatura, tem que ter carimbo e a gente perde o sentido. Quando o meu bebê nasceu aqui em casa ele não tinha número e sem número ele não pode entrar no sistema do SUS, não podia e isso assusta. E essas histórias da mulher que estava com 8 cm de dilatação estava indo para o hospital, entrou no hospital e tinha que pegar a senha. [risos]. E ficava imaginando, já que não lembro e só lembro esse aqui e dos outros números eu não sei e não sei o CEP. E imagina que você está parindo, tá gritando e naquela processo que você tem que ir lá pegar senha? Acho que eu ia morrer, acho que eu ia fazer escândalo com coisas tão absurdas. Então essa coisa que você tem que ir para reconhecer firma, o cartório, é uma coisa que não existe na Bélgica. Que para mim é uma invenção da burocracia que não leva a lugar nenhum. Porque eu assinei lá e você sabe é mais um acordo. Vira burocracia para a burocracia, vira trabalho para quem está fazendo burocracia. Mas tá perdendo o sentido, isso em todos os seguimentos, sobretudo na saúde, vira uma coisa que me assusta.

Eles chamaram a gente no SUS, mas o posto lá é muito bom, pode ser a propaganda no SUS no Brasil, porque o posto aqui em Vinhedo é muito bom. Eles chamaram a enfermeira do hospital que eu devia ter parido se eu entrava na máquina, tinha que ter parido lá. Ela discutiu com a gente, que a gente tinha feito um crime, o crime não era parir em casa, mas que o neném não tem número, a declaração de nascido vivo. Falei com ela assim, quer foto? [risos] Porque eu tenho foto, eu parindo o meu neném, ele é vivo, você quer ver, quer tocar nele, ele é vivo sim. Hoje você pode fazer o teste do pezinho, porque ele é vivo. Chegar um ponto que um número ser mais importante que a saúde de uma criança, é um direito, porque aqui no Brasil, toda criança tem o direito de fazer o teste do pezinho, mesmo se é uma criança roubada, que não fosse o meu filho, que o filho era seu, tem o direito de fazer o teste do pezinho. Mas, é uma coisa na cabeça dela, só posso fazer o teste do pezinho com esse número, não tem o número então não posso fazer. Tem que achar a portinha do fundo para achar esse número, Brasil [risos]. Mas ele tem o número agora.

Você tem que achar alguém que tem coração. Todo mundo tem coração, mas as vezes você entra no sistema do cartório, você tem que achar aquela pessoa que tá afim, de não seguir a burocracia para te dar o número de Nascidos Vivos. Alguém que está prestes a sair um pouquinho do sistema para te dar o número para que você entre no sistema. Você tem que ter muita sorte sabe, você tem que estar querendo muito, porque é um absurdo.

Minha mensagem seria Informar-se. Vai atrás das informações, se você quiser parir no hospital, porque para você se sente mais segura naquele lugar, tá bom, mas vai atrás das informações, vai atrás de seus direitos, faz com que você é o ator principal do seu parto, a sua família é o foco lá do processo. E tenha confiança, porque o processo natural das coisas é você parir e você vai parir, vai nascer. Você pode ter confiança que a natureza é sábia sim, um parto que não vai bem, é mais exceção que a regra. É absurdo ter 99% de cesárea aqui, 99%, porque é a exceção precisar de ajuda. Eu acho que essas coisas mais atuais da mulher ter medo da dor, eu acho que é mais medo de não saber o que vai acontecer. Porque se você sabe o que vai acontecer, quais são os passos o que você vai sentir, que você vai sentir dor sim, mas que a dor tem sentido. É muito mais importante dar informações para a mulher, ela pode fazer a escolha certa, seja ela qual for. Não só informações legais, da legalidade do parto, mas saber o que vai acontecer no corpo dela, e também saber dos riscos. Eles falam que é perigoso fazer parto normal em casa, mas os riscos de fazer cesárea é triplo do risco da mulher, risco de morte da mulher. É o dobro de risco para a morte para a criança. Não sei é isso mesmo?

Se as mulheres sabem disso, eu não sei se todas sabem e não sei se toda mulher vai atrás dessas informações. Porque se é medo da dor, tem tantas coisas do processo do parir que alivia a dor. O mais importante naquele momento é que você se sente capaz de parir. É a coisa mais natural numa mulher, parir. Uma mulher que não sabe parir é mais a exceção, por isso sim, tem que ter o hospital ter que médico, tem que ter cesárea, mas a coisa mais natural é que você, todo mundo é capaz. Porque não posso falar que não doe, porque doe, mas tem coisas que você pode se preparar contra a dor. Você pode, durante o processo de parir, eu aconselho todo mundo ter a Lucía, ou uma outra doula, porque vale muito mais a pena de investir numa doula, do que investir num hospital privado. Porque a doula ela vai ficar do seu lado, ela vai fazer com que você se sinta capaz. Para mim numa

equipe, a doula é a parte principal, ela que vai te ajudar a se sentir segura para parir, que vai aliviar a sua dor, que vai falar agora isso vai acontecer, as coisa que você tá sentindo é normal, faz aquela posição, muda de posição que isso alivia a sua dor. Essas coisa também que você pode mudar de posição, para mim também é muito importante, porque alivia o sofrimento. Informação e ter uma doula.

Muita sorte, muito força com a pesquisa, acho que é muito importante, faz parte da informação. Porque tem muita gente que não está sabendo e as coisas que chega são as coisas que falei. Minha própria sogra, que é uma pessoa mais gentil que conheço, mais cuidadosa que eu conheço, que ela curtiu um texto no Facebook que fala que a médica tem que ser o foco, que o parir é uma coisa médica. Ela está curtindo, porque ela não sabe, informação é importante.

Para a minha mãe, ela achou que eu deveria ir para um hospital, mas ela é belga eu acho que o hospital na Bélgica eu teria menos risco de ter uma cesárea. Mas quando eu falei com ela e expliquei que eu faria um parto domiciliar. Quando tomo uma decisão, ela sabia que eu não ia mudar, ela entrou no jogo. Eu perguntei para ela, se ela agora ela concorda em fazer o parto em casa e ela fala mesmo agora, que o parto do primeiro filho ela não aconselha, mas que para o segundo sim. Eu não estou fazendo propagando de fazer parto em casa, eu escolhi fazer, porque eu tinha medo sim dos hospitais brasileiros, das coisas que eu não poderia mudar. Ser amarrada numa cama, com duas pernas abertas, com as pessoas colocando ocitocina, para mim era filme de terror. E isso acho que minha mãe tinha uma experiência diferente.

O pai do meu marido, o avô né, ele falou a escolha é da mulher, qual que for tem que respeitar e eles respeitaram muito. Tive muito mais discussão com a minha mãe e com a minha irmã que é médica, achou um absurdo, eu tentar uma coisa de hippie, de ter parto em casa. É que ela sabe os riscos, ela conhece. É aquela coisa também, os médicos focam tanto nos riscos que eles esquecem que o risco é uma exceção e que uma intervenção no hospital apresenta muito mais risco. Mas minha irmã ficou com medo, porque meu parto demorou muito. Demorou bastante e foi muito intenso, não é que levou muita hora, é que levou muita hora e muito intenso e ela falando com minha mãe durante o parto e ela ficou muito preocupada o que iria nascer em casa. Mas depois mexeu muito com ela, porque ela teve um parto tão diferente, ela demorou muito para se recuperar, ela teve depressão pós parto, eu tive um parto aqui em casa, que tinha uma equipe para

fazer massagem, para fazer comida, para fazer acupuntura. Uma coisa muito diferente dela que estava no hospital com tantas intervenções e é lógico que tive uma recuperação muito melhor que ela. Eu vive o meu parto, meu parto foi muito cuidadoso, muito amor no parto o que ela não teve. É lógico que ela teve uma recuperação mais pesada, acho que mexeu muito com ela.

Mas eu tive muita sorte de encontrar a Lucía, de encontrar as informações, fez muita diferença. Eu entrei naquele grupo porque eu achei que ia ser aula de yoga. [risos] Eu estava lá e fiquei esperando até a primeira posição de yoga [risos] Foi yoga, mas de consciência. É muito bom. Muito agradecida.

PARTICIPANTE 9

(28 anos, Analista de Sistemas, única gestação, uma filha. Fez todo o acompanhamento de pré-natal com médias de 12 consultas)

Ser protagonismo no parto eu acho que é a mulher, estar ciente das decisões e dos atos que ela vai ter no parto. Por exemplo, quando alguma intervenção for necessário que ela saiba os motivos do que está acontecendo, claro que não é ela que vai fazer, mas ela ter conhecimento necessário e também confiança no médico. Acho que a mulher ter consciência de tudo que está acontecendo no seu parto, seja ele qual for o fim, o meio.

Eu me senti protagonista do meu parto. Eu senti que nós buscamos bastante conhecimento, sabíamos todas as possibilidades, inclusive se precisasse de uma cesárea nós saberíamos de tudo.

Meu parto foi normal, algumas pessoas falam que por ser a primeira gestação foi muito tranquilo em relação ao tempo e as dores que eu senti. No dia em que eu comecei sentir as dores eu ainda nem tinha, nem imaginava que ela pudesse nascer naquele dia, porque eu trabalhei o dia todo e estava me sentindo bem. Mas eu tinha uma cólica que indicava que alguma coisa poderia acontecer, mas não era nada que me impedisse de fazer alguma coisa. Depois essas dores foram aumentando no decorrer do dia. E por volta de umas 22:30h da noite desse mesmo dia, eu comecei a sentir dores mais fortes e comecei a achar que não eram mais só umas cólicas e conversei com a minha doula e ela me orientou a tomar um banho,

como eu não tinha nenhum sinal além das cólicas, pra ver se de repente não era alguma contração de treinamento, ai fui tomar um banho tentar relaxar, tentar que o corpo entendesse o que estava acontecendo. E durante esse banho, que eu fiquei mais tempo, as dores começaram a ficar bem pesadas e começou ficar insuportável eu sentia que a barriga começava a se mexer bastante, eu via o corpinho dela indo pra baixo e para cima. Quando eu desliguei o chuveiro, imediatamente após eu ter desligado eu senti um estalo, nisso a bolsa rompeu e logo na sequencia o tampão também já saiu também, foi tudo junto. Continuei conversando com a doula e ela decidiu que ela viria pra casa, pra ver como é que estava acontecendo, como é que iria evoluir. Já estava tudo previsto e a obstetriz também venho pra cá. As dores já estavam bem fortes, já estava medindo as contrações e já estavam bem próximas e longas e quando a obstetriz chegou em casa, ela chegou primeiro que a doula, e quando ela foi ver a minha dilatação, já estava com dilatação quase total, estava com 9 cm. E então ela falou pega tudo que vamos pra maternidade. Nós já tínhamos a decisão que teríamos na maternidade, não teria um parto domiciliar e começamos a nos prontar para ir pra maternidade. Nisso a enfermeira ligou para a doula e falou pra ela nem vir pra casa, porque não daria tempo que o trabalho de parto já estava bem avançado. E então nós seguimos pra maternidade, isso devia ser por volta da 1:30h da manhã mais ou menos. Chegamos na maternidade e estava tudo bem, na sequência a médica chegou pra avaliar e ela falou que já estava bem avançada que não tinha necessidade de ir para o quarto e fomos direto para o centro obstétrico. Na maternidade meu esposo preparou tudo para acompanhar o parto. Minha doula me encontrou lá, me ajudou, nessa hora eu estava sentindo muita dor. E ai caiu a ficha de que o parto estava bem próximo então, falava meu deus é agora, tudo aquilo que a gente estudou durante esses meses todos vai acontecer de uma vez e eu tenho que saber, tenho que deixar o corpo seguir. E depois que eu entrei no centro obstétrico, as enfermeiras pediram pra trazer a banqueta, ai eu sentei na banqueta e nisso já estava todo mundo preparado e eu lembro que o pediatra neonatal não tinha chegado ainda, que também foi avisado as presas. O médico chegou e já estava tudo preparado e elas falaram, agora tá com você, a gente a Manuela estava bem, e ela já estava ali embaixo encaixadinha e já querendo fazer força. Eu deixei ela comandar praticamente, então nos momentos que ela empurrava eu sentia vontade de fazer força e fazia. Eu lembro que eu não ficava querendo fazer força pra acabar logo, pelo contrário, não

sei se é porque não tive muito tempo, então eu não ficava esperando. Não quero fazer força, ao invés de fazer, eu fiquei esperando e talvez umas cinco dessas vontades ela nasceu. Ai foi bem rápido, tanto é que eu cheguei na maternidade era 1:55 h e ela nasceu 2:35 h da manhã. Na sequência ela já veio para o meu colo, já veio chorando.

Primeiro pro nosso colo, ai nós esperamos o cordão parar sozinho de pulsar então ela recebeu todo o sangue do cordão. Isso demorou até um pouquinho, mais ou menos 20 minutos, depois o pediatra foi fazer a recepção e meu marido acompanhou, meu marido que cortou o cordão. E na recepção ele respeitou tudo que a gente já tinha conversado sobre os procedimentos que queríamos fazer com ela e eu fui terminar. Foi tudo bem, graças a deus não tive nenhuma laceração nada que precisasse fazer algum procedimento, única questão é que eu tinha perdido bastante sangue, mas tudo dentro do esperado, logo depois já fiquei aguardando eles voltarem com ela e fomos pro quarto. Ela dormiu depois o tempo todo e eu fiquei acordada, acho que adrenalina no corpo.

Na gestação participamos do grupo vinculo. Participar do grupo foi um divisor de águas, talvez se eu não tivesse participado do grupo eu teria algumas informações, mas lá com certeza eu tive muitas das informações dos caminhos, as pessoas que eu conheci que foram através do grupo que participaram desse momento com a gente. Acho que talvez eu tivesse alguma informação, talvez sim, mas acho que com a qualidade e com tanto conhecimento, o grupo teve 99% de responsabilidade. Claro que teve a iniciativa de chegar até o grupo e isso acho que é uma semente que foi plantada, mas o grupo foi muito importante sim.

As informações que mais contribuíram foram como é o que é um trabalho de parto, o que que é verdade, o que é mito, informações sobre como são os procedimentos da recepção do recém-nascido. Coisas que muitas pessoas fazem porque é protocolo, mas se você olhar, não tem real necessidade. Informações sobre as necessidades e as indicações da cesárea, casos de outras pessoas e relatos de parto. Acho que essas são essas são as principais informações, tem muita coisa que você escuta e que não são informações verdadeiras, pois temos uma realidade no país que não é bem a desejada.

O pré-natal no começo eu estava com outro médico. Eu comecei com um médico, depois a maioria do pré-natal eu fui acompanhada por uma outra médica que era mais da linha que eu buscava, mais humanizada, mas no dia ela não pode

acompanhar meu parto, então eu tive com uma terceira pessoa. O primeiro médico eu não sentia muita confiança ao tirar dúvidas, eu perguntava as coisas, as respostas eram muito rápidas e nesse momento a gente tem muitas dúvidas. Até porque eu não queria chegar num momento em que eu duvidaria do meu médico, pois eu gostaria de sentir que o que ele estivesse me falando é verdade e não que ele está falando do aquilo para me enganar. Então foi um dos motivos que eu não estava muito feliz, então eu procurei uma outra médica e a maior parte do pré-natal foi com ela. E foi bem esclarecedor nossos encontros, eu tinha dúvida eu conversava ela me explicava sobre a gestação, ela apoiava os grupos, apoiava a questão de ter uma doula, apoiava o uso no epi-no, que a gente usou. Então ela estava acompanhando as coisas que eu via próprio grupo. Então foi importante porque era uma pessoa que a gente podia confiar no que estava acontecendo. As consultas foi para contribuir e para eu ter segurança de que o bebê estava bem, estava saudável e não oferecia risco. Minha gestação foi bem tranquila, então, ela me dava confiança para as informações que eu buscava. Porque no grupo você não tem, lá eles não sabem avaliar teu caso, não sabem exatamente o que está acontecendo com seu bebê, então você pega essa informação que recebeu no grupo e coloca junto com a saúde do seu bebê, como está o desenvolvimento do seu bebê e você pode tomar as decisões. Acho que as duas coisas são fundamentais pré-natal e grupo.

Eu tive uma doula, ela é um dos papéis mais importante, porque não é só no dia do parto, antes ela estava sempre me ajudando com as dúvidas, me acompanhando psicologicamente. Nesse momento quando você tem dúvidas se vai ou não ser capaz, dúvidas de aquilo que você está sentindo é normal, ela apoia. É uma pessoa que organiza tudo no dia, que sabe, que te acompanha. No meu caso não foi necessário ela vir em casa, não deu tempo porque aconteceu muito rápido, mas se ela tivesse vindo seria muito bom. Então ela foi uma peça fundamental, até para orientar o marido, foi uma das pessoas que a gente acha que foi chave nesse trabalho todo, ela é uma pessoa bem importante no dia do parto.

Eu falaria para outras mulheres, para elas buscarem bastante informação. Eu acho que acreditar mais nelas, as vezes muitas pessoas dizem que ela não vai conseguir, que ela não é capaz que existe um meio mais fácil, nem sempre o melhor caminho vai ser o mais fácil. De fato as vezes não é, as vezes é melhor você fechar o olho e acordar com seu filho no braço, mas se você puder, se você acreditar, eu

acho que a maioria das mulheres são perfeitamente saudáveis para terem seus filhos da melhor forma para ela e para seus bebês também. Eu acho que o que falta bastante é elas buscarem conhecimento, se juntar nesses grupos que estão crescendo, até pra ter mais força.

Acho que nesse momento procurar pessoas que estão passando por uma fase mais ou menos parecidas, é mais indicado. Porque as vezes uma pessoa que viveu uma coisa lá no passado, aquilo era verdade e uma pessoa que nunca viveu não vai entender, então essas pessoas as vezes tem um pré-conceito. Depois que ela nasceu, a gente percebeu claramente como é diferente, muitas pessoas vão falar com você, vão dar algum conselho de quem tá passando, como é diferente daquela pessoa que já passou. Tem coisas que realmente não mudam, mas tem muitas coisas que as mulheres principalmente antigamente passaram por falta de informação, de acolhimento e não é necessário passar tudo de novo, pois as coisas mudaram. Então buscar informação e informação no lugar certo é o que eu falaria para essas grávidas, acho que não basta qualquer informação.

Eu fiquei muito feliz pelo parto ser assim, eu não tinha um modelo de como eu queria que fosse, eu não era uma pessoa que achava que tinha que ser normal, nunca fui, ou que queria que fosse cesárea, nunca fui muito radical. Eu acho que foi uma experiência transformadora, acho que você se sente de uma forma que nunca se sentiu. [risos]

E eu acho outro motivo para as mulheres buscarem informação e que vai ter o mundo inteiro indo contra é sobre a amamentação. Eu acho que isso é uma coisa que elas tem que se preocupar durante os nove meses, tem que saber o que fazer, hoje em dia a gente não tem muita ajuda. Graças a deus eu me sinto privilegiada por ter participado dos grupos e conhecer tantas pessoas envolvidas, mas eu vejo que muita gente não tem esse privilégio e não tem quem ajude, quem ensine. É uma outra coisa que você vai ver que todo mundo vai vir contra é um momento difícil e delicado e você pode se deixar levar pelas opiniões alheias. Até porque você vai estar num momento sensível, delicado, diferente. Eu acho que devem buscar as informações sobre o parto, sobre a amamentação, sobre a criação, não é fácil, mas é gratificante.