

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO – PPGDC

MARJORIE RABEL CORSO

**VIVÊNCIAS E RESIGNIFICAÇÕES DE PARTOS DOMICILIARES
HUMANIZADOS EM GUARAPUAVA-PR**

IRATI-PR
2020

MARJORIE RABEL CORSO

**VIVÊNCIAS E RESIGNIFICAÇÕES DE PARTOS DOMICILIARES
HUMANIZADOS EM GUARAPUAVA-PR**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre em Desenvolvimento Comunitário, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração em Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO). Linha de Pesquisa: Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários.
Orientadora: Prof. Dr. Luciana Rosar Fornazari Klanovicz

IRATI-PR
2020

Catálogo na Publicação
Rede de Bibliotecas da Unicentro

M547c

Corso, Marjorie Rabel

Vivências e ressignificações de partos domiciliares humanizados em Guarapuava-PR / Marjorie Rabel Corso. -- Irati, 2019.

xi, 93 f. : il. ; 28 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual do Centro-Oeste, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário. Área de concentração em Saúde. Linha de pesquisa: Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários, 2020.

Orientadora: Luciana Rosar Fornazari Klanovicz

Banca examinadora: Michele Tupich Barbosa, Cristina Ide Fujinaga, Georgiane Garabely Heil Vazquez

Bibliografia

1. Desenvolvimento comunitário. 2. Parto humanizado. 3. Violência obstétrica. 4. Enfermagem. 5. Mulher. I. Título. II. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário.

CDD 614



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

TERMO DE APROVAÇÃO

MARJORIE RABEL CORSO

VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE MÃES E PROFISSIONAIS DO PARTO DOMICILIAR HUMANIZADO EM GUARAPUAVA-PR

Dissertação aprovada em 21/08/2020 como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Dr.^a Luciana Rosar Fornazari Klanovicz -- orientadora e presidente da banca
Instituição: UNICENTRO

Dr.^a Michele Tupich Barbosa ----- examinadora interna
Instituição: UNICENTRO

Dr.^a Cristina Ide Fujinaga ----- examinadora interna
Instituição: UNICENTRO

Dr.^a Georgiane Garabely Heil Vazquez ----- examinadora externa
Instituição: UEPG

Irati, 21 de agosto de 2020

AGRADECIMENTOS

Sempre achei esta a pior parte da dissertação para escrever, talvez porque a vida não se coloca em análise de regressão e não é pelo valor que descobrimos a significância das pessoas na nossa trajetória.

Primeiro de tudo, gostaria de agradecer a Deus por me guiar, iluminar e me dar tranquilidade para seguir em frente com os meus objetivos e não desanimar com as dificuldades. Agradeço a Ele também por manter a minha mãe ao meu lado, com a saúde que ela está hoje. Agradeço aos meus irmãos e principalmente à minha irmã Etiene, por ter me motivado a entrar nessa caminhada e por nunca desistir de mim, por estar sempre ao meu lado.

À minha mãe, que foi minha primeira e maior professora, por ser minha motivação e por entender as minhas faltas e momentos de afastamento e reclusão, me mostrou o quanto era importante estudar, mesmo não tendo ela mesma a oportunidade no passado.

Agradeço agora, não a ela, mas por ela, minha afilhada Elissa, por ter nos escolhido, por chegar e mostrar o quão linda a vida é, e por me mostrar o amor mais genuíno, simplesmente pelo fato de ter seu sorriso todos os dias.

Agradeço ao meu amor, Beto: queria que todos te vissem como eu o vejo, você que me fez encarar todos os desafios, me fez recomeçar quantas vezes fosse preciso, quando fui tormenta você foi calma, estava lá: me segurando. Eu sei que passarei por muitos e muitos momentos de felicidade como esta e que você é a pessoa que a vida escolheu para ser meu companheiro nas horas boas e ruins e que me tranquiliza dizendo: “calma, a tua hora vai chegar!”.

Agradeço a minha orientadora Prof. Dra. Luciana, por acreditar no meu trabalho e me levantar nos momentos de fraqueza, por não me deixar desistir.

Agradeço a todos aqueles que colaboraram para este trabalho ser concretizado.

“Quando não souberes para onde ir, olha para trás e sabe pelo menos de onde vens.” (Provérbio africano)

RESUMO

A cidade de Guarapuava-PR é um grande centro atuante na área da saúde, sendo sede da 5ª Regional da Saúde e referência para mais de 20 municípios vizinhos. Os dois principais hospitais de Guarapuava, no estado do Paraná, têm maternidades e realizam um grande número de partos, no entanto, ambos não têm como principal característica a humanização do parto, o que demonstrou-se pela alta taxa de cesáreas realizadas no município. Quatro mulheres foram entrevistadas em fevereiro e março de 2019 e, por meio de história oral, narraram suas experiências e sentimentos quanto ao parto humanizado, realizados na cidade de Guarapuava. Dentre elas, uma atua como doula e outra como enfermeira obstétrica da rede de partos humanizados que, recentemente, começou a se formar na cidade. As narrativas possibilitaram a abertura para discussões sobre a medicalização excessiva, o desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais da mulher e a falta de protagonismo da mulher no ato de parir, bem como, analisou a esfera de poder que envolve o fenômeno do parto, entre profissionais da saúde e as parturientes. As narrativas das mulheres entrevistadas forneceram uma investigação sobre as motivações para a busca de um parto humanizado, alertando para as violências obstétricas sofridas nesse momento íntimo e frágil, além disso, evidenciaram a vivência de quatro mulheres que escolheram sua via de parto como ato de protagonismo ao parir, subvertendo o sistema tecnocrático que impregnou o fenômeno social do parto. A pesquisa sugeriu que mudanças são necessárias no sistema de saúde como um todo, ampliando o acesso às maternidades e garantindo atendimento digno e respeitoso para as mulheres, destacando a atuação dos profissionais de enfermagem nesse processo de acolhimento e manejo da dor do trabalho de parto.

Palavras-chave: Parto humanizado; Violência obstétrica; Enfermagem; Mulher.

ABSTRACT

The city of Guarapuava, in the state of Paraná, is a major center active in the health area, being the headquarters of the 5th Regional Health and reference for more than 20 neighboring cities. The two main hospitals in Guarapuava have maternity hospitals and perform a large number of deliveries, however, both do not have the humanization of delivery as their main characteristic, which was demonstrated by the high rate of cesarean sections performed in the city. Four women were interviewed in February and March 2019 and, through oral history, narrated their experiences and feelings regarding humanized childbirth, performed in the city of Guarapuava. Among them, one acts as a doula and the other as an obstetric nurse in the humanized birth network that recently started to form in the city. The narratives made it possible to open up discussions about excessive medicalization, disrespect for women's reproductive and sexual rights and the lack of protagonism of women in the act of giving birth, as well as analyzing the sphere of power that involves the phenomenon of childbirth, among professional health and parturient women. The narratives of the women interviewed provided an investigation into the motivations for the search for a humanized delivery, alerting to the obstetric violence suffered in this intimate and fragile moment, in addition, they evidenced the experience of four women who chose their mode of delivery as an act of protagonism by giving birth, subverting the technocratic system that permeated the social phenomenon of childbirth. The research suggests that changes are necessary in the health system as a whole, expanding access to maternity hospitals and ensuring dignified and respectful care for women, highlighting the role of nursing professional in this process of welcoming and managing the pain of labor.

Key-Words: Humanized birth; Obstetric violence; Nursing; Woman.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Mapa das Regionais da Saúde no Estado do Paraná.....	54
FIGURA 2 – Mapa dos municípios contemplados pelo atendimento da 5ª Regional da Saúde, sede em Guarapuava - PR.....	56
FIGURA 3 – Guia “Cuidados no parto normal: um guia prático” (1996).....	69

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Informações sobre as mulheres entrevistadas	35
TABELA 2 – Partos realizados no Hospital São Vicente de Paulo no período de março a julho de 2019	58
TABELA 3 – Partos realizados no Hospital Santa Tereza no período de março a julho de 2019.....	58
TABELA 4 – Total de partos vaginais realizados em 2019 (de janeiro a outubro) em Guarapuava - PR.....	60
TABELA 5 - Total de partos cesáreos realizados em 2019 (de janeiro a outubro) em Guarapuava - PR.....	60
TABELA 6 - Total de partos realizados em 2019 (de janeiro a outubro) em Guarapuava - PR.....	60
TABELA 7 - Total de partos realizados em ambiente hospitalar no ano de 2019 (de janeiro a outubro) em Guarapuava - PR	61
TABELA 8 - Total de partos realizados fora do ambiente hospitalar no ano de 2019 (de janeiro a outubro) em Guarapuava - PR.....	61
TABELA 9 - Total de partos domiciliares realizados em 2019 (de janeiro a outubro) em Guarapuava - PR.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Parto e Nascimento
PP	Plano de Parto
PPP	Pré-parto, parto e puerpério
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de Parto
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro Oeste

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	133
CAPÍTULO 1	222
1 O PARTO COMO FENÔMENO SOCIAL	222
1.1 A representação social do parto	222
1.2 O parto domiciliar, gênese e determinantes históricos	299
CAPÍTULO 2	322
2 NARRATIVAS DAS MULHERES E MÃES QUE OPTARAM PELO PARTO HUMANIZADO E DOMICILIAR.....	322
2.1 A história oral	322
2.2 Narrativas de mulheres	366
CAPÍTULO 3	533
3 PROBLEMATIZANDO PARTOS EM GUARAPUAVA	533
3.1 A estruturação dos nascimentos na cidade de Guarapuava	533
3.2 A humanização do parto: desvelando significados entre parteiras/doulas, enfermeiras e mulheres dentro do município de Guarapuava	622
CAPÍTULO 4	666
4 O PAPEL DA ENFERMAGEM – ENTRE O AMBIENTE HOSPITALAR E DOMICILIAR	666
4.1 O papel da enfermagem obstétrica no processo de parto	666
4.2 O plano de parto como um instrumento social de soberania de decisão da mulher.....	688
4.3 A atuação da enfermagem em partos domiciliares no município de Guarapuava - PR: relato de uma enfermeira obstétrica	722
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	777
REFERÊNCIAS	799
APÊNDICE 1 – TCLE PARA AS PROFISSIONAIS DE PARTO HUMANIZADO	866
APÊNDICE 2 – TCLE PARA AS MÃES (PARTO HUMANIZADO).....	899

INTRODUÇÃO

Falar sobre a origem dessa pesquisa requer traçar uma breve trajetória no caminho percorrido que, aos poucos, me aproximou dessa temática e, de certa forma, me convocou para que eu escrevesse sobre ela. Foi após minha especialização em obstetrícia somada à minha atuação na maternidade do Hospital São Vicente de Paulo, em Guarapuava – Paraná, de setembro de 2014 a julho de 2017, que o interesse por essa pesquisa nasceu em mim. Ter contato com mulheres em uma fase tão singular como a maternidade trouxe reflexões latentes sobre o fenômeno do parto dentro da sociedade.

A cidade de Guarapuava é um grande centro atuante na área da saúde, sendo referência para mais de 20 municípios e quase meio milhão de habitantes. Essa importância se dá pelo fato de Guarapuava ser sede da 5ª Regional da Saúde, onde concentra os atendimentos e é referência no Estado em diversas áreas médicas.

No entanto, os dois principais hospitais de Guarapuava não têm como principal característica a humanização do parto em suas maternidades. Há ainda, uma alta taxa de cesáreas em detrimento de partos normais, o que vai ao encontro à hospitalização e medicalização do parto, retirando da mulher o seu protagonismo no processo de parir. Essa invisibilização da mulher abre precedentes para a violência obstétrica¹ — violência esta que pode traumatizar a parturiente.

Quatro mulheres foram entrevistadas em fevereiro e março de 2019, narrando suas experiências e sentimentos quanto ao parto humanizado. Aos poucos, o trabalho foi se desenrolando e esse grupo de mulheres trouxe algumas respostas às inquietações que eu trazia em mim e, com suas distintas histórias, possibilitaram a realização desse estudo.

O depoimento oral, meio pelo qual foram realizadas as entrevistas, permite adentrar no campo íntimo e movediço da memória, e nos fornece uma interpretação do passado lembrada pelo aspecto social. O depoimento é construído a partir de um ponto de vista e

¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014, definiu violência obstétrica, em documento de 2014, como os abusos, maus tratos, negligência e desrespeito durante o parto, independentemente da intenção de causar dano.

representa um olhar sobre determinado momento relacionado às suas trajetórias (DAVID, 2013).

Diante disso, o desenvolvimento dessa pesquisa teve como principal intenção evidenciar as narrativas e as vivências de mulheres que escolheram sua via de parto e que protagonizaram o ato de parir.

Essa pesquisa é uma intensa crítica à medicalização excessiva, norteados pelo modelo tecnocrático de assistência ao parto, responsável pelo desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, transformando o fenômeno saudável e cultural do parto em um fenômeno patológico, médico e menosprezado, devido às altas taxas de cesárea como intervenção tecnológica sobre o corpo das mulheres (TORNQUIST, 2003).

Segundo a pesquisa realizada por Carmen Susana Tornquist (2003), em um hospital referência em parto humanizado de Florianópolis em Santa Catarina, as observações realizadas sugerem que se coloquem em perspectiva as iniciativas humanizadoras do parto e do puerpério, tendo em vista que se as mulheres não são vistas como sujeitos que têm desejos e emoções não-universais, as medidas humanizadoras poderiam resultar em meros procedimentos técnicos, tão prejudiciais quanto o modelo tecnocrático que se visa combater.

Com a transferência do parto do ambiente domiciliar para o hospitalar, caracteriza-se o parto como sendo um processo altamente intervencionista e tecnológico. Uma vez que o parto domiciliar era realizado por parteiras, comadres e mulheres de confiança da gestante, geralmente reconhecidas pela comunidade, o parto deixa de ser um “assunto de mulheres” e passa a ser uma atribuição médica (CAIRES; VARGENS, 2012).

As parteiras observavam outras mulheres na prática e aprendiam a realizar os partos. Socialmente, suas atribuições eram reconhecidas e, com frequência, requisitadas nos partos domiciliares pelas próprias mulheres da comunidade em que viviam. O envolvimento afetivo era marca do ritual do parto, graças ao clima emocional criado em torno desse processo para aliviar as contrações das parturientes. Esses rituais sofreram muitas modificações até quase se extinguirem em muitas regiões do país, devido à prática institucionalizada realizada dentro dos hospitais e o avanço da tecnologia (CAIRES; VARGENS, 2012).

O parto hospitalar medicalizado tornou-se sinônimo de modernidade, onde terceirizou-se a protagonização da mulher no parto: ao médico obstetra o cuidado com o parto, ao anestesiologista a retirada da dor e ao pediatra as ações imediatas sobre a criança (COLACIOPPO *et al.* 2010)

Ao longo do século XIX e XX, os médicos buscaram ocupar o lugar das parteiras trazendo para si o reconhecimento e o controle sobre o corpo da mulher, conduzindo a parturiente com regras próprias do modelo que segue. Esse modelo é uma forma de controle historicamente reconhecido, podendo suscitar as questões sobre o poder que o marido já exercia sobre ela. Os papéis assumidos por pais e mães eram tradicionalmente muito distintos, onde a mãe exercia a referência afetiva aos rebentos e o pai o de provedor das necessidades materiais da família (CAIRES; VARGENS, 2012).

Esse papel hegemônico de assistência, ocupado pelo homem médico, se dá pelo fato de o conhecimento científico ter sido restrito ao domínio masculino durante muitos anos. Ao longo do século XIX e início do século XX, as mulheres parteiras passaram a ser perseguidas e substituídas por esses profissionais, ainda que a presença do homem em um momento tão íntimo fosse desconfortável e constrangedor, muitas vezes (CAIRES; VARGENS, 2012). Esse era um momento de mulheres, e a presença masculina era restrita aos poucos casos tidos como “partos difíceis”. O uso de instrumentos, como fórceps, trouxe um maior domínio sobre o parto, reforçada, principalmente, pela resistência das parteiras quanto ao uso do instrumento (NUNES; MOURA, 2004).

A obstetrícia moderna pode ser compreendida de maneira mais efetiva quando visualizamos a “tomada de poder” e controle por parte dos médicos. Quando o parto tomou forma de doença, onde seria necessária a intervenção para um bom êxito materno e fetal, a experiência foi transferida para o domínio médico, masculino, público e hospital (NUNES; MOURA, 2004). Em 1999 (p. 109), Michel Foucault afirmou que:

[...] a partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar [...] Pela disciplinarização do espaço médico, pelo fato de se poder isolar cada indivíduo, coloca-lo em um leito, prescrever-lhe um regime, etc. Pretende-se chegar a uma medicina individualizante.

Atualmente, o parto ainda representa um espaço privilegiado de exercício de poder quando vivenciado a domicílio. A assistência ao parto no Brasil tem características muito polarizadas; de um lado é realizada em ambientes em que se tem um cuidado personalizado e empírico, por parteiras e com a participação da família, por outro, é realizada sob frequente intervenção e cercada de tecnologia e muitos profissionais (NUNES; MOURA, 2004).

Apesar de representar uma discreta fatia quando comparada ao total de partos institucionalizados, o parto domiciliar tem recebido atenção em discussões midiáticas e

entre os conselhos profissionais de saúde. Para a medicina contemporânea, o parto domiciliar representa um retrocesso frente aos avanços tecnológicos, sendo questionável e pouco compreensível o motivo que leva uma mulher a escolher o ambiente domiciliar para parir (SANFELICE; SHIMO, 2014).

O município de Guarapuava, cidade em que foi realizada essa pesquisa, é sede da 5ª Regional da Saúde do Estado do Paraná, razão pela qual é referência em diversas especialidades médicas. Os dois principais hospitais da cidade têm suas próprias maternidades e realizam muitos partos por mês, no entanto, o movimento pró-parto humanizado e domiciliar ainda é pouco falado, evidenciando a escassez de estudos e pesquisas sobre essa temática dentro do município. Foi baseado nessas questões que surgiu a necessidade de aprofundar os conhecimentos relacionados a este processo na tentativa de identificar medidas que possam confortar a parturiente, bem como os desafios relacionados a essa área, auxiliando-a em todas as etapas, desde o pré-natal até o nascimento do bebê.

Embora a temática de parto domiciliar seja objeto de muitas pesquisas, a escolha deste estudo se deu para tentar compreender a preferência pelo parto em casa não somente enquanto um fenômeno físico, mas também, levando-se em consideração o aspecto humano, histórico e social envolvidos nesse evento, além de compreender os motivos que estão levando essa parcela de mulheres brasileiras a optarem por dar à luz em casa, encabeçando um movimento que está na contramão do modelo obstétrico vigente.

Para a realização do Estado da Arte, partimos do levantamento bibliográfico inicial realizado que teve como objetivo mapear as pesquisas relativas a gênero, parto humanizado, parto domiciliar, violência obstétrica e sexual e enfermagem. Foram catalogadas teses, dissertações, periódicos, anais e livros. Ao todo, foram catalogados 46 trabalhos, sendo que 23 são teses e dissertações e 23 periódicos científicos.

A partir da experiência do levantamento bibliográfico e das leituras realizadas, foi possível identificar os autores, as fontes e os institutos que são referências na discussão da temática. Procuramos analisar os hospitais e equipes de atendimento que incentivam o parto humanizado no município de Guarapuava.

Uma das formas de se deixar na condição de objeto é vir a ser o sujeito, a partir da necessidade de emancipação, e ocupar o próprio espaço. O conhecimento se faz pelo mergulho no outro, onde pesquisador e pesquisado fazem um novo sujeito emancipado e motivado que constrói sua transformação. Esse mergulho no outro necessita de lógica e critérios de validade científica, além de suporte teórico que confira rigor à pesquisa. Esse

mergulho deve-se fazer a partir de teorias estabelecidas, no conhecimento produzido no passado, de forma revista e atualizada, a fim de produzir um novo conhecimento.

Uma das formas de conhecer a realidade do outro é pela investigação norteada por critérios estabelecidos pela própria ciência — deve ser uma prática sistematizada e reflexiva na intenção de reconstruir o conhecimento. Essa construção deve ser livre de amarras, de paradigmas e preconceitos. Nesse âmbito, cumpre delinear onde proponho esta pesquisa.

Observa-se que em Guarapuava, localizada no Estado do Paraná, iniciou-se um movimento em prol do parto domiciliar humanizado, momento em que muitas mulheres optaram por essa via de parto. Com o objetivo de minimizar o estresse que a mulher sofre no Trabalho de Parto (TP) é que o tema humanização da assistência ao parto tem pautado a agenda de discussões nos segmentos sociais, acadêmicos e das políticas públicas nas últimas décadas (PEREIRA *et al.*, 2012).

Para Aurelio Buarque de Holanda Ferreira (1995), o termo humanização significa tornar-se humano, oferecer condição humana, adquirir hábitos sociais afinados. Jaime Betts (1997, p. 15) complementa a definição:

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizadas, precisa tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro, palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente.

Nesse cenário, na percepção dos profissionais da equipe de saúde, o parto humanizado envolve relacionamento e comunicação interpessoal, tendo em vista que se tratam de subsídios importantes tanto no processo administrativo de trabalho, quanto na assistência propriamente dita. Dessa forma, o simples ato de escuta ativa da parturiente e da sua família e de orientação sobre os procedimentos, representam condições características para o parto humanizado (REIS; PATRICIO, 2005).

A mulher em TP necessita receber um cuidado humanizado e seguro, permitindo e despertando na mulher um incentivo para o exercício da cidadania, resgatando a sua liberdade da escolha do TP e do parto em si (CARRARO *et al.*, 2008). Para Carraro *et al.* (2008), o ambiente hospitalar é considerado um lugar estranho para a gestante e sua família e/ou acompanhante. Nesse sentido, sentimentos como angústia, ansiedade e insegurança podem ser característicos nessa fase. Os mesmos autores ainda afirmam que o reconhecimento de um cuidado digno e respeitoso na atenção à mulher em TP e parto é um direito a ser alcançado. Acrescenta-se a esse evento a vontade individual, o envolvimento

dos profissionais de saúde e a mobilização política, para que a vivência do TP seja de cuidado e conforto para a mulher, e não um trauma em sua vida (CARRARO *et al.*, 2008).

Diante deste contexto, instituiu-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, subsidiado pelas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto (BRASIL, 2002).

O PHPN afirma que:

(...) a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiem a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002, p. 5).

No entanto, Marcos Leite dos Santos (2002) refere que essas mudanças implicam na mudança do paradigma referente à experiência no TP, uma vez que esse evento geralmente é observado e dominado pelo médico e vivido em ambiente hospitalar, sob um ponto de vista patológico.

Apesar de a hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde (BRASIL, 2003).

Para Tornquist (2002), vale ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar e medicalizado no Brasil, recomendando a modificação de rotinas hospitalares consideradas desnecessárias, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto, como episiotomia², amniotomia³, enema⁴, tricotomia⁵ e, particularmente, ao parto cesariano. A proposta da OMS não é eliminar tais intervenções, mas reduzi-las apenas às situações de necessidade comprovada, uma vez que se entende que o modelo de atenção ao parto e o

² Incisão realizada na região do períneo para ampliar o canal de parto.

³ Rompimento artificial do saco ou bolsa amniótica para acelerar o trabalho de parto.

⁴ Lavagem intestinal feita com laxantes líquidos na hora do trabalho de parto

⁵ Raspagem dos pelos pubianos.

nascimento hospitalar estaria abusando de práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê.

Caparroz (2003) diz que o Ministério da Saúde do Brasil, visando a humanização da assistência ao parto normal e a redução do índice de morbimortalidade materna e perinatal, em 1998, por meio das portarias Ministeriais nº 2815/98 e nº 2816/98 respectivamente, estabeleceu o pagamento pelo procedimento do parto normal sem distocia à enfermeira obstetra e estabeleceu o pagamento do percentual máximo de cesarianas, e, através da Portaria 163/98, estabeleceu a emissão de laudo de (AIH) de parto normal realizado pela enfermeira. Assim sendo, é imprescindível que os profissionais de enfermagem reflitam sobre as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, sobre as condições mais humanas e seguras para o nascimento de uma criança, analisando a forma de atendimento que é oferecida à mulher nos serviços de saúde.

No que tange à natureza da pesquisa, este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, portanto, preocupa-se com aspectos da realidade que envolvem um universo de significados, motivos, aspirações, crenças e valores que correspondem a um espaço mais profundo das relações (MINAYO, 2001).

O objetivo do pesquisador é aprender como a vida dos indivíduos aparece para ele, ou seja, de que maneira o poder da cultura e da estrutura social determinam o comportamento pessoal. A história oral permite o processo de racionalização, pois permite a narrativa de dentro para fora e, em última instância, narra-se para si mesmo. A experiência vivida e os relatos do vivido revelam que o mais importante da experiência social é a forma como o ator social vive esses processos e entende o mundo do seu tempo (GARCIA, 2004).

A história oral traz os benefícios de elencar sentimentos, ações e informações fundamentais para o campo historiográfico e hoje somos capazes de perceber sua importância para representar fatos baseados no conjunto de valores do entrevistado, do pesquisador e de quem os lê (DAVID, 2013).

A característica investigativa implica, segundo Augusto Triviños (1987), que a investigação deve identificar uma lacuna no universo do conhecimento humano e buscar a melhor forma de completá-la, ou seja, identificar de novo ou examiná-la à luz do conhecimento atual e tentar resolvê-lo com a ajuda deste conhecimento.

A partir do levantamento bibliográfico em dissertações, teses, artigos e livros sobre o tema abordado foi possível reunir material suficiente para embasar as discussões e apontamentos para esse estudo. Tatiana Gerhardt e Denise Silveira (2009) explicitaram que

qualquer trabalho científico se inicia com uma pesquisa bibliográfica, enaltecendo a importância e o cuidado com essa etapa da pesquisa, permitindo ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto.

Na sequência, foram procuradas as doulas e enfermeiras obstetras, que em um trabalho em equipe interdisciplinar estão realizando partos domiciliares e humanizados no município de Guarapuava. A escolha dos sujeitos de pesquisa (enfermeira e doula) se deu por meio de busca ativa, haja vista que são as únicas profissionais de que se tem conhecimento que vêm realizando este trabalho no município.

Ao todo, quatro mulheres foram entrevistadas, sendo as quatro mães que deram à luz em parto humanizado domiciliar, relatando os motivos que as levaram a optar por essa via de parto. Uma das entrevistadas foi a enfermeira obstétrica que acompanhou os outros partos aqui relatados.

O estudo de caso é uma modalidade de pesquisa amplamente usado nas ciências biomédicas e sociais (GIL, 2007, p. 54), e pode ser caracterizado como o “estudo de uma entidade bem definida, podendo ser um programa, uma instituição, uma pessoa ou unidade social”. Visa buscar o conhecimento de como e por que uma determinada situação se apresenta, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico (FONSECA, 2002). Esse tipo de pesquisa é caracterizado pelo envolvimento e identificação do pesquisador com as pessoas investigadas (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Após o primeiro momento de contato com as entrevistadas, procurei, por meio de Termo de Livre Consentimento e Esclarecido (TCLE)⁶, delinear a pesquisa com as mães de parto humanizado e profissionais que atendem essa modalidade de parto a fim de, por intermédio de seus relatos, elencar as categorias de análise que estão propostas nessa pesquisa.

Os nomes das entrevistadas foram preservados de modo a utilizar pseudônimos para que não sejam reconhecidas fora dessa dissertação. A ocultação dos nomes se dá, principalmente, pelo teor de emoção e significado que cada relato carrega, considerando que são narrativas íntimas e livremente cedidas para fins de pesquisa acadêmica. O pesquisador deve garantir o anonimato do entrevistado, devendo o mesmo ser identificado

⁶ Emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa – COMEP-UNICENTRO. Número do parecer: 3.687.789. Data da relatoria: 06 de novembro de 2019. Título do projeto: Vivências e percepções de mães e profissionais de parto domiciliar na cidade de Guarapuava – PR.

por código (letra, número ou nome fictício), de modo que o sigilo seja mantido, mas mantendo uma ligação entre os dados e os indivíduos (PADILHA *et al.*, 2005).

Dito isso, essa dissertação ficou dividida em quatro capítulos.

O Capítulo 1 preocupou-se em apresentar a representação social, a gênese e os determinantes históricos do parto. A fundamentação teórica traz o plano de fundo demonstrando a medicalização excessiva na assistência ao parto e a falta de protagonismo da mulher no ato de parir. Além disso, problematiza as situações de violência obstétrica e violência de gênero intrinsecamente relacionadas a todo este contexto.

O Capítulo 2 apresentou três narrativas das mulheres entrevistadas evidenciando aspectos de suas experiências no parto domiciliar humanizado. Este capítulo buscou evidenciar as expectativas envolvidas na decisão em escolher essa modalidade de assistência, bem como, apresentar as vivências de maneira a contextualizar as motivações que as levaram a optar por um parto humanizado e domiciliar.

O Capítulo 3 discorre sobre o cenário dos partos no Estado do Paraná, com enfoque na cidade de Guarapuava, município escolhido para a realização desta pesquisa. Os dados foram coletados nos dois principais hospitais do município, revelando os dados sobre partos normais e cesáreas realizados no período de março a julho de 2019. Esse panorama foi realizado na tentativa de ilustrar os números de partos domiciliares no município e de que maneira o movimento pró-humanização do parto tem se erguido frente às estatísticas, tendo em vista que a procura por essa modalidade de atendimento tem crescido no município nos últimos dois anos.

Por fim, o Capítulo 4 buscou contextualizar, por meio dos mais recentes artigos e estudos, acerca do envolvimento da enfermagem nesse movimento de retorno às tradições milenares da figura extinta da parteira e o advento da doula. Dessa forma, buscou trazer à tona os motivos elencados pelas mulheres que pariram em casa e que sustentaram a sua decisão, na tentativa de compreender um pouco mais sobre esse fenômeno pouco explorado e em franca ascensão em nossa realidade. Neste capítulo, houve a preocupação em apresentar o plano de parto como uma ferramenta social de protagonismo da parturiente em tomar decisões sobre a via de parto, além da apresentação da narrativa da enfermeira obstétrica entrevistada nesta pesquisa, responsável pelos outros três partos realizados e apresentados aqui, para ilustrar sua trajetória profissional e a sua própria experiência de parto domiciliar.

CAPÍTULO 1

1 O PARTO COMO FENÔMENO SOCIAL

O primeiro capítulo dessa dissertação preocupou-se em apresentar, por meio do levantamento bibliográfico, a representação social do parto de modo a acompanhar as mudanças que esse fenômeno sofreu a partir dos avanços tecnocientíficos e da transferência de protagonismo dentro desse processo. Além disso, buscou discorrer sobre a gênese do parto humanizado e seus determinantes históricos apontando a realidade do procedimento dentro dos ambientes hospitalar e domiciliar.

1.1 A representação social do parto

O processo gestacional entre humanos constitui-se num evento social que passou por muitas transformações no decorrer dos séculos graças aos aspectos socioculturais e momentos históricos em que as práticas estão inseridas (HERNÁNDEZ-RODRIGUEZ, 2016). Conforme a sociedade muda, as formas de parir, nascer e de cuidar dos envolvidos nesses eventos se modificam também. Segundo Eleanor Luzes (2007), o parto não se limita a um ato fisiológico, mas é testemunha das características de uma sociedade.

Desde a antiguidade, o parto foi considerado um evento privado e feminino, tradicionalmente realizado por parteiras, entretanto, com o passar do tempo, o parto passou a ser vivido de maneira pública e institucionalizada, transferindo-se de um contexto familiar para dentro das instituições de saúde (HERNÁNDEZ-RODRIGUEZ, 2016). No ocidente, o crescimento urbano e tecnológico passa a exigir um rearranjo do espaço público e privado – onde a Medicina se solidifica como uma “ciência” do social. A vida passa a ser incluída nos discursos de poder do Estado na Idade Moderna e, para isso, vê-se o surgimento de uma “ciência do sexo”, isto é, uma forma de reprimir e controlar populações. O corpo feminino tem um papel estratégico nesse processo em que o projeto médico se confunde com um projeto político para organizar a fecundidade, como por exemplo, a esterilização. As representações sobre maternidade e sexualidade, então, passam a ser definidas pela Medicina, estruturando novas especialidades médicas como a ginecologia e obstetrícia (DOMINGUES, 2015).

O nascimento da obstetrícia está ligado ao desenvolvimento de novas técnicas – especialmente cirúrgicas –, relativas ao parto e necessidade do controle do corpo feminino pelo saber médico. Nesse contexto, os médicos começaram a ocupar os lugares tradicionalmente ocupados por parteiras, dessa maneira, desqualificando o trabalho desempenhado por elas. À medida que a obstetrícia se firma como ramo da Medicina, cresce também a institucionalização do parto, com criação de maternidades e setores específicos para realização dos partos (DOMINGUES, 2015). Segundo Foucault (2001), o hospital saiu do lugar de uma instituição de cuidava de doentes, pobres e pacientes terminais, para um status de ambiente de acúmulo do saber, formando médicos na inovação tecnocientífica. Dessa maneira, mesmo o parto não sendo uma doença, torna-se passível de intervenção médica indiscriminada, pelo uso de técnicas para evitar dor e sofrimento.

A assistência ao parto ocorre desde a antiguidade, todavia, o interesse sobre o tema como um evento cultural é recente: surgiu com a institucionalização e tecnologização do parto. A cesariana era utilizada como um procedimento médico para salvar vidas, no entanto, a partir da década de 1970 passou a ser usada em situações extraordinárias, e então, passou a ser considerada pelos médicos e pelas mulheres como o procedimento mais seguro, menos doloroso e mais moderno para trazer à luz uma criança. Dessa maneira, a cesárea tornou-se um fenômeno cultural que vai além das questões médicas, ao passo que o parto normal deixou de ser uma prática comum em muitas maternidades (VALLE, 2015).

Segundo a pesquisa realizada por Priscilla Batista (2015), o crescimento acelerado das taxas de cesárea a partir de 1970, colocou o Brasil entre os países com as maiores taxas de cesárea do mundo, quando, em 2009, mais da metade dos partos passaram a ser por via cirúrgica, atingindo o número de 50,6%. O crescimento da “cultura da cesárea”, no Brasil, estabelece como norma o uso frequente de intervenções sobre o corpo da mulher por meio de procedimentos invasivos (MELLO e SOUZA, 1996). Embora a cesariana seja indicada em determinados casos, segundo a OMS, a via vaginal continua sendo o método mais seguro de dar à luz, graças aos benefícios que o parto normal apresenta, como uma melhor recuperação da mulher, redução de infecção hospitalar e diminuição de complicações respiratórias do recém-nascido (SUS, 2009).

As possibilidades de cesárea eletiva, atualmente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), estão condicionadas à presença de patologias e/ou urgências que justifiquem a cirurgia. A cesárea não está acessível apenas para quem opta por vontade e precaução, mas sim, para quem pode pagar — optar pela cesariana é arcar com diversos cursos médico-hospitalares (BATISTA, 2015). Ainda que haja incentivo pela parte do Sistema Único de

Saúde ao modelo de humanização do parto, predomina-se o parto intervencionista, hospitalar e medicalizado. As cesáreas eletivas, com data e hora marcadas, contribuem para a lógica do lucro – marcantes na prática médica –, conferindo o maior controle sobre a agenda médica e hospitalar, além de maiores rendimentos. Dispensa-se o trabalho de parto, o tempo de duração da cirurgia é mais curto e não se requer, obrigatoriamente, o monitoramento constante, quando comparado a partos vaginais (BATISTA, 2015).

Percebe-se assim, que a assistência ao parto sofreu grandes transformações, especialmente no que diz respeito à medicalização desse processo marcado por procedimentos cirúrgicos e intervenções – como o fórceps. Como afirma Domingues (2015), no século XX, o modelo médico de atenção ao parto se consolida a partir da utilização de novas tecnologias e de equipes profissionais de obstetrícia. Por um lado, esse modelo aumentou a segurança dos nascimentos, por outro, o nascimento e o parto não são mais percebidos como fenômenos fisiológicos, e sim como atos médicos, esterilizados, assépticos, cercados de riscos e tecnologias médicas visando sempre o mesmo fim: um bebê saudável. Fica explícita, então, a tecnologização do parto.

Não há como percorrer o caminho histórico-social do parto, sem falar sobre a violência obstétrica. No Brasil, atualmente, não existe discussão que traga a responsabilidade penal para a violência obstétrica. Juliana Borges (2018) afirma que o processo de medicalização do parto em instituições hospitalares se normalizou com uma série de procedimentos invasivos em relação ao corpo da mulher sob o pretexto de garantir a saúde da mãe e da criança. No entanto, a própria OMS afirma que esse discurso não se sustenta mais diante de evidências científicas de que a mulher sabe, naturalmente, parir seu bebê e que muitas das práticas atuais não visam proteger os protagonistas do parto, mas sim, atender às demandas econômicas e corporativas.

Segundo Ligia Sena e Charles Tesser (2017), a violência obstétrica está presente nas seguintes práticas:

- proibir a mulher de ser acompanhada por seu parceiro ou outra pessoa de sua família ou círculo social;
- realizar qualquer procedimento sem prévia explicação do que é ou do motivo de estar sendo realizado;
- realizar qualquer procedimento sem anuência prévia da mulher;
- realizar procedimentos dolorosos ou constrangedores sem real necessidade, tais como: enema, tricotomia, permanência na posição litotômica, impedimento de movimentação, ausência de privacidade;
- tratar a mulher em trabalho de parto de maneira agressiva, rude, sem empatia, ou como alvo de piadas;
- separar o bebê saudável de sua mãe após o nascimento sem qualquer necessidade clínica justificável.

A violência obstétrica é expressa desde: a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. Também o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas, pode ser considerado como práticas violentas (SENA; TESSER, p. 3, 2017).

Em todas as modalidades de violência obstétrica, observa-se o desrespeito e a objetificação da mulher no momento do parto, como se seu corpo pertencesse a outra pessoa e não a ela. As muitas formas de violência obstétrica são, em geral, utilizadas com mais frequência em mulheres de baixa escolaridade e/ou baixa renda. Também, mulheres em situações adicionais de vulnerabilidade e discriminação, como é o caso de mulheres negras, usuárias de drogas ou portadoras do vírus HIV (SENA; TESSER, 2017).

Os movimentos de desmedicalização e humanização da gravidez e do parto têm promovido o direito às alternativas ao modelo hospitalar predominante. O modelo de humanização do parto surge como uma cultura contra-hegemônica, isto é, de resistência, que luta por seu espaço dentro de uma cultura institucionalizada e solidificada na sociedade (VALLE, 2015). A dificuldade na implantação de um novo modelo obstétrico confirma a dominância de dimensões culturais, econômicas e corporativas na organização das práticas de saúde no Brasil.

Nos anos 2000, um termo da Organização das Nações Unidas (ONU) chamado *Oito Objetivos do Milênio* foi assinado por 189 países, dentre eles, o Brasil. Dentre os objetivos estava o compromisso em reduzir a mortalidade materna para no mínimo um terço, de 1990 até o ano de 2015. As principais causas de morte materna continuam a ser hemorragias e hipertensão arterial, que poderiam ser evitadas por meio da qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto (LEAL, 2008). O objetivo não foi alcançado, no entanto, e a adoção do modelo humanizado por parte do Ministério da Saúde foi consequência da taxa de mortalidade materna do país. Em 2000, utilizou-se pela primeira vez o termo “humanização” na assistência ao parto por políticas públicas federais, através do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que estabelece que toda gestante tenha atendimento pré-natal integral e completo (VALLE, 2015).

Mario Santos e Amélia Augusto (2016) falaram sobre o modelo naturalista radical que, no que diz respeito às mulheres e à maternidade, celebra o natural, rejeita o químico e declara uma oposição ao modelo hospitalar de assistência ao parto, aproximando-se ao contexto familiar, tradicional e natural de parir em casa. Este surge não como um retorno ao tradicional, mas antes, como uma procura por coerência identitária.

O movimento contra a violência obstétrica no Brasil vem crescendo por meio das críticas que diferentes grupos, como por exemplo, grupos feministas, de enfermeiras obstétricas e de doulas, fazem a respeito da assistência ao parto no país, considerando-se como um “movimento em prol da humanização do parto e nascimento”. Esse movimento envolve diversos profissionais e instâncias da sociedade e visa reconhecer a participação ativa da mulher e seu protagonismo no processo de parto enfatizando seus aspectos emocionais.

A tese de Priscilla Batista (2015) identifica pelo menos duas modalidades de assistência ao parto no caso de partos domiciliares. A primeira, feita por parteiras tradicionais, envolve a dimensão da espiritualidade e está desarticulada com as práticas de saúde locais e com o saber científico. São conhecimentos empíricos, formados principalmente pela tradição das famílias e comunidades. A segunda modalidade é conhecida como o parto domiciliar planejado, em que a parturiente paga pelo serviço visando o protagonismo da mulher no parto acompanhada por uma equipe de saúde com enfermeiros e doulas.

No Brasil, a articulação entre o saber da parteira tradicional e o saber biomédico foi uma das estratégias utilizadas no esforço da redução da mortalidade materna conforme os *Oito Objetivos do Milênio*. A OMS prevê que as secretarias estaduais e municipais de saúde articulem o trabalho das parteiras com os serviços de saúde locais (GUSMAN *et al.*, 2015). Um exemplo disso foi o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, implementado em Tocantins no ano 2000.

Outro ponto relevante é a utilização do ciberativismo como ferramenta da quebra da invisibilidade e mobilização contra a violência obstétrica, conforme citado por Ligia Sena e Charles Tesser (2017). A comunicação mediada pela internet é um fenômeno recente, no entanto, é suficientemente grande para ser estudado como um destaque no instrumento de disseminação de informações sobre violência obstétrica e sobre os benefícios do parto humanizado. Nesse caso, o sexo feminino é dominante, trazendo a questão de empoderamento da mulher na hora de parir, além de possibilitar o acesso à informação e às estratégias fundamentais para que as mesmas adquiram maior controle e poder de decisão no parto (SENA e TESSER, 2017).

O envolvimento e participação das mulheres no ativismo pró-parto humanizado demonstram que a internet tem sido válida para disseminar informações sobre o parto no Brasil, contribuindo para mudanças políticas importantes e urgentes no campo da saúde. No entanto, para que as políticas públicas sejam propostas e de fato, realizadas, deve-se acessar

as experiências das mulheres sobre a participação no parto, seja no papel de parteira, doula, enfermeira, médica ou parturiente.

O Brasil e todo o mundo ostentam indicadores bastante preocupantes em relação à atenção perinatal, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). América Latina e Caribe têm as taxas mais altas de cesariana (40,5%), seguido pela América do Norte (32,3%), Oceania (31,1%), Europa (25%), Ásia (19,2%) e África (7,3%). Análise de tendências com base em dados de 121 países mostra que entre 1990 e 2014, a média global da taxa de cesárea quase triplicou (de 6,7% para 19,1%) com uma taxa média anual de aumento de 4,4%. Os maiores aumentos absolutos ocorreram na América Latina e Caribe (de 22,8% para 42,2%), seguida pela Ásia (de 4,4% para 19,5%), Oceania (de 18,5% para 32,6%), Europa (de 11,2% para 25%), América do Norte (de 22,3% para 32,3%) e África (de 2,9% para 7,4%). A OMS classifica o aumento como "sem precedentes" e "uma preocupação global que pede debate" da comunidade médica.

O modelo obstétrico tecnocrático hegemônico reverbera em um índice injustificável de parto cirúrgico (cesárea), e em taxas de mortalidade materna e neonatal ainda bastante altas, com indicadores perinatais piores que os encontrados em outros países com índices de desenvolvimento socioeconômico iguais ou inferiores aos do Brasil (DIAS, 2011).

Apesar de ser uma prática reconhecida e já legitimada em diversos países como o Canadá, a Holanda e a Austrália, a prática do parto em casa, no Brasil, ainda representa uma modalidade de atenção ao parto bastante prematura. As estatísticas atuais mostram que pouco mais de 98% dos partos ocorrem dentro de uma instituição de saúde. Dentre a proporção restante, ainda estão incluídos os partos ocorridos no trajeto ou no domicílio, de forma não planejada. Isso demonstra que a proporção de partos domiciliares, planejados e assistidos por profissionais habilitados, em nossa sociedade atual, ainda é muito discreta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O crescente aumento da procura de mulheres pelo atendimento humanizado e dentro de um cenário de protagonismo das mulheres vem crescendo dentro do município de Guarapuava nos últimos dois anos, fato que, devido à atuação desta pesquisadora dentro de ambientes hospitalares e das maternidades, despertou o interesse por essa pesquisa.

Curiosamente, as discussões acerca de parto domiciliar, embora ele represente uma taxa muito pequena quando comparada ao número de partos totais, têm gerado diversos debates e muitos questionamentos na atualidade, seja na área política, acadêmica ou

científica. A grande polêmica levantada pela medicina contemporânea que envolve o parto domiciliar se dá pelo fato de ele ser considerado um ato de retrocesso frente a tantos avanços e recursos de que a saúde dispõe, colocando em risco a saúde da mulher e do recém-nascido. Tal fato demonstra que ainda são pouco compreensíveis, por parte da sociedade, os motivos que levam uma mulher a escolher o ambiente doméstico para parir, abdicando da tecnologia, da modernidade e da suposta segurança que se encontram, hoje, em hospitais e maternidades (SANFELICE, 2014).

Outra situação importante analisada foi o fenômeno de encorajamento de mulheres em denunciar as mais diversas formas de violência de gênero, o que pode ser um fator de desencadeamento pela procura de um atendimento mais acolhedor e familiar e menos hospitalar. É inquestionável a importância do acompanhamento da parturiente durante o período que antecede o TP. Muitos profissionais não entendem o quão benéfico é para a mulher a presença de alguém de sua confiança nesse momento considerado, muitas vezes, traumatizante.

No dia 7 de abril de 2005, a Lei nº 11.108/05 afirma, através do artigo 19, a obrigatoriedade dos serviços de saúde em permitir a presença de um acompanhante por indicação da parturiente durante todo o período de TP, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). Com a regulamentação desta lei, foi possível observar um período de transição entre o emprego dos aparatos tecnológicos e científicos, que possivelmente beneficiam a assistência de qualidade à mulher e o reconhecimento de que a assistência à parturiente envolve não só os aspectos físicos, mas também o psicológico, o social, o espiritual e o emocional (SILVA *et al.*, 2012).

A presença do acompanhante contribui para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar materno e do recém-nascido, bem como, eleva a satisfação da mulher e reduz significativamente o percentual das cesáreas e a duração do TP (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2002).

Além da presença do acompanhante, nos deparamos com a possibilidade da realização de procedimentos que possam aliviar a tensão e a dor durante o TP no ambiente hospitalar. Estudos mostram que, dentre os procedimentos para alívio da tensão e dor durante o TP se destacam o tipo de posição da gestante, a musicoterapia, a deambulação, a aromaterapia, o banho de imersão, a prática de massagens, acupuntura, entre outros (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008; SANTOS; NUNES, 2009).

1.2 O parto domiciliar, gênese e determinantes históricos

Em pouco mais de um século, o parto deixou de ser uma experiência da esfera familiar e íntima compartilhada entre mulheres, para se tornar uma prática dominada pela Medicina, institucionalizada nos hospitais e regulada por políticas públicas. Todavia, a garantia da saúde materna continua uma questão problemática. No Brasil, houve uma importante inflexão nas políticas voltadas para a saúde da mulher, a partir de meados dos anos 1980, quando um novo paradigma que reivindicava atenção integral em todas as fases da vida começou a se contrapor ao modelo existente, que privilegiava o binômio mãe-bebê e enfocava a atenção à mulher apenas no ciclo gravídico e puerperal. Posteriormente, o próprio modelo de atenção à gravidez e ao parto passou a ser questionado. Tanto a reivindicação da atenção à saúde integral quanto a de um novo modelo de assistência à gravidez e parto têm os mesmos pressupostos: empoderar a mulher, priorizar e promover a saúde, e garantir o livre exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Na década de 1980, ocorreram várias tentativas de mudanças no âmbito das políticas públicas na assistência à saúde da mulher, no Brasil. Esses temas tornaram-se pauta dos movimentos sociais de saúde e de mulheres que reivindicam o pleno exercício dos direitos sociais e reprodutivos, ressaltando o direito de escolha do tipo de parto e de autonomia da mulher (NARCHI, SILVA, GUALDA, 2012).

Partindo dessa prerrogativa, criou-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento seguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente afastados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2002).

No campo da saúde reprodutiva, verificou-se que o Brasil apresenta avanços importantes na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas enfrenta dificuldades na implementação das metas do Cairo e das demais conferências internacionais. As diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde que lidam com o tema da saúde da mulher, da família, do adolescente e do jovem e das DST/Aids ressentem-se de marco referencial

comum que favoreça maior articulação entre as áreas técnicas e entre os diversos níveis de gestão. Verificou-se ainda que, embora o país possua consistente presença da sociedade civil organizada, conselhos de controle social e leis favoráveis, a supervisão dessas políticas públicas e o cumprimento dessas leis poderiam ser mais efetivos (VENTURA, 2004).

A atual concepção dos direitos reprodutivos não se limita à simples proteção da reprodução. Ela vai além, defendendo um conjunto de direitos individuais e sociais que devem interagir em busca do pleno exercício da sexualidade e reprodução humana. Essa nova concepção tem como ponto de partida uma perspectiva de igualdade e equidade nas relações pessoais e sociais e uma ampliação das obrigações do Estado na promoção, efetivação e implementação desses direitos.

Logo, em 2000, criou-se o Programa de Humanização no Parto e Nascimento (PHPN), no qual o Ministério da Saúde define a humanização em dois aspectos fundamentais: como dever de as unidades de saúde receberem com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, com uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, bem como, a organização da instituição, para criar um ambiente acolhedor, rompendo com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro aspecto se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (mãe e bebê) (BRASIL, 2002). Esse programa surgiu em um contexto no qual havia uma dificuldade no acesso ao pré-natal de qualidade e falta de referência para o parto, envolvendo a peregrinação da mulher e a falta de vínculo com o local de nascimento.

Ao resgatar a história do processo de parto e nascimento, identifica-se inicialmente a figura da parteira como responsável pelo trabalho de parto, parto e pós-parto. Até o século XVIII, o parto era considerado um ritual de mulheres e não um ato médico, já que ficava a cargo das parteiras. No final do século XIX, os obstetras passaram a empreender campanhas para transformar o parto em um evento controlado, o que se efetivou na metade do século XX, no qual o cenário do parto domiciliar foi se alterando e sendo extinto paulatinamente (SANFELICE *et al.*, 2014).

A profissão parteira é uma das mais antigas, sendo reconhecida, inclusive, na Bíblia. Devido a esse ofício milenar, o rito do parto é tido como um momento de integração de seres humanos, principalmente entre as mulheres. No Brasil, em 1832, há registros de que foi criado um curso de partos para senhoras parteiras para que aprendessem, de acordo com um viés científico, a maneira correta de realizar o parto e dispensar os primeiros cuidados

com as crianças. No entanto, por volta de 1978, a medicina começa a tomar frente no gerenciamento da saúde feminina e da reprodução, atribuindo às parteiras a frequente infecção puerperal, justificada por falta de higiene e assepsia (ACKER *et al.*, 2006).

Os avanços científicos no desenvolvimento da assepsia, analgesia e na possibilidade de uma cirurgia em caso de risco e complicações, sem dúvida, contribuíram para salvar vidas no parto e no nascimento. No entanto, não foi esse o motivo pelo qual a medicina entrou e se estabeleceu no parto.

No Brasil, as parteiras atuaram livremente até o fim do século XIX quando começaram a ter suas atribuições restringidas. O discurso da medicalização do parto começou com a criação das maternidades aliadas aos projetos sanitaristas, que tinham como objetivo atrair o público feminino aos locais de internamento. As mulheres passaram a ver a clínica como um local ao qual deveriam recorrer para parir (PALHARINI; FIGUEIROA, 2018).

A prática da parteira, ainda nos dias de hoje, é reforçada como um papel importante, no entanto, foram marginalizadas e reféns de proibições em seu ofício de assistência ao parto durante muitos anos. A profissionalização da doula é uma questão polêmica no meio da saúde, pois envolve uma esfera de poder. A doula entrevistada nesta pesquisa relata a perseguição que sofreu ao iniciar seu trabalho e seu ativismo na cidade de Guarapuava. A opressão foi realizada por médicos obstetras do próprio município por meio de ameaças e até de um abaixo assinado para que impedissem as atividades realizadas como doula.

Dito isso, no capítulo a seguir, contextualizo a publicação das narrativas das vivências das mulheres que concordaram em participar desta pesquisa e que, gentilmente, compartilharam a intimidade do parto domiciliar.

CAPÍTULO 2

2 NARRATIVAS DAS MULHERES E MÃES QUE OPTARAM PELO PARTO HUMANIZADO E DOMICILIAR

As narrativas das mulheres entrevistadas compõem o Capítulo 2 desta pesquisa, de modo a incorporar a discussão sobre corpo, direitos reprodutivos, gênero e poder e subjetividade da maternidade.

As quatro mulheres entrevistadas foram selecionadas ativamente, pois como o movimento do parto humanizado ainda é recente no município de Guarapuava, as parturientes foram indicadas pela enfermeira obstétrica que fez parte da equipe de parto. Nas entrevistas, as mulheres cederam seus relatos sobre seus partos humanizados e os motivos que as levaram a optar por essa modalidade de atendimento.

As entrevistas foram realizadas por meio de história oral, que permite abarcar as nuances de tom de voz e entonação, captando emoções e exaltando sentimentos capazes de humanizar ainda mais a narrativa das mulheres.

2.1 A história oral

A história oral, como metodologia qualitativa de pesquisa, traz outras dimensões ao debate historiográfico. Por meio dela o historiador consegue visualizar diversos pontos de vista de um determinado fato histórico. Neste aspecto, cabe ressaltar que sua utilização depende da compreensão de que o diálogo entre pesquisador e entrevistado apresenta especificidades. Utilizar-se da história oral requer a compreensão de que a pesquisa somente é possível mediante a vontade do pesquisador, o qual delimita seu tema e seus personagens, expondo muito de si em seu trabalho. Além disso, deve-se notar que nenhum personagem irá narrar sua história sem calcular o que esta narrativa poderá trazer de consequências para si, sejam elas negativas sejam positivas. Assim, buscar o depoimento implica em saber que se está adentrando em questões de natureza privada, as quais são ainda mais delicadas quando os personagens em questão estão vivos e dispostos a avaliar o que seu depoimento pode causar em sociedade (DAVID, 2013).

Certos de que a história oral traz os benefícios de elencar sentimentos, ações e informações preciosas para o campo historiográfico, hoje somos capazes de reconhecer sua

importância como método adequado para visualizar diversos pontos de vista de um determinado fato histórico, ou seja, a representação dos fatos baseada no conjunto de valores históricos do entrevistado, do pesquisador e de quem os lê. Ao trabalhar com o depoimento oral, o historiador deve considerar que está adentrando no campo íntimo e movediço da memória. Neste caso, o que ele irá obter é uma interpretação do passado intrinsecamente relacionada às questões sociais, mas lembrada pelo aspecto pessoal, já que é o indivíduo que tem a capacidade de rememorar. Neste aspecto, descreve Alessandro Portelli:

A memória é um processo individual, que ocorre em um meio social dinâmico, valendo-se de instrumentos socialmente criados e compartilhados. Em vista disso, as recordações podem ser semelhantes, contraditórias ou sobrepostas. Porém, em hipótese alguma, as lembranças de duas pessoas são – assim como as impressões digitais, ou, a bem verdade, como as vozes – exatamente iguais (1997, p.16).

A entrevista caracteriza-se por ser um processo de relação interpessoal onde ocorre o encontro entre a subjetividade do pesquisador e a do colaborador ("intersubjetividade"). Para tanto, o pesquisador deve respeitar a forma utilizada pelo colaborador para construir a sua narrativa, na tentativa de captar a sua interpretação da realidade e deve "desvestir-se" de suas crenças, valores e formação intelectual (LIMA; GUALDA, 2001).

A base da existência da história oral é o depoimento gravado. Após a realização da entrevista, há a necessidade da transformação do relato oral em texto escrito para torná-lo disponível ao público. Para tanto, fazem-se necessárias as etapas de transcrição, textualização e transcrição, conforme descritas por José Carlos Meihy (1998): Transcrição: é a passagem rigorosa da entrevista (após a escuta minuciosa de todo o conteúdo por algumas vezes) da fita para o papel, com todos os seus lapsos, erros, vacilos, repetições e incompreensões, incluindo as perguntas do entrevistador; Textualização: etapa na qual as perguntas são suprimidas e agregadas às respostas, passando a ser todo o texto de domínio exclusivo do colaborador, assumindo, como personagem único, a primeira pessoa. Durante esta etapa, a narrativa recebe uma pequena reorganização para se tornar mais clara. Escolhe-se, então, o tom vital, que é uma frase a ser colocada na introdução da História de Vida, por representar uma síntese moral da narrativa; Transcrição: é a etapa na qual se atua no depoimento de maneira mais ampla, invertendo-se a ordem de parágrafos, retirando ou acrescentando-se palavras e frases e, enfim, realizando-se o "teatro de linguagem". Para teatralizar, a própria língua dispõe de instrumentos, como a pontuação, particularmente as reticências e a interjeição — que se prestam para fantásticas amostras de onde o leitor deve

respirar, quais as paradas estratégicas e quais as sinuosidades propostas. Recria-se, então, a atmosfera da entrevista, procurando trazer ao leitor o mundo de sensações provocadas pelo contato, o que não ocorreria reproduzindo-se palavra por palavra. Há a inferência do autor no texto, que será refeito várias vezes, devendo obedecer a acertos combinados com o colaborador. Neste procedimento, torna-se vital a legitimação da entrevista por parte do colaborador.

As mulheres que viveram a experiência da maternidade não têm suas memórias documentadas com o mesmo lugar de registro dos especialistas e pesquisadores sobre maternidade e infância. A recuperação dessas memórias é de extrema importância pelo registro de outra perspectiva, mas além disso, pela possibilidade de conhecer o que significou para as mulheres o parto e a maternidade em si.

Graças ao amplo acesso às pesquisas e conhecimento dos especialistas, as memórias maternas pareciam ser comuns a todas as mulheres. Infelizmente, muitas dessas mulheres pautaram-se pelos escritos e pelas convenções sociais sobre maternidade para o seu próprio maternar, acreditando ser a única maneira possível de viver essa experiência. A falta de multiplicidade de sentimentos relacionados à experiência de dar à luz, de criar filhos, de protagonizar um maternar singular e único impede reflexões mais profundas sobre as memórias maternas.

A notícia da gravidez vem em diferentes momentos da vida das mulheres, assim como o parto, que acontece em meio às mudanças físicas e emocionais intensas, tornando-se uma lembrança com diferentes significações para cada mulher.

Antes de partir para a seleção das mulheres entrevistadas, foi preciso conhecer o contexto dos partos de maneira geral, perceber o processo de transição do parto doméstico para o parto hospitalar, as mudanças graduais nos hábitos das mães com relação ao acompanhamento pré-natal, o uso indiscriminado de medicamentos nos partos hospitalares, a alta incidência de cesáreas em detrimento dos partos normais/naturais e a falta de protagonização da mulher no ato de parir.

Estabelecido esse contexto, a seleção das mulheres para figurar o quadro de entrevistas nessa pesquisa foi realizada por meio de indicação. Graças ao trabalho que realizei durante três anos na maternidade do Hospital São Vicente de Paulo na cidade de Guarapuava, conheci a enfermeira obstétrica que acompanhou as parturientes no processo de parto domiciliar. Ao contar sobre a inspiração para a realização dessa pesquisa, ela prontamente me indicou as mulheres que tinha, recentemente, acompanhado em partos

domiciliares humanizados. Por meio das indicações, entrei em contato com essas mulheres que, gentilmente, cederam seus relatos.

Foram entrevistadas uma enfermeira obstétrica, uma doula, e duas educadoras. Todas tiveram partos domiciliares na cidade de Guarapuava-PR. É importante ressaltar que a doula e a enfermeira obstétrica entrevistadas contaram não somente sobre as suas atuações profissionais na cidade, mas também, sobre os seus próprios partos domiciliares que aconteceram durante a realização dessa pesquisa.

Na Tabela 1 abaixo, especifico a idade e a formação das mulheres entrevistadas de modo a trazer informações preliminares sobre seus relatos. Os nomes foram suprimidos e substituídos por pseudônimos visando preservar suas reais identidades, devido o teor íntimo e carregados de emoção que os relatos apresentam.

Tabela 1 – Informações sobre as mulheres entrevistadas.

Pseudônimo	Idade	Profissão
M. B.	29 anos	Doula, massoterapeuta, terapeuta ginecológica (ginecologia natural), buscadora da sabedoria ancestral.
D. A.	26 anos	Educadora.
A. K. S.	28 anos	Arte-educadora, instrutora de yoga.
C. K.	31 anos	Enfermeira obstétrica.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

As mulheres selecionadas para compor o corpus dessa pesquisa têm entre 26 e 31 anos de idade. São mulheres de classes sociais muito semelhantes e todas têm formação profissional. Este é um aspecto importante a pontuar, tendo em vista que melhores condições sociais possibilitam, em sua maioria, o acesso e a busca por informações de qualidade sobre as vias de parto. Além disso, todas relataram saber do que se tratava a violência obstétrica, duas já tendo presenciado e experienciado esse sofrimento, sendo isso

a principal centelha para compreender a importância de subverter o sistema obstétrico vigente.

O foco das entrevistas foram as motivações para o parto humanizado domiciliar, no entanto, espontaneamente as mulheres compartilharam sobre seu histórico frente à maternidade, como outros partos já realizados, as expectativas com relação à experiência do parto humanizado, as agressões obstétricas sofridas anteriormente, o interesse pela busca por informação que as capacitasse para o parto humanizado, entre outras questões que estão explicitadas nas entrevistas completas. É importante pontuar que não houve um roteiro previamente estabelecido para que fossem feitos os relatos, no entanto, como a temática trata especificamente do parto humanizado, a discussão pode permear outros aspectos da experiência de cada uma das mulheres.

Para auxiliar na discussão, a entrevista da enfermeira C. K. faz parte do último capítulo dessa dissertação, portanto, a seguir início a transcrição dos relatos das três mulheres e suas respectivas experiências de parto humanizado.

2.2 Narrativas de mulheres

Relato M. B.

Engravidei pela primeira vez em 2009, aos 18 anos. Minha primeira filha nasceu em 2010. Eu não tinha informação, apenas relatos de partos traumáticos e, com isso, agendei minha cesárea para as 39 semanas. Porém, com 38+1 (38 semanas mais um dia), passei o dia com cólicas. Eu não sabia exatamente o porquê e minha família, também sem informação, falou que as dores eram por estar no final da gestação.

Ao final do dia, as dores estavam fortíssimas e o instinto me levou a tomar um banho quente e demorado, assim o fiz e obtive um grande alívio nas dores. Logo após sair do banho, a bolsa estourou, parecia um filme a correria que aconteceu. Fomos pra maternidade e em menos de 20 minutos, M. nasceu. Cheguei com dilatação total e ela quase nascendo.

Mesmo com tudo rápido, sofri muitas violências obstétricas, começando pela posição litotômica⁷ que não era nada confortável pra mim. Lembro que pedi pra ficar sentada na maca e não permitiram, logo após, um médico aplicou analgesia em mim. Tive kristeller⁸, episiotomia⁹, puxos dirigidos, "não adianta gritar". Minha filha, obviamente, por todas essas intervenções nasceu parada. Consequentemente, precisou de todas as intervenções violentas em um neonatal. Naquele momento tudo parecia normal pra mim, não me sentia violentada, e via aqueles médicos como heróis (o que mais acontece ainda hoje).

M. nasceu com 2930g, 49cm, às 19:30 do dia 12 de fevereiro de 2010, de parto normal. Depois do nascimento dela, comecei a participar de grupos online e entender que as intervenções foram totalmente desnecessárias e violentas. Entendi que eu tinha sido mais uma vítima de violência obstétrica, e que isso era muito comum acontecer. Acredito que ali já começou meu ativismo. Comecei a relatar meu parto e compartilhar com amigas, conhecidas e virtualmente, sobre as boas práticas no parto e passar informações de qualidade.

Minha filha adoeceu pela primeira vez no início de abril de 2011, levei na pediatra e ela falou que a febre era por conta de dois dentinhos nascendo. Voltamos pra casa e ela só piorou. No outro dia levei em outro pediatra que constatou pneumonia e encaminhou para internamento imediato. Internamos e ela continuou piorando, e na madrugada, entrou em óbito.

Cinco meses depois do falecimento dela, eu engravidei. No terceiro mês, descobri que estava esperando um menino, o J. G. Naquela gestação, já ativista do parto, com informação sobre humanização, era o que eu queria. Porém, em Guarapuava, não existia nenhuma equipe humanizada, quem dirá uma doula. Optei por continuar com o obstetra do primeiro parto. J. ficou a gestação inteira pélvico. Eu fiz de tudo pra que ele virasse, desde as indicações caseiras até as terapias mais indicadas para esses casos.

Com 37 semanas minha bolsa rompeu, eu optei por esperar em casa, senti o TP, cheguei ao hospital com 7cm de dilatação. Nenhum médico em Guarapuava atende parto pélvico, então me levaram pra cesárea. J. nasceu dia 30 de maio de 2012 às 19:35, pesando 2800g. Teve desconforto respiratório e passou a primeira noite longe de mim. Eu passei

⁷ Posição rotineira utilizada no período expulsivo do parto normal em que a mulher está posicionada em decúbito dorsal, com pernas e elevação da cabeceira a 30 graus. Reduz a eficiência uterina e o fluxo sanguíneo placentário.

⁸ A manobra de Kristeller se caracteriza pela aplicação de uma pressão no fundo uterino durante o período expulsivo com objetivo de encurtá-lo para acelerar o trabalho de parto.

⁹ Incisão efetuada na região do períneo para ampliar o canal de parto.

muito mal desde a anestesia. Também sofri violências obstétricas durante o parto. Quando cheguei, já com dilatação, o médico perguntou se eu queria que meu filho nascesse morto. Na cirurgia, amarraram meu braço e fingiam não me ouvir, eu estava com muito medo, fazia perguntas e ninguém me respondia. Além de vomitar a cirurgia inteira. Passei mal a noite durante a noite e precisei usar sonda de alívio no dia seguinte.

Quando J. estava com 2 aninhos eu descobri meu dom para doulagem e assim comecei. Criei um grupo em Guarapuava e realmente iniciei meu ativismo. Um tempo depois, a C. K, enfermeira obstétrica, resolveu sair do hospital para trabalhar com humanização. Vi a grande porta de entrada do caminho que eu queria. Em 2015, acompanhei junto com ela o primeiro parto domiciliar em Guarapuava. Iniciamos um trabalho bonito, que eu nem imaginava o quanto seria criticado e perseguido. Além de desejarem que algo ruim acontecesse com as pacientes, éramos ameaçadas de sermos presas, como se estivéssemos fazendo algo errado. Não desistimos, fomos nos fortalecendo cada vez mais, aumentando a corrente da consciência com as mulheres maravilhosas que tivemos a honra de acompanhar. No início de 2017, completei minha formação pelo GAMA. Comecei a acompanhar partos hospitalares, mas minha experiência humanizada não admitia tantas violências praticadas como protocolo. Questionei, fui impedida de entrar no hospital como doula, só poderia entrar se a paciente me escolhesse como acompanhante. As violências contra a parturiente continuavam, eu quase enlouqueci, e por um tempo desisti.

Nessa desistência, acompanhei ainda dois partos domiciliares, um deles foi o da C. K. (enfermeira obstétrica), que me levaram a confirmar o meu dom. Assim retornei.

Eu oferecia rodas de informação para gestantes no meu espaço de atendimento e também nas unidades básicas de saúde. As pacientes, mesmo pelo SUS, chegam informadas, questionando e negando algumas intervenções. Acredito que isso incomodou um pouco os profissionais, pois recebi um documento assinado por 17 obstetras da cidade questionando e reprimindo meu trabalho, tentando me coagir. Fiquei extremamente triste, pois até o "meu" médico tinha assinado. Logo a tristeza deu lugar à força, e com o apoio de muitas pessoas, dei resposta ao documento e continuei com meu trabalho.

No início de junho de 2019, um dia antes de menstruar, já conhecendo meu próprio corpo, observei que estava diferente, imediatamente fiz um teste de gravidez, e recebi um positivo. Um susto, pois estava começando um relacionamento e J. tinha acabado de completar sete anos. Mais um filho não estava nos meus planos. Passei bastante tempo pela rejeição, tentando liberar aquele sentimento que me parecia tão ruim, mas eu não conseguia

transmutar. Optei por não saber o sexo do bebê, mas durante um exame o ultrassonografista não se conteve e me contou que era um menino. Eu já estava no sétimo mês, e foi nesse momento que eu consegui me libertar da rejeição e apreciar cada movimento de L. dentro do meu ventre. Já barriguda, eu e a C. K. oferecemos, em conjunto com o GAMA¹⁰ o primeiro curso de formação de doulas em Guarapuava, foi lindo e empoderador.

Comecei a me preparar para o parto, logicamente um parto domiciliar planejado. Deus me deu a oportunidade de curar as dores dos partos anteriores, parir em casa era um sonho. Em dezembro comecei a ter algumas intercorrências e precisei de muita força de vontade e dedicação para reverter os quadros. Dia primeiro de fevereiro de 2020, às 13:07, recebi L., no chuveiro da minha casa num parto intensamente rápido, com 2900g e 51cm. Eu estava rodeada das pessoas que eu amo.

Relato D. A.

Eu sempre me interessei pelo assunto de parto humanizado. Gostava de ouvir sobre as experiências da minha avó que teve nove dos seus dez filhos em casa e sempre falava disso com muito orgulho. Diferente dela, minha mãe e minhas tias que tiveram parto vaginal hospitalar tinham pavor de falar sobre o assunto. As que fizeram cesárea sentiam orgulho em dizer que não sentiram nada.

Aos 16 anos, no ano de 2009, descobri que estava grávida. Foi difícil encarar isso tão cedo, mas apesar das represálias, tive o apoio da minha família. Minha mãe já trabalhava em hospital naquela época e tinha uma visão muito romântica da cesárea, isso associado à experiência violenta que ela teve enquanto parturiente, fizeram com que ela desejasse para mim o que ela gostaria ter tido. Devido a minha pouca idade e o pouco acesso à informação que tinha na época, deixei que fosse feita a vontade da minha mãe e do médico, que desde o início do pré-natal falava em cesariana. Agendamos, porém graças a Deus, meu filho se antecipou e entramos em trabalho de parto, o que não impediu que fosse feita a cirurgia. Tive um pós-cirúrgico muito difícil, com muitas dores e sangramentos. Quase entrei em choque pelo grau de hemorragia, precisei de transfusão de sangue e passei uma semana no hospital. Foi horrível, eu mal podia olhar para o meu filho. Sentia como se aquele bebê não fosse o mesmo que estava dentro de mim. Demoramos para criar um

¹⁰ O instituto GAMA (Grupo de Apoio à Maternidade Ativa) fornece a gestantes e profissionais cursos que ajudem a promover uma atitude saudável e consciente em relação ao ciclo da gestação, parto e pós-parto, dentre eles, curso de formação de doulas. Fonte: <https://maternidadeativa.com.br/quem-somos/>. Acesso em: Julho/2020.

vínculo. É difícil lembrar dessa época. Tendo vivido tudo isso, eu já cogitava a hipótese de que o parto vaginal não poderia ser pior do que cesariana.

Em 2013, uma prima muito próxima, também adolescente, passou por um parto vaginal extremamente violento. Ao meu ver ela tinha vivido um estupro, de tão assustador. Entre gritos e xingamentos, aos 17 anos, sem acompanhante, ela teve seu bebê tirado a fórceps. Ele ficou um mês na UTI e o prognóstico médico era de que ele não sobreviveria. Por milagre, ele sobreviveu. Aí eu entendi que existia sim coisa pior do que cesárea e passei a me questionar. Deveria ter um jeito menos sofrido de colocar filho no mundo.

Nesse ano eu cursava História na Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro) e, ao entender que esse sofrimento se tratava de uma questão de violência de gênero, passei a estudar o assunto como tal. Encontrei então o movimento pelo parto humanizado e me apaixonei.

Em 2016, já casada, decidimos ter outro filho. Esse já nasceria de parto natural. Mas infelizmente tive um aborto. Então, em dezembro de 2018 descobri que estava grávida novamente. Como nunca parei de estudar sobre o assunto, a forma de nascimento da minha filha já estava decidida. Eu ia parir em casa. Fiz todo o pré-natal pelo SUS, sem nunca falar sobre a minha opção.

Como essa prática milenar hoje em dia é novidade (risos), tive que explicar inúmeras vezes sobre os seus benefícios. Sempre sendo taxada de louca e sendo desacreditada. Esse desafio me motivava ainda mais e eu estava segura e muito feliz com tudo isso. Nesse momento da vida eu já não tinha minha avó ao meu lado, mas de alguma forma a história dela me trazia uma confiança inabalável sobre o meu poder de parir. Decidi que teria minha filha em casa e estava tranquila com tudo que pudesse vir a acontecer, sabia que era remota a possibilidade de algo não sair como o esperado e estava em paz com isso. Eu queria viver essa dor. Eu sonhava em parir sem sofrimento. E assim foi.

Sentindo-me segura com uma equipe incrível eu pari feliz. Foram 15 horas de bolsa rota e minha filha veio linda com seus exatos 4,0 kg. Me senti um animal parindo e foi sensacional. Tive uma leve laceração, mas não precisei de sutura. Amamentei assim que ela nasceu e tive um puerpério "doce" de muito amor, muito contato pele a pele, amamentação em livre demanda, sem bicos artificiais e muito colinho. Minha filha nunca precisou ir ao médico, faço a puericultura pela UBS do bairro e respeito muito a caderneta de vacinas.

Meu maior desejo para a humanidade é que respeitem a forma de nascer dos bebês. Minha maior certeza é que toda essa experiência fez de mim uma pessoa melhor. Uma mulher realizada e com uma autoestima muito melhor do que antes.

Relato A. K. S.

A: Tive a benção de ter amigas muito bacanas que sempre me deram muita força e me ajudaram a ver o parto como uma coisa muito natural e muito sagrada, e eu queria muito experienciar isso, queria mergulhar fundo nessa oportunidade quando eu descobri que estava gestando.

Eu sei que é difícil pensar fora do ambiente hospitalar, muitas vezes, pelo fato de a mulher conferir toda a autoridade ao profissional da saúde, por ser alguém que estudou e que trabalha com isso. Se o profissional/médico, nos fala alguma coisa, nós dizemos amém. O fato é que existem muitas indicações de cesárea desnecessárias.

Mesmo que a mulher opte por um parto sem muita interferência dentro do hospital, na hora que o trabalho de parto está acontecendo e o profissional de saúde diz que precisa fazer uma intervenção, ela não consegue dizer não, muitas vezes. É um momento sensível, de muita emoção e sensações novas.

Então, eu fui entendendo que pra mim seria mais seguro parir em casa. Minha opção por parto domiciliar foi se construindo aos poucos, a partir de quando mergulhei melhor nesse contexto. Vieram alguns questionamentos internos como “será que é certo por não ter todos os aparelhos necessários? E se acontecer alguma coisa?”. Vieram esses medos, mas eu fui vendo que minha gestação estava sendo muito tranquila e que tinha tudo pra dar certo.

Conversando com minha equipe de parto eu fui desmistificando algumas coisas, alguns medos também, porque em um parto você pode, com certeza, fazer um internamento tardio, ficar mais tempo em casa para depois ir para o hospital, assim como podia tentar o parto domiciliar e se eu visse que talvez não evoluísse ou que alguma coisa acontecesse, daria tempo de ir para o hospital tranquilamente. Então eu fui ficando cada vez mais segura e com mais vontade mesmo de fazer em casa.

Nas últimas semanas fui preparando o ninho, fui deixando o ambiente acolhedor pra receber nosso pequeno R. Quando eu estava indo pra 39 semanas, eu tive o início dos pródromos (que é quando você começa a ter contrações que dão alguns indicativos de que a hora de parir está próxima, não quer dizer que já vai acontecer o parto). Numa quarta-feira que teve uma mudança da lua, teve uma lua cheia linda, comecei a ter algumas contrações de treinamento, mas foram ganhando ritmo, porque quando as contrações começam a pegar ritmo pode ser que inicie o trabalho de parto. Então, quando eu comecei a sentir isso, eu já

alertei minha equipe de parto e elas já ficaram perguntando como estavam. As contrações foram ficando mais fortes e elas me perguntavam se estavam ficando doloridas e eu tinha a sensação de que estavam ficando mais doloridas, mas eu não tinha muita noção de dor nesse momento. Neste dia, as contrações de treinamento começaram. A barriga ficava dura e eu sentia umas “pontadinhas”, umas “agulhadinhas”, e isso era completamente novo porque na gestação eu não tive contração de treinamento. Uma vez apenas minha barriga ficou um pouco dura. Aquilo era totalmente novo pra mim. Alertei minha equipe, todos vieram aqui em casa, montamos a piscina e fomos monitorando se evoluía. Eu tive, também, perda de um pouco do tampão mucoso, então parecia que era pra vir, mas não veio.

Eu fui dormir e o pessoal foi embora. No outro dia acordei sem nenhuma contração. Saí caminhar durante o dia, e senti que as contrações aumentavam durante a caminhada, eu ficava na bola e sentia que aumentava, mas não estavam tão fortes quanto naquela quarta-feira no fim do dia. Uma semana se passou e eu estava chegando perto da DPP (data prevista de parto). Estava de quase 40 semanas. Passou a quarta-feira, deu uma semana e nada. Fomos ficando mais ansiosos porque parecia que todo dia era o dia, mas não era.

Enfim, na quinta-feira eu tive umas sensações mais fortes, perdi um pouco mais o tampão com um pouco de sangue e já fiquei pensando que “agora vai acontecer mesmo”. Dormi, acordei sexta-feira e nada. Na sexta-feira, dia 3, eu comecei a ficar um pouco nervosa porque eu já estava ansiosa pra ver o R. e a sensação de que todo dia podia ser o parto me angustiava. Tudo era muito novo, fiquei nervosa e chorei, mas a C. K. (enfermeira parteira) me deixou muito tranquila.

A enfermeira veio até minha casa. Eu queria que ela fizesse o toque porque eu queria saber se estava tendo alguma dilatação, e ela disse que não adiantaria fazer o toque e ver que não tinha nada de dilatação porque isso talvez me deixasse mais nervosa. Ela me tranquilizou bastante e eu acabei relaxando. Nesse mesmo dia, numa sexta-feira, me reuni com os amigos e as contrações começaram a ficar mais fortes, com um pouco de falta de fôlego. Eu estava tendo há tantos dias que eu achei que não era nada. Eu parava e respirava. O pessoal que estava aqui em casa foi embora e eu e meu marido fomos deitar. Coloquei meu pijama e senti que uma contração pegou mais forte. Não eram apenas aquelas “agulhadinhas”, era uma coisa mais intensa. Eu continuei observando, deitei pra dormir e descansar,

A equipe de parto me ajudou muito com a hipnose do parto, me ajudou a entender esse processo da dor. Eu, quando criança, era exagerada quando me machucava, era

dramática, muito sensível. A hipnose me ajudou nisso. Então, quando eu deitei e tive aquelas contrações, eu comecei a olhar pra um ponto fixo pra tentar esquecê-la. Tentei controlar a minha mente. Eu estava entendendo que a dor não era sofrimento, era uma sensação que eu precisava me concentrar pra passar por isso tranquilamente. Quando eu percebi que estava usando muito essa técnica, levantei porque não tinha como dormir. Fui ao banheiro. Quando eu voltei pro quarto, acabei ficando de quatro no quarto e veio uma dor meio forte, então percebemos que era melhor chamar a equipe porque algo muito diferente estava acontecendo. Se fosse outro alarme falso, eu precisaria de alguma orientação.

Fui para o chuveiro, sentindo que ajudaria um pouco, e logo a equipe chegou. Quando saí de lá, estava entrando na partolândia¹¹ com contrações que me deixavam em um estado de presença um pouco diferente. Vale ressaltar uma questão: e se eu tivesse ido para o hospital naquela quarta feita anterior ou nesse mesmo dia que ficou intenso? Como começou de madrugada, ainda foi muito longo o trabalho de parto, das 2h às 14h. No hospital há muitos procedimentos padrões, quando querem acelerar esse processo, atrapalha na dilatação que é muito importante e depende muito do estado de espírito da mulher. Se ela está tensa, insegura, é muito difícil ela dilatar. Eu percebi a importância de eu estar aqui nesse ambiente seguro pra mim, eu fui entrando nessa outra dimensão, que é a partolândia. As dores foram ficando fortes e eu já estava amparada por toda a equipe, recebendo massagem, montando a piscina. Essa sensação de tempo pra mim é estranha porque minha mente já estava em outra. Então elas montaram a piscina e quando percebi, já estava na água.

Minha doula sempre me orientava a relaxar, a soltar a voz. Quando a gente sente dor, a gente tem tendência de se fechar, se encolher naquela dor, e ela me orientava a soltar, usar a voz. Eu não imaginava que eu ia soltar tanto a voz, mas eu queria muito me entregar pra aquilo porque eu sabia que se eu ficasse controlando, isso ia me atrapalhar muito. Eu simplesmente me entreguei e quando vinha a contração eu soltava a voz e aquilo me ajudava tanto. Eu não ia sentir vontade de vocalizar tudo aquilo num hospital... ia me sentir muito insegura, com vergonha mesmo, mas me ajudou muito porque cada vez que vinha a contração, vocalizar parecia que levava a dor junto.

¹¹ Entre as narrativas de mulheres durante o trabalho de parto, a expressão “partolândia” é comumente utilizada e está incorporada nos relatos de parto, sendo reconhecido, informalmente, como um termo que designa a concentração total na experiência de dar à luz. Seria como desligar-se completamente de estímulos externos e centrar-se apenas nas sensações provocadas pelos trabalhos de parto.

Eu estava na piscina tendo as contrações e pra me ajudar em algum momento, meu marido, P., entrou comigo. Quando vi que estava demorando, eu pedi ajuda pra equipe me ajudarem a acelerar porque eu já estava cansada. Elas me orientaram, vendo quanto de dilatação eu tinha, e em algum momento chegou a dilatação total e nada... parecia que minha bolsa sempre ia e trancava ali. Era bem grande e aquosa e não vinha o R. Eu pedi ajuda pra equipe pra estourar a bolsa pra mim. Meu plano inicial era que não ia ter nenhuma intervenção, mas eu já estava cansada e queria ver o R. Enfim, eu pedi. Achei que ia acelerar e ajudar o R. a vir mais rápido, porque parecia que era a bolsa que estava impedindo ali, mas na verdade não fez diferença.

Quando eu vi que o sol já estava batendo na janela, já estava amanhecendo, já fiquei alerta porque estava demorando muito, eu saí daquele universo e comecei a ficar mais preocupada. Fui ao banheiro pra ver se ajudava, porque é muita vontade de evacuar, muito forte a sensação, e xixi também, então eu precisava muito relaxar todos os esfíncteres. Eu saí da piscina pra vir pra sala, foi o momento mais difícil e mais forte pra nós, porque foi o momento que parecia que estava fechando 12h de parto, quase meio-dia, e nada, nada... parecia que o R. vinha um pouquinho e não conseguia, como se o meu colo estancasse, atrapalhasse a passagem do R. Eu fazia muita força e não adiantava, ia um pouco e voltava. Foi ficando tão difícil que eu já falava pra todo mundo “alguém me desliga, alguém me apaga”, eu não estava dando conta daquela sensação. Foi um momento muito forte, a C. K. nos orientou, perguntou se eu queria subir pro hospital e a gente disse não.

Eu, na verdade, estava com raiva, com muita raiva, era muita emoção rolando e eu já estava cansada e não queria mais aquilo. Então foi muito forte, sem romantizar muito, porque eu estava com raiva mesmo, já não estava mais pensando “eu quero meu filho”, estava querendo fugir daquela dor e que aquilo acabasse, uma sensação meio absurda. O P. do meu lado, também já estava cansado e preocupado e foi um momento que a gente começou a questionar essa escolha e o que a gente estava fazendo, mas parece que essa raiva que me deu também foi me dando força.

Teve um momento que meu pai entrou aqui e me deu um abraço e aquilo também me ajudou, ele me dizia “você é forte”, e eu dizia “eu não sou, quis desistir várias vezes”. Se alguém tivesse me oferecido uma anestesia, eu ia pedir 10, porque chega em um ponto que você não sabe mais o que fazer, é muito novo. A doula me ajudava muito, a M. B., ela me abraçava, e a gente tentou mil posições, vira pra cá e vira pra lá, pra tentar posicionar a cabeça dele... a enfermeira me ajudou muito com o toque, pois precisou fazer muito toque

ajudando o R. a passar pelo colo. Aquela força homérica, aquela fúria, ajudou a evoluir e quando vi estava quase nascendo.

Um momento muito bonito é quando eu escuto o relato de quem estava comigo. Pessoas muito importantes na nossa vida ao nosso redor, passando aquela energia positiva pra gente. Então, escutar o relato dessas pessoas próximas falando como elas estavam se sentindo, a D., a H., foi o momento que elas saíram pra fazer seus rezos, orações, e quando elas voltaram eu já estava ganhando o R. Foi um momento decisivo quando elas entraram, o R. já saiu, primeiro consegui sair a cabeça, fiz mais força e saiu inteiro. Aí ele nasceu e foi muito sublime porque ele nasceu e eu fiquei completamente anestesiada.

Ele nasceu com duas voltas de cordão no pescoço e estava um pouco apagadinho. Ele precisou ser aspirado e reanimado e eu olhei para aquela situação, ele assim, e fiquei só parada. mas não entrei em desespero, estava anestesiada. E aí que fizeram o procedimento muito rápido, o que precisava fazer, de repente ele já estava no meu colo e ele começou a gemer e eu pensei: “meu Deus, isso aconteceu mesmo?”. Foi muito precioso esse momento, aquela entrega e aquela confiança nos profissionais que estavam comigo e que sabiam o que estavam fazendo. E foi... deu certo! Nasceu! Mas ainda não tinha acabado. Foram 12h de trabalho de parto, nasceu o R. no dia 4 e ainda precisava nascer a placenta. Eu estava com ele, queria muito que o R. tivesse essa experiência, nascer e ficar nos meus braços, pra ele saber que estava seguro. Não pra ele ser levado e tomar banho e fazer um monte de procedimentos e aquela sensação de “cadê minha mãe, minha segurança no quentinho, junto com ela?”. E eu queria muito isso... ele nascer e vir pra mim. Ele precisou ser reanimado, mas foi muito rápido, e ele já estava comigo. A gente ficou naquele êxtase de estar com o filho nos braços, mas ao mesmo tempo muita dor e muito cansaço porque precisava nascer a placenta.

Eu nunca ia imaginar a A. de alguns anos atrás, que daria conta de tudo isso. Mas a gente precisa fazer as escolhas, pesquisar, acreditar também. Num hospital com pessoas intervindo e me deixando insegura, não ia conseguir. Ainda lidando com esse *boom* de emoções, insegurança e tudo, ia optar pelo caminho mais fácil. Mas acabou dando certo do jeito que a gente escolheu. Nasceu a placenta, e a gente pode enterrar ela aqui no sítio, logo depois o R. já estava mamando. Levou um tempinho pra ele mamar, não foi na primeira hora porque como ele precisou ser reanimado, ele ficou com oxigênio, então ele ficou perto do peito, mas não conseguia pegar o peito, mas mais tarde ele mamou. A equipe de parto é um amor, eu estava naquela entrega e elas limparam toda a casa, organizaram tudo, logo

veio uma sopinha pra mim, minha vizinha fez sopa pra mim, muito abençoada, todo mundo pode participar desse momento mágico.

P: Legal poder compartilhar um pouco da perspectiva paterna sobre esse momento mágico pra gente. Foi muito especial poder reviver tudo que a gente viveu, o parto como ele foi. Não foi só um mar de rosas, a gente costuma romantizar esse momento. Ele é mágico e incrível mesmo, mas os desafios que acontecem no caminho o tornam mais belo.

Poder estar junto o tempo todo não é algo que é tão comum quando a gente pensa em como o sistema convencional oferece, em termos hospitalares. Às vezes a participação paterna é deixada de lado nesse momento, então é uma honra muito grande poder trazer meu filho pra Terra, e estar participando e amparando a A., dando o apoio que pude dar, foi muito importante pra mim.

Bom, o parto todo foi bastante longo e cansativo, embora tenha sido muito bonito, foi muito cansativo e foi muito forte o momento em que a coisa não engrenava. O R. estava com duas voltas e meia do cordão em volta do pescoço, com a mão do lado do rosto, o colo do útero da A. obstruindo a passagem, e estava difícil de engrenar, então a gente começou a pensar na possibilidade de ir pro hospital mesmo, mas isso estava muito fora dos nossos planos. Sabíamos que era importante que existisse essa possibilidade. A gente tem um protocolo muito certo a seguir caso precise acionar a emergência, ter tempo hábil de chegar ao hospital, mas foi desafiador nesse momento que a gente teve que decidir se ia ou não para o hospital. Nessa hora coloquei em cheque todas as nossas decisões e motivações que nos inspiraram a decidir o parto do jeito que ele foi, de repente toda essa proposta de viver algo diferente daquilo que nos é “socado goela abaixo”, toda essa escolha caiu por terra. Pensei “o que estamos fazendo? Olha o impacto dessas escolhas!”.

Nesse momento, nos vimos numa encruzilhada enorme, e aí entra um ingrediente que é muito importante: a fé. Independente da religião é a fé na vida, na mãe, na mulher. Confiar na natureza das coisas. Confiar nessa sabedoria é muito importante e nessa hora eu entendi que estava nas mãos da natureza. Foi nessa hora que o R. nasceu. Foi muito especial. Acredito que foi um dos momentos mais mágicos da minha vida. Talvez o momento mais mágico da minha vida. Foi muito especial estar em casa com ele. Se tivesse sido no hospital, ele teria ido pra UTI por protocolo hospitalar, a gente teria que ir de 3 em 3h lá, e ele acabou de chegar no planeta! É importante que ele se sinta bem acolhido, não ficar numa incubadora, e a gente tendo que ir toda hora pra cidade, morando em sítio. Teria sido um transtorno enorme por alguns dias, certamente.

A gente viu que às vezes esses medos são movidos por uma boa intenção, muitas vezes, é cuidado pra que tudo saia da melhor forma, mas insere muitos medos na nossa cabeça que são desnecessários. Se a gente respeitar o tempo certo das coisas, funciona, somos prova viva disso. Ter cautela, saber analisar as variáveis, cada caso é um caso. Mas todas as condições que se deram desde as informações que a gente foi construindo desde a gestação, a confiança na equipe de parto que a gente sentia nelas, fez com que a gente se sentisse a vontade e confiante pra que tudo pudesse acontecer. Poder estar com o R. logo que ele nasceu, podendo se descobrir como pai — porque nascemos juntos —, então foi muito importante estar em casa, no aconchego do ninho que a gente preparou pra receber ele.

Embora ele tenha precisado de uma reanimação, a gente sabia que estava tudo certo, foram riscos que não evocaram tanto medo porque a gente sabia que ia ficar tudo bem. E foi o que aconteceu, o R. é muito saudável, logo nasceu a placenta também e eu tive a oportunidade de cortar o cordão umbilical. Isso é muito simbólico, poder participar desse processo todo, convidou algo do pai em mim, foi muito importante que as coisas tenham acontecido como aconteceram. Foi uma oportunidade de crescimento gigante pra gente, como se nossa união fizesse diferença, estar perto das pessoas certas também faz toda diferença. Esse trabalho prévio permitiu que a gente ficasse a vontade, permitiu que as contrações da A. evoluíssem, que a ocitocina estivesse em dia para desfrutar desse momento mágico e receber nosso menino.

A: Para mim, foi uma experiência essencial, cada pai e cada mãe são diferentes. Cada um tem um porquê, uma situação diferente pra passar. A gente vê na maternidade, na gestação, quando se fala de parto, muitas regras que valem para geral, mas na real cada um é único, cada casal é um universo a parte. Não existe o certo, o certo é sentir. Para nós foi um crescimento gigante, a gente precisava passar. Eu recomendo pra quem quer a experiência do parto normal, tentar pelo menos um internamento tardio, ou ficar mais tempo num ambiente que você se sinta segura e à vontade pra relaxar, porque é relaxar na dor. É louco isso, mas precisa, e se ambiente for hostil, você não vai relaxar.

P: Se vale o conselho para os pais que vão passar pela experiência do parto natural, se me cabe humildemente um conselho é: confiar. Confiar no poder das mulheres, nessa capacidade de trazer um ser pra cá, isso é muito mágico, sagrado mesmo, esse momento de vida. Cabe a nós sermos presentes, estarmos disponíveis, mantendo a firmeza necessária para ajudá-las a confiar nelas mesmas e saber que essa confiança vai ser botada em cheque, aí entra a rede de apoio, de quem está junto. É muito importante ouvir de pessoas que já

tiveram essa experiência, estar com pessoas que trabalham com isso, doula, parteira, a equipe é fundamental. A gente sentiu a confiança delas muito forte.

A: O sistema de saúde está aí pra ajudar no que precisar, e é a gente que faz eles serem do jeito que são, então se as mulheres quiserem ter mais essas experiências, retomarem esse papel, são as mulheres que vão ter que fazer isso. O sistema também é capaz de se reformular. A gente sabe que a violência obstétrica acontece e existe, mas é uma coisa que acontece mesmo porque está sendo tirado da mulher esse poder. A gente tem que deixar a mulher ocupar o papel de protagonista quando falamos do parto. A equipe está ali pra ajudar porque é ela que vai dizer o que ela precisa. O mais triste é ver que é tirado isso dela. Dá certo, sim, a mulher tem esse poder, sim, pode ser que seja difícil, mas depende de cada mulher, cada parto é um parto. Tem parto que pode ser muito rápido e tranquilo, tem parto que vai ser um pouco mais difícil e é a história de cada um, mas a gente tem que entender que a natureza é assim, não tem como controlar tudo e entender tudo.

Quis fazer esse relato porque eu vi alguns relatos que me ajudaram a entender que é muito diferente de mulher pra mulher, não dá pra idealizar, seu filho vai vir de um jeito todo especial, ele também vai ser diferente, o que ele vai precisar, não vai seguir uma regra. Era esse recado que eu queria dar sobre essa minha experiência que foi transformadora na minha vida. Gratidão à minha equipe maravilhosa de parto e gratidão ao meu companheiro.

Segundo Ana Paula Vosne Martins (2005), as memórias maternas são narrativas de como as mulheres se apropriaram das convenções sociais sobre a maternidade, buscando assim, soluções para os problemas relacionados à experiência de dar à luz e criar filhos.

No que diz respeito ao protagonismo no parto, as mulheres entrevistadas deixaram claro que foram as responsáveis por decidir a via de parto e a maneira como seriam conduzidos os procedimentos, em alinhamento com a equipe escolhida para o acompanhamento durante todo o pré-natal, ainda que os companheiros das mulheres tenham participado ativamente de todo o trabalho de parto. Um estudo feito por Tania Salem (2007) pesquisava o “casal grávido”, tendo em foco casais das camadas médias do Rio de Janeiro nos anos 80. Essa expressão denotava a participação do homem tanto na gravidez quanto no parto, e o compromisso de que o parto fosse realizado com a mínima interferência médica possível.

As entrevistadas da presente pesquisa têm entre 26 e 31 anos, e duas das três entrevistadas já tinham filhos antes de ter o parto domiciliar. Ambas não tinham planejado a gravidez, por isso, a gestação foi vivida como um período de aceitação e busca por informação para a realização do parto humanizado. Além disso, as mesmas entrevistadas que já eram mães tinham sofrido violências obstétricas traumatizantes em seus partos anteriores, o que incentivou a busca por informações e um preparo coerente com suas vontades de parir em casa.

Todas as entrevistadas tiveram a presença dos seus companheiros durante o parto, no entanto, uma das entrevistas (de A. K. S.) teve a participação do companheiro relatando sua perspectiva sobre o momento. O companheiro relatou sua insegurança, mas também, a confiança que buscou depositar na mulher, deixando como conselho aos futuros pais a necessidade de confiar e acreditar que o corpo feminino é perfeito no ato de gestar e dar à luz uma vida.

Nenhuma das entrevistadas teve um parto mal sucedido por ter sido atendida em casa, e apenas uma narrou um parto um pouco mais difícil por ter ficado em trabalho de parto por 12 horas e o bebê ter precisado de auxílio nas primeiras horas após o parto. Todas relataram as fortes dores, a sensação de transe durante o trabalho de parto ativo e expulsivo, as “boas energias” e orações pelas amigas e doulas, a vaga noção da passagem do tempo, mas de forma geral, percebe-se uma narrativa com enfoque na força e no poder que as mulheres têm em parir, na necessidade de passar pela experiência e sentir-se capaz de dar à luz sozinha, sem intervenções desnecessárias.

Ao relatar como se sentiram, nota-se um certo orgulho por terem conseguido passar pelo processo das dores dos partos sem desistir e voltar atrás. Com exceção de uma entrevistada, a qual deu à luz ao seu primeiro filho, as outras mulheres já tinham um histórico com violência obstétrica em partos anteriores. Inevitavelmente, essas mulheres construíram uma imagem associada ao parto de sofrimento, mais do que a satisfação e a confiança em seus próprios corpos para parir.

Com frequência, o discurso que sugere o parto humanizado ou natural é valorizado justamente por respeitar a mulher. Na visão das entrevistadas, em geral, o respeito significa ter suas escolhas em relação ao parto acolhidas, ou serem consultadas previamente. Esse tipo de interação estabelece um relacionamento igualitário entre o obstetra e a parturiente que não costuma marcar esse tipo de relação no ambiente hospitalar.

Notou-se, na fala das mulheres entrevistadas, que o parto humanizado tinha como motivação a preferência pelo “natural”, em frases como “eu queria viver essa dor. Eu

sonhava em parir sem sofrimento. E assim foi”; “me senti um animal parindo e foi sensacional”; “eu vi o parto como uma coisa muito natural e muito sagrada, e eu queria muito experienciar isso, queria mergulhar fundo nessa oportunidade quando eu descobri que estava gestando”. Essa motivação pode ser atribuída pela busca incessante por informações acerca do parto domiciliar, desencadeando na segurança necessária que as parturientes precisavam por terem feito a escolha de parir em casa.

Dessa maneira, as entrevistadas buscam, em diversas falas, reafirmar o controle que tinham sobre seus corpos no momento do parto, destacando que a opção por um parto humanizado foi fruto de suas próprias escolhas. A pesquisa realizada por Olivia Hirsch (2015), em que também foram entrevistadas mulheres que decidiram pelo parto humanizado no Rio de Janeiro, aponta que há um equívoco entre os termos “parto natural” e “parto humanizado”, tratando aquele como um parto em que não há intervenção e este como o parto em que a mulher tem suas escolhas respeitadas. No entanto, a autora aponta que “também é considerado “humanizado” o parto que respeita o desejo de se tomar anestesia ou de se fazer uma cesárea, caso a mulher esteja ciente dos benefícios envolvidos nessa escolha” (p. 237). A entrevistada A. K. S. é um exemplo de que uma intervenção não descaracterizou o parto humanizado e natural, tendo em vista que pediu para que sua bolsa fosse estourada quase após 12h de trabalho de parto ativo:

“Eu pedi ajuda pra equipe pra estourar a bolsa pra mim. Meu plano inicial era que não ia ter nenhuma intervenção, mas eu já estava cansada e queria ver o R. Enfim, eu pedi. Achei que ia acelerar e ajudar o R. a vir mais rápido, porque parecia que era a bolsa que estava impedindo ali, mas na verdade não fez diferença”.

Nesse sentido, comentários sobre o corpo da mulher ser perfeito e suficiente no ato de parir são comuns em relatos de parto humanizado. A entrevistada A. K. S. deixa isso em evidência quando sugere que o ambiente hospitalar poderia interferir nas percepções e no funcionamento do corpo e do emocional:

“Num hospital com pessoas intervindo e me deixando insegura, não ia conseguir. Ainda lidando com esse *boom* de emoções, insegurança e tudo, ia optar pelo caminho mais fácil. Mas acabou dando certo do jeito que a gente escolheu”.

Importante salientar que todos os relatos apontam para um conhecimento mais avançado sobre as violências obstétricas e as modalidades de atendimento referente ao parto. Esse aspecto pode-se explicar devido à classe social das mulheres entrevistadas, tendo em vista que todas têm formação profissional e puderam arcar com as despesas de uma equipe de parto domiciliar.

Por outro lado, para muitas mulheres de camadas populares a proposta do parto humanizado e desmedicalizado não costuma ser desejada, como aponta a pesquisa de Hirsch (2015). Segundo a autora, as mulheres de camadas sociais mais baixas acreditam que os procedimentos rotineiros nas internações para dar à luz são vistos como “ajuda”, pois favorecem que o trabalho de parto seja mais rápido e indolor, soando quase como um sinônimo de “bom parto”.

Portanto, se para as mulheres de camada média/alta a ênfase do parto recai sobre o processo, ou seja, o trabalho de parto em si, para as mulheres de camada baixa o interesse está no resultado, isto é, no nascimento do bebê (HIRSCH, 2015).

É interessante notar que o parto, outrora encarado como sacrifício ou fonte de sofrimento, passa a ser percebido como um desafio. Uma das entrevistadas usou as expressões “me entregar para isso” e “relaxar na dor” várias vezes para referir-se ao trabalho de parto. A intensidade da experiência, certamente, está atrelada à ausência de medicamentos, à anestesia, e o aproveitamento sensorial completo das dores e do ato expulsivo. As entrevistadas relataram que uma das indicações da doula que as acompanhou, era a de vocalização quando tinham contrações, evidenciando a vontade de vivenciar o parto da maneira mais natural possível, valorizando a intensidade das emoções, seja da dor ou da alegria, enriquecendo a experiência e a elevando a um momento “mágico” e “sublime”. Cabe destacar aqui que o parto, de maneira geral, bem como, a sensação de dor, é ressignificada pela maioria das entrevistadas. Uma das mulheres relembra seu histórico “dramático” e não se considerava capaz de sentir dor por livre e espontânea vontade, mas deu preferência pelo uso de termos como “força”, “pressão” e “partolândia” para designar o transe que as dores causavam durante o trabalho de parto.

Neste sentido, o parto é vivenciado como uma demonstração de força, resistência e, principalmente, de consolidação de sua feminilidade, possibilitando uma construção de identificação com outras mulheres que se dispuseram a superar as dores provocadas pelas contrações sem recorrer a medicamentos e intervenções ainda que tenham sido experiências que demandaram um engajamento físico muito grande. Desse aspecto decorre a sensação

de satisfação que todas as entrevistadas demonstraram ao final de seus relatos, como fica demonstrado na fala de D. A.:

“Sentindo-me segura com uma equipe incrível eu pari feliz. Foram 15 horas de bolsa rota e minha filha veio linda com seus exatos 4,0 kg. Me senti um animal parindo e foi sensacional.”

Todas as entrevistadas se conheciam antes dos seus respectivos partos. Como dito anteriormente, o núcleo de realização de partos domiciliares no município de Guarapuava ainda é restrito, o que favorece a aproximação das mulheres que desejam um parto domiciliar com a equipe que os realiza.

Apesar de as experiências se aproximarem em muitos pontos, é importante ressaltar que cada relato e impressão suscitada foi única e singular.

CAPÍTULO 3

3 PROBLEMATIZANDO PARTOS EM GUARAPUAVA

O Capítulo 3 busca demonstrar como a estruturação dos nascimentos está sendo realizada na cidade de Guarapuava e os papéis que as doulas e a equipe de enfermagem estão desempenhando no contexto de partos humanizados.

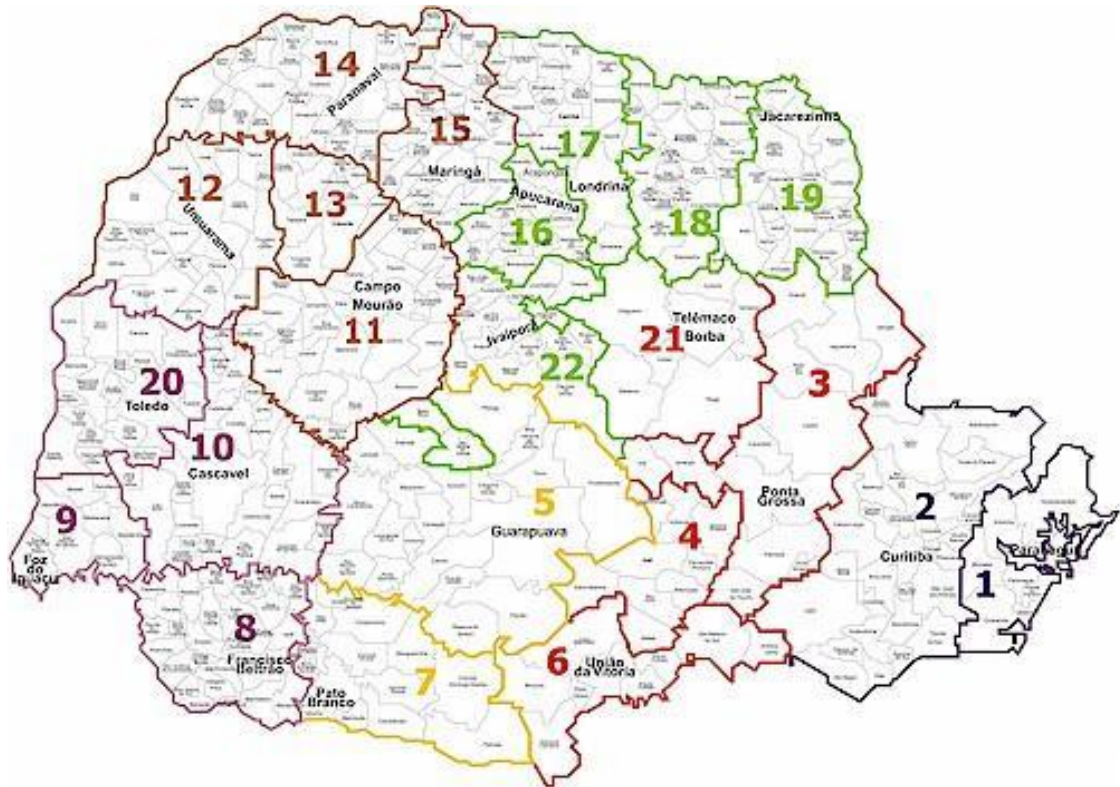
A escolha do município de Guarapuava para a realização dessa pesquisa se deu após minha experiência com um contato muito próximo com a realidade de partos realizados na cidade do ano de 2014 a 2017. Trabalhei durante os três referidos anos na maternidade do Hospital São Vicente de Paulo e, após concluir minha especialização em Obstetrícia, o interesse e amor por partos respeitosos despertou em mim a necessidade de pesquisar e disseminar as informações necessárias às gestantes.

Por meio da análise da estruturação dos partos na cidade de Guarapuava e no panorama de atuação das doulas, é possível notar a baixa taxa de partos normais e humanizados no município. Em contrapartida, a taxa de partos cesárea é considerada muito alto quando comparado ao recomendado pelos órgãos de saúde internacionais.

3.1 A estruturação dos nascimentos na cidade de Guarapuava

A cidade de Guarapuava, município do centro-sul paranaense, está localizada a 219 km de Curitiba, capital do Estado. No último censo, realizado em 2010, o número de habitantes foi de 167.328 pessoas, com estimativa de 181.504 habitantes para o ano de 2019 (IBGE, 2019). Ao todo são 22 Regionais da Saúde em todo o Estado (Figura 1), tendo como principal papel o desenvolvimento da inteligência necessária para apoiar o município em todas as áreas e influenciar a gestão das questões regionais de saúde. Guarapuava é sede da 5ª Regional da Saúde, a qual atende e é referência para 20 municípios e mais de 440.000 habitantes (SESA/PR).

Figura 1 - Mapa das Regionais da Saúde no Estado do Paraná.



Fonte: SESA/PR (2019).

O Plano Direto de Regionalização (PDR) é um dos principais instrumentos de planejamento da regionalização e expressa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, objetivando a “garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos” (p. 5, 2009). Nesse Plano, as propostas foram discutidas nas 22 Regionais de Saúde, juntamente com seus municípios de abrangência e os técnicos das da Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. Estabeleceu-se que o Estado do Paraná possuiria 52 Microrregiões, 22 Regiões da Saúde, 6 Macrorregiões e 2 Pólos Estaduais (BEVILACQUA *et al.*, 2009).

As Regionais foram divididas de modo a serem recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, sendo reconhecidas com identidades culturais, econômicas e sociais, tendo redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território. Desse modo, as Regionais deverão resolver a maior parte da demanda para consultas, exames e procedimentos de média complexidade, podendo atender também uma

parte dos serviços e procedimentos considerados de alta complexidade. Os critérios adotados no PDR (2009) para a composição da Região de Saúde foram os seguintes:

- a) Contiguidade entre municípios;
- b) Respeito à identidade expressa no cotidiano social, econômico e cultural;
- c) Existência de infraestrutura de transportes e de redes de comunicação que permita o trânsito das pessoas entre os municípios;
- d) Existência de fluxos assistenciais que devem ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde (p. 7).

A macrorregião Leste é composta por Paranaguá como sendo a 1ª Regional de Saúde, seguido de Curitiba como a 2ª e União da Vitória sendo a 6ª Regional. Na macrorregião Campos Gerais, a 3ª Regional é Ponta Grossa, a 4ª é Irati e Telêmaco Borba como a 21ª Regional. A macrorregião Centro Sul conta com a 5ª e 7ª Regionais, Guarapuava e Pato Branco, respectivamente. A macrorregião Oeste tem como 8ª Regional a cidade de Francisco Beltrão, Foz do Iguaçu como 9ª Regional, Cascavel como 10ª e Toledo como 20ª. A macrorregião Noroeste tem a 11ª, 12ª, 13ª, 14ª e 15ª Regionais, sendo nos municípios de Campo Mourão, Umuarama, Cianorte, Paranavaí e Maringá, respectivamente. A macrorregião Norte compreende a 16ª Regional em Apucarana, a 17ª em Londrina, a 18ª em Cornélio Procopio, a 19ª em Jacarezinho e a 22ª em Ivaiporã (PDR, 2009) (Figura 2).

Figura 2 - Mapa dos municípios contemplados pelo atendimento da 5ª Regional da Saúde, sede em Guarapuava – PR.



Fonte: SESA/PR (2019).

Guarapuava conta com a prestação de serviços de dois hospitais referência para os 20 municípios da 5ª Regional de Saúde. O Hospital de Caridade São Vicente de Paulo caracteriza-se como uma instituição filantrópica e, por esse motivo, tem obrigatoriedade em 60% de atendimento oriundo do SUS. Foi fundado em 1913, por um grupo de pessoas da comunidade. Hoje, conta com mais de 8.000 m² de área construída, contando com 154 leitos ativos – sendo 121 deles destinados aos ¹²atendimentos do SUS. Possui estrutura para atender procedimentos de alta complexidade em especialidades de cardiologia, neurologia e oncologia. A estrutura conta com a Maternidade Eurípio Rauen, localizada no térreo do Hospital São Vicente, em funcionamento 24h com ampla rede de enfermagem composta por 4 enfermeiras em escalas de 12x36, técnicos e auxiliares de enfermagem, um obstetra e um pediatra a cada plantão (HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO, 2010).

A unidade apresenta-se informatizada e com estrutura física dividida em sala de espera, posto de enfermagem, sala de exames, sala de pré-parto, sala de parto normal, sala

¹² As informações sobre a Rede Mãe Paranaense foram coletadas no site da Secretaria da Saúde pelo link <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2892>. Acesso em março de 2020.

de assistência ao recém-nascido, sala de orientação para mães, Unidade de Atendimento de Médio Risco, expurgos e vestiário. Além disso, a maternidade conta com 25 leitos, sendo que 15 são destinados para atendimento do SUS e quatro para convênios. Ainda, integra o Programa de Governo “Rede Mãe Paranaense”¹³ tornando-se referência regional para gestações de alto risco e busca a recuperação e estabilização de bebês prematuros e com baixo peso através do Banco de Leite Humano.

O público-alvo da Rede Mãe Paranaense são as mulheres em idade fértil e crianças menores de 1 ano de idade, e o projeto consiste em um conjunto de ações que envolve a captação precoce da gestante, além do seu acompanhamento no pré-natal (com no mínimo 7 consultas), a realização de 17 exames, garantia de ambulatório especializado para gestantes e crianças de risco e a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional.

O Hospital Santa Tereza foi fundado pelo médico Dr. Frederico Guilherme Keche Virmond e, atualmente, fragmentou-se em duas unidades: o Instituto Virmond, que realiza atendimentos e o Hospital Santa Tereza que realiza diagnósticos e atendimentos terapêuticos. O Hospital conta com maternidade estruturada com suítes para internamentos, Centro Obstétrico e UTI Neonatal.

Um estudo realizado por Wrobel e Ribeiro em 2006, comparou maternidades da cidade de Londrina e de Guarapuava que apresentam realidades opostas. A maternidade em Londrina é municipal e dispõe de um programa de humanização do parto, enquanto nas maternidades de Guarapuava, tanto a filantrópica quanto à particular conveniada ao SUS, isso não ocorre.

Embora o parto seja um processo natural, é comum que as parturientes passem por preocupações inerentes ao ato de parir. A expectativa das gestantes quanto ao tipo de parto está intimamente ligada à maneira como as informações sobre o assunto estão disponibilizadas e acessíveis. Por isso, a orientação no pré-natal e no momento de trabalho de parto devem fazer parte da assistência sendo um instrumento de alto potencial. A dor vivenciada pela mulher deveria ser considerada um fenômeno natural passível de ser experienciada sem grandes traumas. Dessa forma, as propostas de humanização do parto

¹³ A Rede Mãe Paranaense é um conjunto de ações que envolve a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, a classificação de risco das gestantes e das crianças, a garantia de ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional.

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Paraná.

resgatam as técnicas mais naturais e menos invasivas para o alívio da dor e da protagonização da mulher no parto (WROBEL; RIBEIRO, 2006).

Os hospitais públicos do Brasil têm buscado oferecer uma assistência humanizada ao parto, justificando certa redução das taxas de cesárea, ainda que o contrário seja demonstrado em hospitais privados (TEIXEIRA, 2003).

Foram coletados dados sobre os partos realizados no ano de 2019 de ambos os hospitais de Guarapuava, objetos dessa pesquisa. Abaixo, na Tabela 2 e 3, estão, em números absolutos, os partos realizados por via vaginal (normal) e por cesárea realizados no Hospital de Caridade São Vicente de Paulo e Hospital Santa Tereza, respectivamente, no período de março a julho de 2019.

Tabela 2 - Partos realizados no Hospital São Vicente de Paulo no período de março a julho de 2019.

Mês	Ano	Parto Normal	Cesárea
Março	2019	58	107
Abril	2019	63	102
Mai	2019	77	104
Junho	2019	72	77
Julho	2019	55	103
Total	-	325	493

Fonte: Coordenação do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, 2018/2019.

Tabela 3 - Partos realizados no Hospital Santa Tereza no período de março a julho de 2019.

Mês	Ano	Parto Normal	Cesárea
Março	2019	105	50
Abril	2019	90	51
Mai	2019	103	55
Junho	2019	100	59
Julho	2019	91	47

Total	-	489	262
--------------	---	------------	------------

Fonte: Coordenação do Hospital Santa Tereza, 2018/2019.

Nota-se que foram realizados 50% a mais de partos cesáreos do que partos normais no Hospital São Vicente de Paulo, enquanto no Hospital Santa Tereza, ocorreu o contrário: mais de 50% de partos normais foram realizados em comparação a partos cesáreos. Acredita-se que essa discrepância entre os dados dos dois hospitais se dão pelo fato de que o Hospital Santa Tereza realiza mais partos pelo SUS do que o Hospital São Vicente. Segundo o estudo de Eufrásio (2017), no setor privado, as taxas do parto cesárea são significativamente maiores (80-90%) que no sistema público (35-45%). A justificativa para o aumento das taxas de cesariana nas maternidades de todo o país se dá pelas indicações desnecessárias por conveniência, facilidade, escolha da própria gestante ou medo e incertezas, pela parturiente, do parto vaginal.

As tabelas a seguir foram consultadas online no site do SISNAC (2019) no mês de novembro de 2019. O SISNAC gerencia os Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos para uso em epidemiologia, reunindo, organizando, analisando e divulgando informações de interesse no Estado do Paraná.

Nas tabelas 4 e 5 abaixo, temos os dados referentes aos partos vaginais e cesáreos realizados durante o ano de 2019 – do mês de janeiro a outubro – na cidade de Guarapuava. Sob o ponto de vista do parto humanizado, as cesáreas deveriam ser realizadas em caso de complicações e necessidade para salvar a vida da mãe e/ou do bebê. No entanto, a alta incidência de partos cesáreos demonstrados nas referidas tabelas, demonstram que a cesariana é considerada o modo mais comum de nascimento no Brasil. A alta incidência dessa via de parto é preocupante, pois, desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15% (WHO, 2015). Não é o que mostram os dados das tabelas analisadas, com uma taxa de cesárea de 50% dos partos realizados.

Segundo Santos (2017), os fatores que podem contribuir nas altas taxas atuais de cesáreas é o fato de o país ter muita heterogeneidade de culturas e condições socioeconômicas, bem como, ter um extenso território e diferentes acessos aos serviços de saúde. Dados do Ministério da Saúde de 2011 mostram uma alta proporção nos partos cesáreos especialmente nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste do país. Levando em consideração os fatores de desigualdade social, as mulheres com condições econômicas desfavoráveis têm menos acesso à cesariana que aquelas com alto status econômico.

Tabela 4 - Total de partos vaginais realizados em 2019 (de janeiro a outubro) em Guarapuava - PR.

Partos vaginais	2019	TOTAL
-	1258	1258

Fonte: SISNAC (2019).

Tabela 5 - Total de partos cesáreos realizados em 2019 (janeiro a outubro) em Guarapuava - PR.

Partos cesáreos	2019	TOTAL
-	1256	1256

Fonte: SISNAC (2019).

Tabela 6 - Total de partos realizados em 2019 (janeiro a outubro) em Guarapuava - PR.

Partos (total)	2019	TOTAL
-	2514	2514

Fonte: SISNAC (2019).

O número total de partos realizados em Guarapuava no ano de 2019 é de 2.514 (Tabela 6), sendo 50% destes, partos vaginais.

Na tabela 7 e 8, demonstram-se o número de partos realizados em ambiente hospitalar e fora do ambiente hospitalar. Vale ressaltar que, ao inferir que o parto foi fora do ambiente hospitalar, não necessariamente significa que o parto foi domiciliar, pois pode ter ocorrido em curso (na ambulância, na sala de espera, em outro estabelecimento de saúde, etc.).

Tabela 7 - Total de partos realizados em ambiente hospitalar no ano de 2019
(janeiro a outubro) em Guarapuava – PR

Partos hospitalares	2019	TOTAL
-	2297	2297

Fonte: SISNAC (2019).

Tabela 8 - Total de partos realizados fora do ambiente hospitalar no ano de 2019
(janeiro a outubro) em Guarapuava - PR.

Partos fora do ambiente hospitalar	2019	TOTAL
-	207	207

Fonte: SISNAC (2019).

Ainda que os partos realizados fora do ambiente hospitalar fossem considerados como partos humanizados realizados a domicílio, seria um número muito baixo quando comparado com o total de partos realizados no município no ano de 2019. De 2514 partos realizados do mês de janeiro a outubro de 2019, apenas 207 foram realizados fora do ambiente hospitalar, ou seja, menos de 10% dos partos realizados. Sabe-se que no Brasil, hoje, vivemos uma epidemia cesarista, considerando mais o número de nascimentos do que a qualidade da assistência. Esse ato ressalta a relação de poder que os profissionais da saúde têm sobre as mulheres, reflexo da medicalização do parto, trazendo como consequência a influencia na capacidade da mulher de enfrentar autonomamente a experiência de parto (OLIVEIRA, 2016).

Na Tabela 9 podemos verificar que foram realizados 8 partos domiciliares no ano de 2019 em Guarapuava. Provavelmente este número tão baixo decorre não só da falta de disseminação dos benefícios de um parto sem intervenções desnecessárias, mas também, da desestabilização entre o discurso da cultura da cesárea segura, conveniente e asséptica contra o discurso cultural do parto normal, que é doloroso, demorado e com muitos riscos (OLIVEIRA, 2016). Seguindo essa lógica, o serviço de saúde passa a oferecer um parto

normal desrespeitoso, farto de violências obstétricas, na tentativa de vender uma cesárea como uma opção mais coerente.

Tabela 9 - Total de partos domiciliares realizados no ano de 2019 (janeiro a outubro) em Guarapuava – PR

Partos domiciliares	2019	TOTAL
-	08	08

Fonte: SISNAC (2019).

O estudo realizado por Laiane Eufrásio (2017) analisou o aumento do número de cesáreas no Brasil em um recorte temporal de 1974 a 2013. Os resultados mostram a prevalência de 53% de cesáreas no Brasil, o que corrobora com o encontrado em outros estudos que demonstram que essa via de parto é cada vez mais frequente. Ainda, as regiões com mais alta taxa de cesáreas foram as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, sendo a região Sul a localidade com a maior taxa de cesárea e aumento na proporção de nascimentos pré-termos em todo o país, devido a uma ampliação da esfera privada em detrimento da pública na área da saúde.

Através dos dados obtidos nas tabelas acima, conclui-se que o número de partos domiciliares é significativamente menor que o número de partos realizados em ambiente hospitalar. É fato que a atmosfera que envolve o parto domiciliar e humanizado ainda é de insegurança, devido à falta de protagonismo da parturiente durante o trabalho de parto, fato que, somado à falta de informação e empoderamento durante a gestação, o resultado não poderia ser diferente.

3.2 A humanização do parto: desvelando significados entre parteiras/doulas, enfermeiras e mulheres dentro do município de Guarapuava

As parteiras compartilhavam da mesma realidade sociocultural das mulheres as quais assistiam no parto. A sabedoria das parteiras é adquirida na prática ou com parteiras mais experientes e, geralmente, sua iniciação no ofício se dava por uma emergência – por isso eram conhecidas, também, como “fazedoras de emergência” (FAGUNDES, 2017).

Desde a antiguidade, as mulheres exercem papéis e ofícios de proteção e cura, observados em várias sociedades ao longo dos séculos (FAGUNDES, 2017). Antes da existência das faculdades de Medicina, quem cuidava dos nascimentos eram essencialmente mulheres: parteiras, comadres, mães, irmãs, cunhadas, vizinhas. As mulheres formavam uma rede de apoio, transmitindo conhecimentos empíricos aprendidos com seus antepassados. Ainda hoje, as mulheres dão continuidade a esse fenômeno, andando lado a lado com a medicina moderna e a categoria parteira, que já foi quase apagada, ressurge em meio à discussão de humanização do parto.

No fim do século XIX, médicos brasileiros sugeriram a associação do trabalho da parteira e da enfermeira – restringindo seu espaço de atuação. As parteiras deveriam se submeter a cursos de partos para se manterem dentro dos limites impostos pela Medicina, então, em 1949, o diploma de enfermeira poderia ser complementado com um curso de especialização em Enfermagem Obstétrica (FAGUNDES, 2017).

A história da formação da prática médica, tal como conhecemos na atualidade, é marcada por uma visão masculina de mundo – em que a ideia de superioridade do homem está ligada à cultura e a mulher está ligada à natureza. A passagem da parteira para o médico se sustenta através da valorização da ciência e da desvalorização do conhecimento popular, colocado como ineficiente frente às práticas modernas nos hospitais, prometendo um parto rápido e sem dor. A doulagem apresenta uma mudança de perspectiva, devolvendo à mulher a autonomia sobre seu próprio corpo, resgatando a força selvagem que a mulher possui dentro de si (MORITZ, 2016).

Doula é uma palavra de origem grega que significa “escrava” ou “mulher que serve outra mulher”. Na atualidade, refere-se às mulheres que dão suporte físico e emocional às parturientes durante e após o parto. Essa tarefa aborda aspectos emocionais, prestação de orientações e medidas de conforto. No Brasil, existem cursos para formação de doulas profissionais, onde há certificados e cadastros para validar essa profissão. Graças a essa atuação, estudos mostram os benefícios do suporte da doula, demonstrando que as mulheres acompanhadas aumentam em duas vezes a chance de ter parto vaginal, além da diminuição nas taxas de uso de analgesia, ocitocina sintética, fórceps e cesariana (SANTOS, NUNES, 2009). O serviço da doula é indicado pelo Ministério da Saúde desde 2003, justamente pela influência que exerce na diminuição do número de cesáreas (MORITZ, 2016).

Um estudo desenvolvido por Silva *et al.* (2012) entrevistou 16 profissionais de Enfermagem, na Bahia, que haviam tido contato com as doulas com o objetivo de relatar sobre a participação na assistência à mulher no trabalho de parto. Como resultado, o estudo

revelou que muitos enfermeiros estão despreparados para atuar como acompanhantes das parturientes no contexto das maternidades. Os benefícios do suporte da doula foram mencionados pelos profissionais e pelas parturientes que vivenciaram o serviço. Além disso, os enfermeiros relataram que a presença da doula os libera para realizar suas atividades administrativas, atender um número maior de pacientes e repassar informações sobre o trabalho de parto.

Infelizmente, a presença da doula, por muitas vezes, é entendida como uma ameaça à equipe médica, tendo em vista que a tensão existente entre ambos os papéis é minimizada ou ressaltada, dependendo da situação e da necessidade de determinados procedimentos de rotina realizados durante o parto. De certa maneira, a doula figura uma espécie de denúncia contra condutas de violência obstétricas realizadas (MORITZ, 2016).

Atrelada às discussões sobre o aumento da prevalência de cesáreas no Brasil, a formação do profissional de saúde pode ser capaz de afetar essa taxa. Sabe-se da importância das informações fornecidas pelo profissional de saúde que atende a gestante no momento do pré-natal, bem como, no momento do parto. Diante disso, apesar do investimento do Ministério da Saúde na implementação de políticas de humanização nos serviços de saúde, a formação dos profissionais ainda é uma das áreas menos problematizadas na formulação de políticas de saúde (EUFRÁSIO, 2017).

A formação profissional, focada no parto vaginal humanizado e na medicina baseada em evidências, além da implementação de políticas educativas para os profissionais já atuantes, contribui para o aumento dos partos humanizados e diminuição significativa das cesáreas no país (EUFRÁSIO, 2017).

Muito ainda precisa ser feito para que o papel da doula seja reconhecido e validado. No Brasil, a presença das doulas ainda é restrita nas maternidades e há resistência por parte dos profissionais da saúde. No entanto, as mulheres estão assumindo novas formas de atuação e mobilização dos recursos formais e informais em relação ao parto, de maneira que possibilite a formulação de políticas públicas no acompanhamento integral e humanizado articulado à gestante (SILVA *et al.*, 2012).

No município de Guarapuava é recente a oferta do serviço de doulas, bem como, é recente a procura por esse tipo de serviço. Não há pesquisas e estudos relacionados à doulagem na cidade, tendo em vista que os saberes disseminados sobre o assunto são realizados de maneira informal, em trocas de informações cotidianas e indicações diretas de conhecidos e/ou mulheres que já utilizaram o serviço. Em um dos jornais locais de

Guarapuava, o Correio do Cidadão¹⁴, publicou-se que o primeiro curso de formação de doulas do município foi realizado no mês de dezembro de 2019, contando com 32h de aulas, conduzido pela enfermeira obstetra Cristiane Kuster e pela doula e terapeuta Mirian Baitel. Contou, ainda, com a participação de outros profissionais da área da saúde humanizada na assistência ao parto.

Dito isto, conclui-se que a necessidade de intervenções com foco nos profissionais de saúde, nas mulheres e na organização e estrutura dos serviços de saúde se faz necessária para humanizar o ato de parir. O Brasil ainda possui um modelo de assistência ao parto vaginal extremamente invasivo, doloroso e repleto de intervenções desnecessárias. A doulagem regulamentada e os protocolos padronizados na assistência obstétrica realizadas pela equipe de enfermagem nos hospitais são medidas factíveis para mudar essa realidade.

Conforme dito anteriormente, Guarapuava é um dos centros de referência na área da saúde para mais de 20 municípios vizinhos, sendo a sede da 5ª Regional de Saúde. Tamanha importância deve ser levada em consideração ao se pensar na prática do parto humanizado, ainda tão pouco falada no município. Ainda que os dois hospitais, objetos desta pesquisa, tenham profissionais da saúde capacitados para a realização de partos com segurança, não há atualização sobre os benefícios da humanização do parto e do protagonismo da mulher durante o processo. Ademais, as maternidades da cidade pesquisadas nesse estudo não oferecem espaços especializados e apropriados para proporcionar um trabalho de parto humanizado às parturientes. Essas razões, dentre tantas outras já exaustivamente discutidas nesta pesquisa, levaram as entrevistadas desse estudo a optarem pelo parto domiciliar.

¹⁴ Correio do Cidadão. Jornal local – Guarapuava (PR). Disponível em: <https://www.correiodocidadao.com.br/noticia/guarapuava-tera-em-novembro-o-primeiro-curso-de-doulas>. Acesso em: dezembro de 2019.

CAPÍTULO 4

4 O PAPEL DA ENFERMAGEM – ENTRE O AMBIENTE HOSPITALAR E DOMICILIAR

O Capítulo 4 apresenta por meio dos mais recentes artigos e estudos acerca do fenômeno social do parto humanizado e domiciliar, o envolvimento da enfermagem no movimento de humanização do parto. Buscou-se apontar o Plano de Parto (PP) como ferramenta educativa e indispensável no ambiente hospitalar, problematizando as situações de violência obstétrica relacionadas a esse contexto. O relato da enfermeira obstétrica entrevistada nessa pesquisa está transcrito neste capítulo, visando compreender um pouco mais da tentativa de retorno às tradições milenares da figura extinta da parteira, evidenciando as barreiras e dificuldades que a enfermagem encontra em meio à hegemonia médica nos hospitais.

4.1 O papel da enfermagem obstétrica no processo de parto

O trabalho de parto tem sido considerado pela sociedade como um processo “naturalmente” muito doloroso e, por isso mesmo, temido. Ademais, é condicionado a uma modalidade de assistência intervencionista ao qual a mulher tem de se submeter para se tornar mãe. Na sociedade brasileira, a partir dos últimos 20 anos, esse tipo de assistência ao trabalho de parto vem passando por algumas mudanças, principalmente no sentido da coibição de práticas intervencionistas desnecessárias, tais como a episiotomia e a manobra de Kristeller. Práticas estas que não trazem benefícios comprovados para a mãe ou para o bebê. É preciso que esse parto seja assistido de forma mais humanizada e individualizada, assegurando que a mulher obtenha maior autonomia no processo de parir, favorecendo assim o seu empoderamento (MILFONT; SILVA; CHAVES, 2011).

A assistência humanizada ao parto permite aos enfermeiros obstétricos uma atuação baseada no respeito ao processo fisiológico feminino. Isso significa a não utilização de intervenções desnecessárias e o reconhecimento dos aspectos sociais e culturais do parto e do nascimento. O oferecimento de suporte emocional à mulher e seus familiares e a disponibilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor são fundamentais para a qualidade da assistência. É importante compreender que a utilização de métodos não

invasivos de apoio à mulher durante o trabalho de parto tem como principal objetivo desmistificar esse processo como algo patológico e doloroso, ao mesmo tempo em que valoriza o autoconhecimento e domínio do seu próprio corpo (SILVA *et al.*, 2013).

Estudos internacionais apontaram as facilidades e as barreiras dos enfermeiros para realização da assistência ao parto humanizado em hospitais especializados. As facilidades consistem no modelo de atendimento da instituição centrado na família e na presença de profissionais não médicos formados em obstetrícia que não se limitaram a práticas intervencionistas (SARAH *et al.*, 2012). No entanto, tais estudos relataram a escassez de profissionais, sobrecarga de trabalho, carência de recursos financeiros, a pouca privacidade da paciente decorrente da quantidade excessiva de profissionais na sala de parto e a falha na comunicação entre médicos e enfermeiros.

No Brasil, a atuação do enfermeiro obstetra é regulamentada pela Resolução 339-2008 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que recomenda a realização do parto vaginal sem complicações pelo enfermeiro (COFEN, 2013). O profissional enfermeiro atua na atenção básica e realiza ações educativas, pré-natal de baixo risco, planejamento familiar e consulta ginecológica (PROGIANTI, 2012); pode compor a equipe multidisciplinar das instituições de saúde que atende gestantes de risco e realiza assistência à mulher em trabalho de parto e parto em maternidades, casas de parto, centro de parto normal, parto domiciliar e alojamento conjunto (PORFIRIO, 2010).

Estudos realizados no Brasil mostraram que os enfermeiros realizam práticas de humanização desde a gestação até o parto. Realizam a preparação das mulheres para o trabalho de parto e parto, por meio do fornecimento de orientações sobre as alterações fisiológicas da gravidez, importância da dieta saudável, técnicas de respiração durante o trabalho de parto e estímulo à liberdade de posição da mulher para promover o conforto para evolução do trabalho de parto (VICTORA *et al.*, 2011).

De acordo com as investigações, os profissionais favorecem o vínculo entre o profissional, a parturiente e os familiares, contribuem para presença do acompanhante de escolha da mulher e promovem o empoderamento da mulher desde o pré-natal ao momento do parto (GOMES *et al.*, 2012).

A contextualização do parto demonstra a importância de conhecer sua trajetória para entender por que o parto humanizado precisa ser retomado e naturalizado. Muitos foram os acontecimentos que levaram as próprias mulheres a temerem o ato de parir, no entanto, um movimento mostra-se emergente para resgatar o protagonismo da parturiente no trabalho de parto. Já resta demonstrado os benefícios que essa via de parto traz para a

mãe e para o bebê, portanto, faz-se necessário estudar e aplicar as medidas necessárias para o fortalecimento da causa.

A atenção obstétrica e neonatal que prevalece na maioria das instituições brasileiras está pautada no modelo biomédico de assistência, centrado na figura do médico e do ambiente hospitalar, na organização hierárquica e sistematização rígida das rotinas. Essa organização faz com que o parto seja percebido como patológico e não como um evento natural e intuitivo (BARROS *et al.*, 2017). Nesse sentido, o papel dos profissionais de enfermagem é fundamental, sendo o elo importante para orientar, estimular e empoderar a mulher na expressão de suas necessidades e desejos durante a gestação, parto e puerpério.

A atuação dos profissionais da área da saúde, principalmente na prática da enfermagem, é determinante para promover uma escuta qualificada a cada mulher, gerando empoderamento, conhecimento e autonomia nas decisões que envolvam o processo de gravidez e parto. Um instrumento que pode subsidiar essa prática é o Plano de Parto (PP), pois oferece um detalhamento das preferências e expectativas da gestante relacionadas ao processo gravídico e puerperal (SILVA *et al.*, 2017).

O Plano de Parto é, sobretudo, uma ferramenta de educação e comunicação. Apesar de toda a série de políticas públicas buscando abranger a qualidade e a humanização do processo de gestar e parir, no Brasil, ainda impera a prática do modelo tradicional, focado no cuidado médico e não na mulher. Portanto, o Plano de Parto tem como objetivo preparar e orientar a mulher e seu respectivo cônjuge, mas mais ainda, a equipe de saúde que atenderá o parto.

Dessa maneira, o PP é uma estratégia útil que deveria ser estimulada durante a assistência prestada no pré-natal, devendo estar disponível ainda no início do trabalho de parto, centralizando o direito à informação e à decisão na mulher, tornando-a protagonista do seu próprio parto.

4.2 O plano de parto como um instrumento social de soberania de decisão da mulher

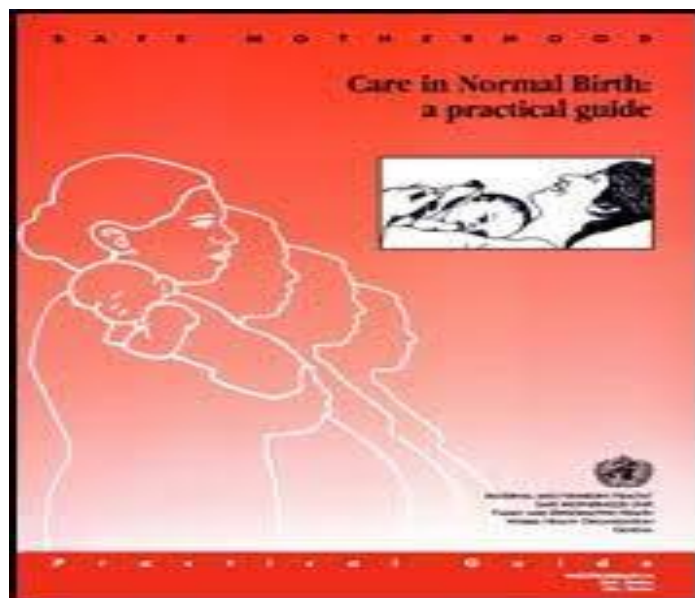
O parto é um processo normal e natural, um período vulnerável para a saúde da mulher, em que o ambiente e as atividades sanitárias exercem grande influência. Na metade

do século XX foi institucionalizado o processo de parto, passando dos partos em domicílio aos partos hospitalares. Quando o parto foi considerado um processo hospitalar, foram incluídas determinadas práticas rotineiras e protocolizadas, tais como a episiotomia, a depilação, os enemas, a indução do parto, sem que seu uso rotineiro fosse avaliado por evidências científicas. O parto foi incluído no modelo de saúde baseado em doenças, considerando a mulher como uma doente que necessita atenção médica (SUÁREZ *et al.* 2015).

Na sociedade brasileira, a partir dos últimos 20 anos, o tipo de assistência ao trabalho de parto vem passando por algumas mudanças, principalmente no sentido de coibição de práticas intervencionistas desnecessárias, tais como manobra de Kristeller, a episiotomia, lavagem intestinal, entre outras, contribuindo assim, para devolver o protagonismo dentro do trabalho de parto à mulher, favorecendo o seu empoderamento (MOUTA *et al.*, 2017). Humanizar é, principalmente, reconhecer a liberdade da mulher e permiti-la controlar seu próprio processo de parto, cabendo-lhe escolher onde, como e com quem parir (MATEI *et al.*, 2003).

Para que esse empoderamento fosse efetivado, a OMS publicou em 1996 o guia “Cuidados no parto normal: um guia prático” (Figura 1). Após este, vários outros documentos surgiram em defesa do parto normal que identificaram as práticas a incentivar, a corrigir e a eliminar no parto normal, um consenso alcançado por um grupo de especialistas internacionais.

Figura 3 - Guia “Cuidados no parto normal: um guia prático” (1996)



Fonte: Organização Mundial da Saúde

Esta informação é existente há mais de 20 anos, seria desejável que não houvesse necessidade de divulgar. No entanto, em alguns países ainda o é, pois estas orientações enfrentam dificuldades em serem protocoladas, seja no setor público, como no privado e, na realidade, as boas práticas estão à mercê dos prestadores de cuidados e do quanto estão atualizados ou não. O Guia explorou as seguintes categorias: A. Práticas que são comprovadamente úteis e devem ser incentivadas, B. Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e devem ser eliminadas, C. Práticas para as quais existem evidências insuficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser usadas com cautela enquanto outras pesquisas esclarecem a questão, D. Práticas frequentemente usadas de forma inadequada.

O conceito de Plano de Parto e Nascimento foi cunhado por Sheila Kitzinger, em 1980, nos Estados Unidos. Os países anglo-saxônicos ecoaram esse novo documento e começaram a usá-lo para exigir um parto menos intervencionista possível (SUÁREZ *et al.*, 2015).

Mouta *et al.* (2017) nos trazem um esboço do que se trata o plano de parto:

Trata-se de um documento de caráter legal, em que a gestante irá colocar seus desejos pessoais, expectativas e necessidades particulares, segundo as boas práticas e de acordo com sua preferência, durante seu trabalho de parto e parto, sob condições normais.

Assim como o documento de consentimento informado, o plano de parto é um documento suporte para reunir a vontade da usuária. As decisões livres e informadas das usuárias devem ser respeitadas, independentemente da forma e do título que se lhes é dado, mesmo que estas sejam expressas apenas verbalmente (HIDALGO-LOPEZOSA, HIDALGO-MAESTRE, RODRIGUEZ-BORREGO, 2017).

No PP, as mulheres podem decidir sobre acompanhantes, ingesta alimentar, uso ou não de analgesia, posição para trabalho de parto e parto, entre outras questões. É redigida, geralmente, em formato de carta, e favorece a comunicação entre a mulher e a equipe que prestará o atendimento.

É importante mencionar que, no planejamento do parto, a aliança estabelecida entre a parturiente e o enfermeiro possibilita a criação de vínculos que podem ajudar na preferência da mulher quanto à via, serviço e profissionais que realizarão a assistência ao parto (SILVA *et al.*, 2011). A atuação da enfermagem contribui com o processo de humanização e soberania da mulher durante o parto, além de promover a utilização e o desenvolvimento das capacidades existentes. Os cuidados de enfermagem incentivam a mulher para aquilo que são capazes, promovendo a autonomia no ato de parir.

Um estudo realizado em 2017 por Barros *et al.*, buscou identificar qual o conhecimento de 15 enfermeiros que atendiam pré-natal em um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul. Foram elencadas três categorias temáticas: a primeira aborda o desconhecimento dos enfermeiros sobre PP; a segunda demonstra o interesse dos enfermeiros em realizar capacitações sobre a temática e a terceira evidencia as possibilidades e limitações para implantação do PP. Foi apontado como resultado da pesquisa o desconhecimento dos entrevistados em relação ao PP, sendo esse o principal motivo pelo qual os enfermeiros não inseriram o Plano de Parto nas suas orientações cotidianas. Os enfermeiros destacaram, também, a dificuldade de romper com as barreiras impostas pelo modelo biomédico de assistência, gerando receio em realizar esse planejamento com a mulher e a possibilidade de não cumprimento do PP.

A inclusão do PP deve ser uma oportunidade para que o profissional de enfermagem qualifique sua prática e a gestante tenha seus direitos respeitados, por isso, se faz necessário preparar enfermeiros para auxiliar as gestantes na elaboração do Plano de Parto.

O movimento da humanização do parto tem acontecido na busca de derrubar a ideia de patologia da gravidez, fato este que se consuma quando o parto deixou o ambiente domiciliar e passou a fazer parte do ambiente hospitalar. A evolução da prática obstetrícia e a instauração da medicina científica cooperaram para a despersonalização do corpo feminino. Ainda que as taxas de cesárea evidenciem a medicalização do parto, diminuí-las não fará com que o parto seja, conseqüentemente, humanizado. O parto normal pode ser intervencionista, haja vista que o excesso de exames vaginais, episiotomia, entre outras violências obstétricas continuam a acontecer em ambiente hospitalar. Por isso, é necessária uma mudança de paradigma (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Como foi percebido no relato da doula M. B., entrevistada nessa pesquisa, muitas são as barreiras que a equipe enfrenta no ativismo da humanização do parto dentro do ambiente hospitalar. A pesquisa realizada por Castro e Clapis (2005) corrobora com essa narrativa, tendo em vista que as enfermeiras entrevistadas no referido estudo contam que “acreditam fazer o que podem, ou seja, oferecem apoio e orientam, e quando percebem que podem ajudar, permitem a presença do acompanhante” (p. 5).

Uma importante discussão a ser apontada é que embora as enfermeiras reconheçam as práticas inerentes à humanização, colocam-se impedidas de executá-las devido à hegemonia médica. É evidente que a enfermeira obstetra é um dos profissionais mais apropriados e indicados para acompanhar a gestação e partos normais de baixo risco. A literatura é vasta em relatar o sucesso de partos conduzidos por enfermeiras obstetras

apresentando menores índices de cesarianas, induções desnecessárias, uso de fórceps e uso indiscriminado de medicamentos. Resultado disso é o nascimento de bebês que apresentam melhores índices de Apgar¹⁵ (MERIGUI; GUALDA, 2002).

A medicina transformou a arte de curar em poder de curar. Castro e Clapis (2005) endossam:

Por outro lado, a enfermagem obstétrica, em desvantagem histórica de gênero, por muito tempo não conseguiu formar uma corporação profissional capaz de conquistar um espaço com autonomia respeitada, e que foi enfraquecendo pelo poder político da medicina. Vide as falas das enfermeiras que, mesmo nos cuidados de responsabilidade da enfermagem (banho, deambulação), ocorre a interferência decisória da medicina (p. 6).

Fundamental ressaltar que muitas vezes a própria enfermeira sente-se insegura na sua atuação, renegando sua autonomia de colocar-se como atuante indispensável do processo de humanização, confiando nas suas habilidades e capacidades de humanizar a assistência. No ambiente hospitalar, fica evidente pela narrativa das entrevistadas que ainda que as enfermeiras tenham consciência das propostas humanizadoras do parto, ainda têm sua atuação limitada por fatores institucionais.

4.3 A atuação da enfermagem em partos domiciliares no município de Guarapuava - PR: relato de uma enfermeira obstétrica

A fim de compreender como o processo de humanização do parto se dá em ambiente domiciliar, a enfermeira obstetra C. K. cedeu o seu relato para figurar o corpus desta pesquisa, possibilitando a análise de sua trajetória desde quando atuava em ambiente hospitalar até passar a sua atuação a ambientes domiciliares.

Relato de C. K.

¹⁵ O escore de Apgar, é um dos métodos mais utilizados para a avaliação imediata do recém-nascido (RN), principalmente, no primeiro e no quinto minutos de vida. Os sinais avaliados são: coloração da pele, pulso, irritabilidade reflexa, esforço respiratório, tônus muscular. O somatório da pontuação (no mínimo 0 e no máximo 10) resultará no Escore de Apgar.

Fonte: Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria / organizadores Dioclécio Campos Júnior, Dennis Alexander Rabelo Burns. 3ª ed. Barueri, SP: Manole, 2014.

Sou enfermeira há 10 anos e minha paixão pela obstetrícia nasceu na graduação. Após me formar realizei meu maior desejo que era trabalhar em uma maternidade e a partir disso decidi que faria a especialização em enfermagem obstétrica.

Logo que comecei a trabalhar na maternidade aprendi muito com todos os profissionais que atuavam comigo, e conforme a especialização progredia, eu também pude ensinar e compartilhar muitas evidências científicas que aprendi. Durante todo o tempo que trabalhei na maternidade, sempre tive acesso à administração, então conseguia colocar em prática algumas ideias inovadoras sobre boas práticas no atendimento ao parto e nascimento, mudando até o cenário de atendimento do município.

Na realidade em que atuava, somente o profissional médico era o responsável pelo atendimento de trabalho de parto, parto e puerpério imediato, mas aos poucos essa realidade foi sendo mudada para um atendimento multidisciplinar. Enquanto enfermeira obstétrica também fui responsável pelos atendimentos, mas o maior impasse na época era ter mais profissionais com especialização para dar continuidade ao atendimento que eu fazia no meu turno. Com uma semente plantada naquela instituição, depois de cinco anos trabalhando, resolvi dar um passo para um atendimento personalizado.

Em 2015, iniciei os atendimentos de parto domiciliar planejado e de acompanhamento de trabalho de parto para internamento tardio hospitalar. Minha realidade mudou, investi mais em cursos, pois a abordagem no parto domiciliar é diferente, e percebi um mundo novo se abrindo com muitos obstáculos, mas também com uma sensação única de estar fazendo a coisa certa.

Desde então atuo nessa área e cada atendimento me mostra como é importante avaliar de maneira holística todo pré-natal da mulher de forma técnica, atualizada, com muito respeito e considerando toda parte emocional que envolve o processo de gestar e parir.

Toda a transformação e aprendizado colaboraram de forma muito positiva quando eu engravidei, pois passar pelo processo que eu auxiliava as mulheres a passarem alinhou ainda mais minha percepção sobre a qualidade dos atendimentos.

Tive uma gestação curta, que durou apenas 9 semanas e findou com um aborto espontâneo. Na época não tinha contado para ninguém sobre essa gestação, e até hoje poucas pessoas sabem que já gastei duas vezes. Um mês após o aborto, engravidei novamente, mas só descobri quando estava de 12 semanas.

Foi uma gestação saudável, desde o início já planejamos um parto domiciliar e a equipe que viria nos atender era de Ponta Grossa, optamos por não saber o sexo do bebê

durante o pré-natal para fazer surpresa no dia do nascimento. No dia do meu aniversário, completei 41 semanas e 1 dia, era um domingo frio de junho, mas tinha sol desde manhã.

Quando me virei na cama senti uma câimbra forte na perna, fiquei um tempo deitada, e quando levantei senti na outra perna. Meu marido precisava sair de casa e eu fiquei receosa de ficar sozinha e que outra câimbra daquelas voltasse, então mesmo de pijama resolvi ir junto com ele, pois era uma saída rápida. As 09h15min senti uma contração, não consegui contar o tempo e fiquei em dúvida se era realmente um começo de trabalho de parto, as 09h30min senti outra, mandei mensagem para a equipe de Ponta Grossa para avisar o que tinha sentido, elas iriam se organizar para vir para Guarapuava. As 10h00min a equipe avisou que estavam saindo de Ponta Grossa, e eu apressei meu marido para ir ao mercado, pois elas chegariam na hora do almoço. Chegamos ao mercado e como eu estava de pijama, tive que ficar no carro enquanto ele descia fazer as compras, percebi que as contrações vinham mais frequentes, mas não conseguia contar o tempo entre elas. Quando estávamos indo para casa, lembramos que precisávamos das panelas grandes para encher a piscina, então fomos buscar as panelas que eram emprestadas.

No caminho tivemos que parar o carro, pois eu estava com náuseas. O relógio já marcava 11h20min quando chegamos em casa, e eu só pensava em arrumar logo as coisas para estar tudo organizado quando a equipe chegasse. Enquanto meu marido levava o colchão para a sala, eu entrei no chuveiro para ver se aliviava um pouco as contrações. Meu padraço estava em casa, pedi para que ele não avisasse minha mãe que estava de plantão naquele dia para que ela não ficasse muito ansiosa.

Embaixo do chuveiro não aliviou as contrações como eu esperava, saí e fiquei na sala, encostada no colchão, enquanto meu marido usava o secador de cabelo como aquecedor. Entre o barulho forte do secador e as contrações eu cochilei. Quando ele desligou todo aquele barulho eu despertei e só aí que percebi que o bebê iria nascer. Saí daquela posição e fiquei de quatro apoios em cima do colchão, veio uma contração dolorida e eu senti que a bolsa iria estourar, sentei na banqueta e 12h04min a bolsa estouro. Lembro de ter pensado que o bebê demoraria mais umas três horas para nascer, mas quando meu marido arrumou os travesseiros para eu me encostar na parede, senti descer a cabecinha e nesse momento pedi para que ele ligasse para a fotógrafa, pois queria muito o registro do nascimento. Só deu tempo de o meu padraço tirar uma foto bem no momento da contração, e o bebê coroou, meu marido que já estava com o cueiro do lado dele, segurou o neném e colocou no meu colo, cobrimos e olhamos a hora: 12h18min. Ela nasceu, chorou, rosou e então ligamos para minha mãe contar que o bebê já tinha nascido.

Fiquei sentada na banquetta e na próxima cólica que tive a placenta nasceu. A equipe de parto domiciliar planejado chegou na minha casa 15 minutos depois do nascimento, tive uma hipotensão por ficar muito tempo sentada na banquetta após o parto, mas que recuperou bem depois. Foi uma alegria e uma surpresa tão grande perceber que era uma menina, foi uma experiência profunda e intensa. Hoje ela tem quatro anos e ainda mama no peito.

A enfermeira obstétrica C. K. não se limitou apenas a relatar detalhes sobre sua trajetória profissional, mas também contribuiu com seu relato de parto, corroborando com o sucesso de parir em casa como as outras entrevistadas nesta pesquisa.

Com relação à sua atuação como enfermeira na rede pública da cidade de Guarapuava, a fala de C. K. deixa evidente a supremacia médica no ambiente hospitalar no início de sua atuação:

Na realidade que atuava, somente o profissional médico era o responsável pelo atendimento de trabalho de parto, parto e puerpério imediato, mas aos poucos essa realidade foi sendo mudada para um atendimento multidisciplinar.

Ainda que a entrevistada em questão tenha tido flexibilidade em por em prática seus aprendizados sobre a humanização do parto, isso não acontece com frequência dentro do ambiente hospitalar. A entrevistada, também, deixou claro a dificuldade de dar continuidade às atualizações e procedimentos humanizados que ela buscava implementar pela falta de profissionais competentes nessa questão:

Enquanto enfermeira obstétrica, também fui responsável pelos atendimentos, mas o maior impasse na época era ter mais profissionais com especialização para dar continuidade ao atendimento que eu fazia no meu turno.

Esse aspecto fica evidente no artigo de Tatiana Campos, Marília Carvalho e Christovam Barcellos (2000), em que os autores que estudaram a assistência ao parto no município do Rio de Janeiro apontam como ponto crítico do sistema público de saúde a dificuldade em ser estabelecido vínculo entre a gestante e o sistema de saúde, onde há a tendência de se intervir precocemente no trabalho de parto, para que este não se prolongue para o plantão seguinte, em decorrência da rotina de carga de trabalho das instituições.

Partindo desse contexto, há um embate de dois paradigmas assistenciais no cenário obstétrico, segundo Adriana Pereira (2006):

O primeiro é representado pela forma tradicional de assistência ao parto, no qual os procedimentos técnicos de intervenção e de controle dos processos naturais são valorizados, e a presença do médico é necessária em face da maior complexidade das condutas obstétricas e das complicações que podem surgir no curso do processo parturitivo. O outro paradigma surge a partir das propostas de humanização do parto. Ele considera o parto como processo fisiológico e confere à mulher condição de protagonista desse processo natural. Dessa forma, viabiliza a inserção da enfermeira e a reinserção da parteira na assistência obstétrica oficial (p. 238).

Resta demonstrado que não é apenas a conduta assistencial dos profissionais de saúde que necessita de mudanças drásticas, mas sim, o sistema de saúde, considerando seus aspectos estruturais: ampliando o acesso às maternidades e garantindo atendimento digno às mulheres em suas unidades de saúde.

A humanização do parto possibilita a incorporação de profissionais que estavam alheios à parteira, enfermeira e doula, além disso, permite a incorporação de conhecimentos e práticas denominadas alternativas, principalmente no que se refere ao manejo da dor durante o TP. Apesar de defenderem as propostas de humanização do parto, a atuação da enfermagem utiliza práticas de assistência tradicional, resultando em uma óbvia contradição.

Isto posto, a humanização também está relacionada com uma mudança na cultura hospitalar, preocupando-se com um cuidado direcionado à necessidade das mulheres e de suas famílias e modificações em sua estrutura física, de modo a tornar o ambiente mais acolhedor e passível da implementação de práticas humanizadoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do século XIX, o parto deixou de ser um fenômeno domiciliar e íntimo e passou a ser objeto de assistência hegemônica, ocupado pela figura do médico. O parto hospitalar medicalizado tornou-se sinônimo de modernidade, trazendo para dentro desse contexto o controle sobre o corpo da mulher, suscitando questões de gênero nessas relações. As parteiras, aos poucos, foram perseguidas e substituídas por esses profissionais e a obstetrícia moderna passou a ser compreendida de maneira mais efetiva quando olhada sob uma perspectiva de “tomada de poder” e controle por parte dos médicos.

Atualmente, o parto passou a representar um espaço privilegiado de exercício de poder quando vivenciado a domicílio, tornando-o em um processo muito polarizado: de um lado, realizado em ambientes com cuidado personalizado e empírico, por doulas, parteiras e participação da família; de outro, é realizado sob frequente intervenção, tecnologicado e com a presença de muitos profissionais.

A medicalização e hospitalização do parto transformou o cenário de nascimentos amedrontador e desconhecido para as mulheres, ao passo que tornou-se mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde. As altas incidências de violências obstétricas são triviais no contexto de nascimentos.

O parto humanizado tem recebido atenção nas discussões envolvidas sobre o protagonismo da mulher no ato de parir, indo na contramão do que preconiza a medicina moderna, em que o parto humanizado e domiciliar é visto como um retrocesso frente aos avanços tecnológicos. Dessa maneira, os modelos de humanização surgem como uma cultura contra-hegemônica. A prática da parteira, nos dias atuais, é reforçada como um papel importante, ainda que tenha sido marginalizada e refém de proibições em seu ofício de assistência ao parto. A figura da doula surge como uma questão polêmica no meio da saúde por envolver uma esfera de poder.

No município de Guarapuava, no interior do Paraná, o cenário de partos humanizados ainda é embrionário. Apesar de o município ser sede da 5ª Regional da Saúde e ser referência no Estado em diversas áreas médicas, os dois principais hospitais da cidade não tem protocolos de humanização do parto em suas maternidades.

Ainda que seja um processo natural, o ato de parir é visto com preocupações quando está associado à sua realização fora do ambiente hospitalar. Por essa razão, o número de partos domiciliares no município é significativamente menor do que o número de partos realizados nos hospitais. A expectativa das parturientes está intimamente ligada à maneira

como as informações sobre o assunto estão acessíveis, por isso as propostas de humanização do parto resgatam as técnicas mais naturais e menos invasivas para o alívio da dor e do protagonismo da mulher no parto.

As modificações no cuidado obstétrico do ambiente domiciliar para o hospitalar suscitaram muitos questionamentos na atualidade, evidenciando que além da conduta dos profissionais de saúde, o sistema em si necessita de mudanças drásticas, ampliando o acesso às maternidades e garantindo atendimento de qualidade nas unidades de saúde. Isso ficou claro no embate entre médicos e doula, conforme foi relatado na narrativa de uma das mulheres entrevistadas nesta pesquisa.

Há um outro aspecto que precisa ser mais bem desenvolvido, que é quando às políticas públicas, ou melhor dizendo, sobre a efetivação dessas políticas. Há a necessidade de desenvolver trabalhos mais regionalizados, como a própria Ana Paula Vosne Martins sugeriu em sua entrevista para Michele Tupich e Nadia Guariza (2016), ao destacar que pesquisas nesse sentido foram realizadas e divulgadas apenas nos grandes centros, como o Rio de Janeiro, Bahia e São Paulo. Um exemplo é o afamado trabalho de Maria Lucia Mott (2002), que muito contribuiu acerca do debate atual sobre a assistência ao parto no Brasil, e o artigo publicado por Hirsch (2015), realizado no Rio de Janeiro.

As parteiras tradicionais manifestadas, atualmente, na figura de doulas, continuam presentes na sociedade, ainda que haja um embate preocupante entre grupos formados de médicos e sua atuação. Portanto, urge a necessidade de equipes multidisciplinares em hospitais que atuem conjuntamente para o benefício das parturientes em partos humanizados.

É importante ressaltar caminhos possíveis de temas que suscitaram ao longo da dissertação e que não puderam ser abordados por conta do recorte, mas que cabem bem mencionar, como o acesso a partos humanizados por classes de mulheres mais pobres, tendo em vista que, no Brasil, o parto humanizado está restrito a classes mais favorecidas, que podem arcar com valores de equipe de parto especializada a domicílio e altos custos desses serviços.

Por fim, é interessante chamar a atenção para trabalhos com memórias maternas, visto que hoje pode-se entrevistar e coletar narrativas de mulheres que começaram a ser mães nas décadas de 70 e 80. Dessa maneira, seria possível ter uma visão muito mais abrangente dos trajetos, percalços, mudanças e transformações sociais encontrados não somente na prática de partos, como também, da maternidade em si, ao longo do século XX.

REFERÊNCIAS

- ACKER, J. I. B. V.; ANNONI, F.; CARRENO, I.; HAHN, G. V.; MEDEIROS, C. R. G. As parteiras e o cuidado com o nascimento. **Rev Bras Enferm**, p. 647-51, set-out, 2006.
- A. K. S. Relato de parto de A. K. S. Entrevista concedida a Marjorie Rabel Corso, Guarapuava, 13 de março de 2019. [Entrevista na íntegra nas p. 39-49 desta dissertação].
- AMORIM, M. *et al.* Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**. vol. 38, nº 11. 2010. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11_583-591.pdf.
- B. M. Relato de parto de M. B. Entrevista concedida a Marjorie Rabel Corso, Guarapuava, 15 de fevereiro de 2019. [Entrevista na íntegra nas p. 34-37 desta dissertação].
- BARROS, A. P. Z. LIPINSKI, J. M. SEHNEM, G. D. RODRIGUES, A. N. ZAMBLAZI, E. S. Conhecimento de enfermeiras sobre plano de parto. **Rev Enferm UFSM**, v. 7, nº 1, p. 69-79, jan-fev, 2017.
- BATISTA, P. D. C. Entre gestações/partos humanizados e violência obstétrica: subjetividades em movimento. 2015. 85 f. Dissertação de Mestrado – Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade Federal de Recife, São Cristóvão.
- BETTS, J. **Considerações Sobre o que é o Humano e o que é Humanizar**. Rio de Janeiro: Contracapa, 1997.
- BEVILACQUA, A. R.; AGUILERA, F. C. A.; POMINI, G.; TAVARES, R. S.; MORAES, W. B. F.; BASTOS, Y. G. L. **Plano Diretor de Regionalização: hierarquização e regionalização da assistência à saúde, no Estado do Paraná**, 2009. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PDR_atualizado_Edson.pdf Acesso em: Março, 2020.
- BORGES, J. M. S. F. R. **A violência obstétrica no arquivo político-jurídico-legislativo brasileiro: um acontecimento discursivo**. 2018. 81 f. Dissertação (Mestrado em Linguística). Universidade de Franca.
- BRASIL, 2002. Ministério da Saúde. **Humanização do parto: Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília – DF.
- BRASIL. **Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 de abr. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério**. Assistência Humanizada à Mulher - Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

C. K. Relato de parto de C. K. Entrevista concedida a Marjorie Rabel Corso, Guarapuava, 25 de março de 2019. [Entrevista na íntegra nas p. 70-73 desta dissertação].

CAIRES, T. L. G.; VARGENS, O. M. C. A exclusão do pai da sala de parto: uma discussão de gênero e poder. *Revista de Enfermagem Referência*, III série, nº 7, Jul 2012, pp 159-168.

CAMPOS, P. T.; CARVALHO, M. S.; BARCELLOS, C. C. Mortalidade infantil no Rio de Janeiro, Brasil: áreas de risco e trajetória dos pacientes até os serviços de saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 8, nº 3, p. 164-171, 2000.

CAPARROZ, S. C. **O resgate do parto normal: contribuições de uma tecnologia apropriada**. Joinville – SC: Univille. p. 10-50, 2003.

CARRARO, T. E. *et al.* O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Texto Contexto Enferm.** v. 17, n. 3, 2008.

CASTRO, J. C. CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, nº 6, p. 960-7. Novembro-dezembro, 2005.

COLACIOPPO, P. M. *et al.* Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Rev Enf Referência**. Série III, nº 2, p. 81-90, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução 339/2008 normatiza a atuação e a responsabilidade civil do enfermeiro obstetra nos centros de parto normal e/ou casas de parto e dá outras providências**. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resolucofen-3392008_4364.html. Acesso em: 05 maio de 2019.

D. A. Relato de parto de D. A. Entrevista concedida a Marjorie Rabel Corso, Guarapuava, 20 de fevereiro de 2019. [Entrevista na íntegra nas p. 37-38 desta dissertação].

DAVID, P. **História Oral: Metodologia do Diálogo**. São Paulo, Unesp, v. 9, n. 1, p. 157-170, janeiro-junho, 2013.

DIAS, M. A. B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional, profissional e ethos. **Cad Saúde Pública**, v. 27, nº 05, p. 1042-3, 2011.

DOMINGUES, S. G. A. **“MEU CORPO ME PERTENCE?” MATERNIDADE, ABORTO E PODER MÉDICO EM CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ**. 2015. 216 f. Tese de Doutorado (Programa de Pós-graduação em Sociologia Política). Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Campos de Goytacazes.

EUFRÁSIO, L. S. **Prevalência e fatores associados ao parto cesárea no contexto regional brasileiro em mulheres de idade reprodutiva**. 2017. 90 f. Tese de Doutorado

(Programa de Pós-graduação em Fisioterapia - Centro de Ciência da Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

FAGUNDES, A. P. S. “Parteiras Urbanas”: um estudo de caso no município de Cascavel/PR. In: **Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13 th Women’s Worlds Congress (Anais Eletrônicos)**, 12 f. Florianópolis, 2017.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. São Paulo: Nova Fronteira, 1995.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5a ed.. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2001.

GARCIA, L. Era uma vez... o uso da história oral nos estudos de gênero. **Mneme – Revista de Humanidades**. v. 05, n. 11, 2004.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Orgs) **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUSMAN, C. R.; VIANA, A. P. A. L.; MIRANDA, M. A. B.; PEDROSA, M. V.; VILLELA, W. V. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. **Rev Panam Salud Publica**. v. 37, p. 365-70, 2015.

HERNÁNDEZ-RODRIGUEZ, M. J. **Representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto**. 2016. Tese de Doutorado, 202 f. Florianópolis - SC, 2016.

HIDALGO-LOPEZOSA, P. HIDALGO-MAESTRE, M. RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 25, e2953, 2017.

HIRSCH, O. N. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. **Dossiê: Partos, maternidades e políticas do corpo**. Civitas, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 229-249, abr.-jun. 2015.

HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO. Página da instituição. Disponível em: <https://www.hospsoavicedepaulo.com.br/hospital/>. Acesso em: Novembro de 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama das cidades brasileiras**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/guarapuava/panorama>. Acesso em: Novembro de 2019.

LEAL, M.C. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1724-1725, 2008.

LIMA, A.F.C., GUALDA, D.M.R. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.1, p.82-9, 2007.

LUZES, E. M. **A necessidade do Ensino da Ciência do Início da Vida**. 2007. Tese de Doutorado em Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SANTOS, M. J. D. S.; AUGUSTO, A. "SE ESTAVA TUDO BEM, PORQUE É QUE EU HAVIA DE IR A UMA OBSTETRA?" Identidade, risco e consumo de tecnologia médica no parto domiciliar em Portugal, Lisboa, Portugal. Instituto Universitário de Lisboa. **SOCIOLOGIA, PROBLEMAS E PRÁTICAS**, n.º 82, pp.49-67, 2016.

MARTINS, A. P. V. Memórias maternas: experiências da maternidade na transição do parto doméstico para o parto hospitalar. **História Oral**, v. 8, n. 2, p. 61-76, jul.-dez. 2005.

MARTINS, A. R. G. *et al.*, Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Revista Cient de Enfermagem**. v. 4, n. 11, 2014.

MATEI, E.M. et al. Parto humanizado: um direito a ser respeitado. **CADERNOS - Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 16-26, 2003.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola; 1998.

MELLO E SOUZA, M. C. Intervenções Médicas e a Integridade do corpo Feminino na Cultura Reprodutiva Brasileira. GT: Pessoa, Corpo e Doença. **XX Encontro da ANPOCS**, Caxambu, 1996.

MERIGHI, M.A. B.; GUALDA, D. M. R. Anatomia de uma conciliação: a enfermeira obstetra e as tendências de assistência à mulher no processo de nascimento. **Rev Diagn Tratamento**, v. 7, nº 02. p. 6-10. Abril/maio/junho, 2002.

MILFONT, P.M.S.; SILVA, V.M.; CHAVES, D.B.; BELTRÃO, B.A. Estudo exploratório sobre a implementação de diretrizes para um parto seguro e satisfação das mulheres. **Braz J Nurs**. v. 10, nº 03, set-dez, 2011. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3493>

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede Interagencial de Informações para a Saúde.** Indicadores e dados básicos, Brasil, 2011: indicadores de cobertura. Proporção de partos hospitalares [online]. Brasília (DF): MS; 2012 [acesso 2019 ago 01]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f07.def>
- MORITZ, E. M. **Doula não faz parto, faz parte.** 2016. 58 f. Monografia (Graduação em Antropologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.
- MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Proj. História.** v. 25. São Paulo, dez. 2002.
- MOUTA, R.J.O, SILVA, T.M.A., MELO, P.T.S., LOPES, N.S., MOREIRA, V.A. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Rev baiana enferm.** v. 31, nº 04: e20275, 2017.
- NARCHI, N. Z.; SILVA, L. C. F. P.; GUALDA, D. M. R. Contexto, desafios e perspectivas na formação de obstetras no Brasil. **Rev Saúde Soc.** v. 21, nº 02, p. 510-519, abr-jun. 2012.
- NUNES, I. M.; MOURA, M. A. V. A atenção ao parto como espaço de poder. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 340-6, 2004.
- OLIVEIRA, V. J. **O Sensível E O Insensível Na Sala De Parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres.** Belo Horizonte, 2016. Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.
- PADILHA, M. I. C. S.; RAMOS, F. R. S.; BORENSTEIN, M. S.; MARTINS, C. R. A responsabilidade do pesquisador ou sobre o que dizemos acerca da ética em pesquisa. **Texto Contexto Enferm.** Jan-Mar, v. 14, nº 1, p. 96-105, 2005.
- PALHARINI, L. A.; FIGUEIRÔA, S. F. M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n.4, out-dez, 2018, p. 1039-1061.
- PEREIRA, A. L. F. *et al.* Cuidados e resultados da assistência na sala de relaxamento de uma maternidade pública, Rio de Janeiro, Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 3, p. 566-73, 2012.
- PEREIRA, J. S. *et al.* Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 15, p. 103-108, 2016.
- PEREIRA, A. L. F. Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro. **REME – Rev. Min. Enf.** v. 10, n. 3, p. 233-239, jul./set., 2006.
- PORFÍRIO, A.B.; PROGIANTI, J.M.; SOUZA, D.O.M. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 2, p. 331-6, abr/jun 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.7087>.

PORTELLI, A. Tentando aprender um pouquinho. Algumas reflexões sobre a ética na história oral. **Projeto História**, São Paulo, n. 15, p.13-49, abr. 1997.

PROGIANTI, J.M.; COSTA, R. F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Rev Bras Enferm.** v. 65, n. 2, p. 257-63, 2012.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface (Botucatu)**. p. 595-602, 2009.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Mortalidade Materna: Brasil, um dos campeões em mortalidade materna.** São Paulo: Redesaúde, 2002.

REIS, A. E.; PATRÍCIO, Z. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, p. 221-30, 2005.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 8, n. 2, p. 179-86, 2008.

SALEM, T. **O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

SANFELICE CFO, SHIMO AKK. Home childbirth: progress or retrocession? **Rev Gaúcha Enferm.** v. 35, n. 1, p. 157-60, Mar, 2014.

SANFELICE, C. F. O.; ABBUD, F. S. F.; PREGNOLATTO, O. S.; SILVA, M. G.; SHIMO, A. K. K. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev. Rene. Campinas**, v. 15, n. 2, p. 362-70, mar-abr, 2014.

SANTOS, D. S. NUNES. I. M. Doulas na Assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 3, p. 582-89, jul-set, 2009.

SANTOS, M. L. **Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento: um modelo teórico.** 2002. 249 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SARAH, J.L., WENDY, A.H.M.C., KLEIN, S.T.W. Factors associated with differences in canadian perinatal nurses' attitudes toward birth practices. **JOGNN.** v. 41, n. 6, p. 761, 2012.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Rev. Interface**, v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017.

SESA – Secretaria da Saúde do Estado do Paraná. **Regionais da Saúde.** Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=522>. Acesso em: Novembro de 2019.

SILVA, D.A.O.; CARVALHO, J.B.L.; RAMOS, M.G.; COSTA, M.M.N.; SILVA, R.A.R.; JORDÃO, V.R.V. Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. **Rev Min Enferm UFPE**. v. 18, n. 2, p. 513-520, 2013. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2582/pdf/2608>

SILVA, R. M.; BARROS, N. F.; JORGE, H. M. F.; MELO, L. P. T.; JUNIOR, A. R. F. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2783-94, 2012.

SILVA, A. L. N. V. NEVES, A. B. SGARBI, A. K. G. SOUZA, R. A. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. **Rev Enferm. UFSM**, v. 7, n. 1, p. 144-151, Jan/Fev, 2017.

SUÁREZ-CORTES, M. ARMERO-BARRANCO, D. CANTERAS-JORDANA, M. MARTÍNEZ-ROCHA, ME. Uso e influencia dos planos de parto e nascimento no processo de parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 23, n. 3. p. 520-6, maio-jun, 2015.

SUS - **Saúde incentiva parto normal**, 2009. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33908. Acesso: Março de 2012.

TEIXEIRA, G.G. As estratégias de humanização da assistência ao parto utilizadas por hospitais ganhadores do prêmio Galba de Araújo: ações de mérito, ações premiadas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2. p. 270-273, 2003.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S419-S427, 2003.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Rev Estud Fem**, jul/dez, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TUPICH, M. GUARIZA, N. Partos e maternidade aos olhos da História: uma entrevista com Ana Paula Vosne Martins. **Revista de História Regional** v. 21, n. 2, p. 721-734, 2016. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/rhr>.

VALLE, A. S. M. **Uma análise psicossocial da prática obstétrica em uma Maternidade de ensino no Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado, RJ, 2015.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. Brasília: UNFPA, 2004.

**APÊNDICE 1 – TCLE PARA AS PROFISSIONAIS DE PARTO
HUMANIZADO**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COMEP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE MÃES E PROFISSIONAIS DE PARTO DOMICILIAR HUMANIZADO NA CIDADE DE GUARAPUAVA-PR**, sob a responsabilidade de Marjorie Rabel Corso, que irá investigar os motivos que levam a mulher a optar pelo parto domiciliar e suas histórias de parto.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo COMEP/UNICENTRO.

DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

emitido Pelo Comitê de Ética em Pesquisa, COMEP-UNICENTRO

Número do parecer: 3.687.789

Data da relatoria: 6/11/2019

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa você irá relatar sua experiência de atendimento de parto domiciliar humanizado, bem como esclarecer o motivo que a levou a trabalhar com essa modalidade de atendimento. Será necessário preencher um questionário semi estruturado com informações básicas do participante.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista e preenchido o questionário sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: O(s) procedimento(s) utilizado(s), seu relato de parto ,poderá trazer algum desconforto como reviver emoções e de constrangimento por relatar os partos de suas pacientes. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo de emoção que será

reduzido pela(o) esclarecimento de que o participante poderá levar o tempo que julgar necessário para contar o relato de parto. Se você precisar de algum tratamento, orientação, encaminhamento etc, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da mesma, o pesquisador se responsabiliza por prestar assistência integral, imediata e gratuita.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de desmistificar o parto domiciliar bem como mostrar para futuras gestantes seus benefícios.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por entrevista serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas, dados pessoais, de imagem ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos questionários, fitas gravadas nem quando os resultados forem apresentados.

5. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável:

Endereço :

Telefone para contato:

Horário de atendimento:

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em **duas vias**, sendo que uma via ficará com você.

=====

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Guarapuava, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante / Ou Representante legal

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Acadêmico

APÊNDICE 2 – TCLE PARA AS MÃES (PARTO HUMANIZADO)

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPEP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COMEP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE MÃES E PROFISSIONAIS DE PARTO DOMICILIAR HUMANIZADO NA CIDADE DE GUARAPUAVA-PR**, sob a responsabilidade de Marjorie Rabel Corso, que irá investigar os motivos que levam a mulher a optar pelo parto domiciliar e suas histórias de parto.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo COMEP/UNICENTRO.

DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

emitido Pelo Comitê de Ética em Pesquisa, COMEP-UNICENTRO

Número do parecer: 3.687.789

Data da relatoria: 6/11/2019

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa você irá relatar sua experiência de parto domiciliar humanizado, bem como esclarecer o motivo que a levou a optar por este tipo de parto. Será necessário preencher um questionário semi estruturado com informações básicas do participante.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista e preenchido o questionário sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: O(s) procedimento(s) utilizado(s), seu relato de parto ,poderá trazer algum desconforto como reviver emoções. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo de emoção que será reduzido pela(o) esclarecimento de que o participante poderá levar o tempo que julgar necessário para contar o relato de parto. Se você precisar de algum

tratamento, orientação, encaminhamento etc, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da mesma, o pesquisador se responsabiliza por prestar assistência integral, imediata e gratuita.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de desmistificar o parto domiciliar bem como mostrar para futuras gestantes seus benefícios.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por entrevista serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas, dados pessoais, de imagem ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos questionários, fitas gravadas nem quando os resultados forem apresentados.

5. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável:

Endereço :

Telefone para contato:

Horário de atendimento:

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em **duas vias**, sendo que uma via ficará com você.

=====

===

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Guarapuava, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante / Ou Representante legal

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Acadêmico