

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
NÚCLEO DE ESTUDOS TRABALHO, SOCIEDADE E COMUNIDADE

CAROLINA NEVES DA ROCHA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM DISPUTA:
O movimento pela humanização do parto e do nascimento em São Carlos

São Carlos/SP
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
NÚCLEO DE ESTUDOS TRABALHO, SOCIEDADE E COMUNIDADE

CAROLINA NEVES DA ROCHA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM DISPUTA:
O movimento pela humanização do parto e do nascimento em São Carlos**

Texto apresentado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, como requisito para realização de exame de defesa de dissertação de mestrado.

Área de concentração: Comportamento e cognição

Orientação: Profa. Dra. Rosemeire
Aparecida Scopinho

São Carlos/SP
2015

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R672r Rocha, Carolina Neves da
Representações sociais em disputa : O movimento
pela humanização do parto e do nascimento em São
Carlos / Carolina Neves da Rocha. -- São Carlos :
UFSCar, 2016.
78 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2016.

1. Representações sociais. 2. Humanização do parto.
3. Políticas públicas em saúde. 4. Movimentos sociais
em saúde. I. Título.



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
COMISSÃO JULGADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
Carolina Neves da Rocha
São Carlos, 01/07/2015

Prof.^a Dr.^a Rosemeire Aparecida Scopinho (Orientadora e Presidente)
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Prof.^a Dr.^a Carmen Simone Grilo Diniz
Universidade de São Paulo/USP

Prof.^a Dr.^a Luciana Nogueira Fioroni
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Submetida à defesa em sessão pública
realizada às 14h no dia 01/07/2015.

Comissão Julgadora:

Prof.^a Dr.^a Rosemeire Aparecida Scopinho
Prof.^a Dr.^a Carmen Simone Grilo Diniz
Prof.^a Dr.^a Luciana Nogueira Fioroni

Homologada pela CPG-PPGpsi na

_____^a.Reunião no dia ____ / ____ / ____

Prof.^a Dr.^a Camila Domeniconi
Coordenadora do PPGpsi

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Rita e Gustavo, que me ensinaram, dentre tantas outras coisas, a amar e a sentir prazer em aprender dia a dia, e pelo apoio incondicional. E ao meu irmão, Pedro, grande fonte de inspiração pela convicção e paixão em ensinar e aprender.

Ao Yúri, por ser um verdadeiro companheiro de todos os momentos, aquele que compartilha, que apoia, que compreende e que também debate e faz críticas construtivas, me impulsionando sempre a ser uma pessoa melhor.

Aos meus filhos, Henrique e Laura, por me ensinarem como é possível experienciar tantos sentimentos ao mesmo tempo e por me mostrarem, através de cada pequena ação, o real sentido da vida.

À minha orientadora, Rose, pela confiança, ao acolher minhas ideias e escolhas, e pelo apoio constante, sempre interessada na evolução do meu trabalho e no meu desenvolvimento como pesquisadora.

Às queridas amigas Juliana, Denise, Alice, Lourdes, Cassis, Lívia, Marina, Janaína, Dani, Marileide, Luciana e tantas outras, por me lembrarem diariamente o significado de “apoio”, simplesmente por estarem ali, compartilharem, acolherem.

A todas as mulheres com quem cruzei nesta trilha e que me trouxe até a humanização do parto, em especial Camila, Adriana, Jamile e Carla, e minha doula Vânia, pelo apoio na experiência incomparável que foi gestar e parir meus dois filhos.

Aos participantes deste estudo, pela imensa contribuição ao me abrirem suas ideias, suas histórias e seus corações. Espero que os frutos deste trabalho sejam proveitosos para todos nós.

Aos muitos professores e mestres com quem tive a oportunidade de aprender ao longo destes anos, aprendizado este que culmina na conclusão deste trabalho, mas nunca termina. Em especial, às Profas. Dras. Elizabeth Barham e Márcia Fabbro, pelo interesse constante e pelas contribuições sempre muito valiosas à minha formação e ao meu trabalho.

À Marinéia, pela paciência e pelo empenho, que, entre muitos papéis e burocracias, faz a roda do PPGPsi girar.

Agradeço à CAPES, pelo apoio financeiro durante o desenvolvimento desta pesquisa.

ROCHA, Carolina Neves da. **Representações sociais em disputa: O movimento pela humanização do parto e do nascimento em São Carlos** [Dissertação de mestrado]. São Carlos: UFSCar, Programa de Pós-graduação em Psicologia, 2015. 124 p.

RESUMO

O parto e o nascimento não são somente eventos físicos e biológicos, mas, também, sociais e culturais que, tradicionalmente, envolviam toda a comunidade. Com a institucionalização e a apropriação do processo de parto pela Medicina, também foram apropriados os corpos das mulheres, submetidas a protocolos que desconsideravam seus aspectos individuais, emocionais e culturais. Em oposição a este modelo, que se tornou hegemônico no mundo ocidental pós-industrial, surgiram movimentos de profissionais da saúde e mulheres que clamavam a humanização do parto. No Brasil, este movimento teve início na década de 1980 e, juntamente com órgãos internacionais como a OMS, influenciaram as proposições do Ministério da Saúde nas décadas seguintes. É intensa, também, a produção científica sobre o tema a partir dos anos 2000, constituindo-se um relevante campo interdisciplinar. O presente estudo teve como objetivo conhecer as representações sociais dos agentes envolvidos no movimento pela humanização do parto na cidade de São Carlos, onde existia um importante acúmulo de experiências e avanços no sentido proposto pela humanização. Para atingir este objetivo, foram trianguladas informações oriundas de levantamento bibliográfico sobre o tema, análise documental das políticas públicas, entrevistas semiestruturadas e observações participantes entre os anos de 2013 e 2014. As representações sociais foram analisadas por meio de um quadro referencial teórico formado a partir da Teoria das Representações Sociais, em sua abordagem processual, e de conceitos oriundos do levantamento bibliográfico, tendo como pano de fundo o levantamento das políticas públicas e o histórico do Movimento. Como resultados, apreendeu-se um consenso do grupo em relação ao conceito de humanização, sendo este a articulação do respeito à mulher e o direito à escolha informada com uma nova prática em obstetrícia, embasada em evidências científicas. Também foram consensuais as principais bandeiras do Movimento identificadas, a saber, o acesso e a disseminação de informação baseada em evidência e a luta contra a violência obstétrica. Por fim, foram encontrados importantes dissensos. Um destes dissensos foi a questão da luta pela universalidade ser ou não uma bandeira do Movimento. Além disso, importantes contradições e disputas foram reveladas nos discursos, que disseram respeito, principalmente, às relações internas e externas estabelecidas pelo Movimento. Percebeu-se, como principais conclusões, a falta de articulação deste Movimento e sua despolitização, fatores que limitavam a sua atuação no sentido da mudança do modelo obstétrico vigente.

Palavras-chave: Representações sociais; Humanização do Parto; Políticas Públicas em Saúde; Movimentos Sociais em Saúde.

ROCHA, Carolina Neves da. **Representações sociais em disputa: O movimento pela humanização do parto e do nascimento em São Carlos** [Dissertação de mestrado]. São Carlos: UFSCar, Programa de Pós-graduação em Psicologia, 2015. 124 p.

ABSTRACT

Childbirth is not only a physical and biological event, but also a social and cultural one, which traditionally involved the whole community. With the institutionalization and appropriation of childbirth by Medicine, it has also appropriated women's bodies, subjecting them to protocols and disregarding their individual, emotional and cultural aspects. In opposition to this model, which became hegemonic throughout the post-industrial western world, emerged movements of health professionals and women who claimed the humanization of delivery. In Brazil, this movement began in the 1980s and, along with international agencies such as WHO, influenced proposals of the Ministry of Health in the following decades. Since 2000's, there was intense scientific literature on the subject, becoming an important interdisciplinary field. This study aimed to understand the social representations of the agents involved in the movement for humanization of childbirth in the city of São Carlos, where there was a significant amount of experiences and progress in the same direction proposed by the humanization. To achieve this goal, information from the literature on the subject, documentary analysis of public policies, semi-structured interviews and participant observations between the years 2013 and 2014 were triangulated. Social representations were analyzed by a theoretical framework formed from Theory of Social Representations and concepts from the literature, with the backdrop of public policies and the movement's history. As a result, seized up a group consensus regarding the concept of humanization, which is the articulation of respecting women and their right to informed choice with a new practice in obstetrics, based on scientific evidence. Also agreed were the main Movement pillars identified, namely access to and dissemination of information based on evidence and the fight against obstetric violence. Finally, important disagreements have been found, such as the question if the universality was a goal of the Movement. Also, some contradictions and struggles were revealed by the discourses accessed, mainly related to internal and external relations established by the Movement. It was perceived as key findings the lack of articulation of this movement and its de-politicisation, factors that limited their activities towards changing the current obstetric model.

Keywords: Social Representations; Humanization of Childbirth; Health Public Policies; Health Social Movements.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais atividades e eventos observados durante o período de dezembro de 2012 a junho de 2014.....	41
Quadro 2 – Características dos estudos que abordam o tema parto humanizado e nascimento encontrados em periódicos publicados no Portal CAPES e na BVS/BIREME, no período de 2000 a 2013	48
Quadro 3 – Sumário dos dispositivos legais que instituíram as políticas para a humanização do parto e do nascimento no Brasil, no Estado de São Paulo e no Município de São Carlos no período de 1993 a 2015	79
Quadro 4 – Representações sociais dos agentes envolvidos no Movimento pela humanização do parto em São Carlos, 2013-2014	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFM – Conselho Federal de Medicina
CPN – Centro de Parto Normal
EO – Enfermeira Obstétrica
GAMA – Grupo de Apoio à Maternidade Ativa
GAPN – Grupo de Apoio ao Parto Natural
MBE – Medicina Baseada em Evidências
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH – Política Nacional de Humanização
PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PHPN – Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PPP – Quarto pré-parto, parto e puerpério
PL – Projeto de Lei
RAS – Redes de Atenção em Saúde
RC – Rede Cegonha
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
ReHuNa – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RN – Recém-nascido
RS – Representações sociais
SUS – Sistema Único de Saúde
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
TRS – Teoria das Representações Sociais
UBS – Unidade Básica de Saúde
UC – Universo Consensual
UFSCar – Universidade Federal de São Carlos
UR – Universo Reificado
USF – Unidade de Saúde da Família
USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
INTRODUÇÃO	20
MÉTODO	33
CAPÍTULO 1 - DIALOGANDO SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO	46
1 Análise integrativa dos resultados dos estudos	49
2 Conclusões	59
CAPÍTULO 2 - POLÍTICAS PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO	62
1 Políticas de Atenção à Saúde da Mulher	63
2 Políticas para a humanização do parto e do nascimento	65
CAPÍTULO 3 - O MOVIMENTO PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO EM SÃO CARLOS: HISTÓRIA, PERSONAGENS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	81
1 Histórico	81
2 Representações sociais	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	114
ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	122
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADO	124

APRESENTAÇÃO

Desde quando eu posso me lembrar, tenho fascínio por crianças e gestantes. Durante a minha graduação em Psicologia, este fascínio reverteu-se no meu interesse e envolvimento com a área de Educação, principalmente, por meio de estágios e outras atividades. A questão da maternidade e paternidade também chamavam-me a atenção e, neste sentido, realizei minha monografia e iniciação científica abordando estes aspectos dentro do tema mais amplo dos planos de vida de jovens adultos e a sexualidade (ROCHA, 2011).

Porém, foi com a minha experiência pessoal de gravidez, parto e maternidade que mudei de caminho e pude unir minha paixão – antes contemplativa e agora vivendo na própria pele – à minha carreira acadêmica. Durante e, principalmente, depois da gravidez, envolvi-me com a questão da humanização do parto na cidade de São Carlos, participando de diversos grupos e buscando criar novos espaços de atuação e discussão sobre o tema. Neste sentido, a pesquisa acadêmica pareceu-me uma forma de contribuir para este Movimento no qual eu havia me encontrado.

Além da relevância social do tema, que aparecia cada vez com mais frequência na mídia e nas redes sociais, uma exploração prévia da literatura demonstrou também a importância atual do tema, que tinha uma produção crescente, principalmente desde os anos 2000. Chamou a minha atenção a quantidade de trabalhos qualitativos que tinham como foco o discurso de diversos agentes sobre a questão da humanização: médicos, enfermeiras, mulheres, acompanhantes...

Busquei, então, a Profa. Dra. Rosemeire Scopinho para propor um projeto de mestrado, devido à sua experiência com políticas públicas e movimentos sociais, no âmbito do NUESTRA – Núcleo de Estudos Trabalho, Sociedade e Comunidade¹. Além disso, a perspectiva da Psicologia Social, na sua vertente qualitativa, parecia-me privilegiada para compreender tais processos, ao conciliar o âmbito individual e o social da questão.

Com o início da pesquisa, o que me parecia tão animador, logo tornou-se um grande desafio. A mistura entre o meu campo de pesquisa e eu mesma, a necessidade de exercitar a crítica e, portanto, a autocrítica, geraram muitas angústias, como já haviam alertado os meus colegas de grupo de pesquisa. Ao mesmo tempo que começavam aparecer os “problemas” do Movimento, a angústia aumentava, na ânsia por achar as devidas soluções.

¹ O NUESTRA tem como objetivo principal produzir conhecimento sobre os processos organizativos da sociedade em torno do trabalho, condições de vida e subjetividade, sob a ótica teórico-metodológica da Psicologia Social, em interface, portanto, com a Psicologia, a Sociologia e a Antropologia.

Mas, eu não fui a única a realizar tal tarefa e tive no texto de Tornquist (2004) uma grande interlocutora. Esta antropóloga estudou em seu doutorado o Movimento pela Humanização do Parto em Florianópolis/SC, grupo do qual também participava, e expôs em sua tese o movimento interno que teve que fazer para conciliar a sua postura de militante e de pesquisadora, além de apresentar uma rica discussão sobre como enfrentar a questão da subjetividade do pesquisador no método de pesquisa. Marques (2013) também empreendeu projeto semelhante, ao estudar o ciberativismo no movimento pela humanização do parto, movimento do qual também participava há anos, comparando-o com o movimento pela descriminalização do aborto. Aceitei, então, tal desafio. Mergulhei no campo, ciente da minha condição, buscando entender meus limites e possibilidades.

Os questionamentos que me motivaram a levar a cabo este trabalho vieram dos contatos sistemáticos com o campo, então como pesquisadora, vestindo os óculos da Psicologia Social. Desde o início, o termo *disputa* era-me muito significativo, referindo-se, a princípio, às disputas externas. De um lado, eu observava um forte movimento de mulheres, principalmente, que traziam novas ideias, uma nova forma de ver e entender o parto e o nascimento. Do outro lado, via uma grande resistência, não só de profissionais, mas também de familiares, amigos, conhecidos... Ora estes embates eram amenos e “plantavam-se novas sementinhas”, como dizem as militantes. Em outros momentos, os embates eram mais agressivos, de ambos os lados, e eu ficava com a sensação de que mais portas haviam sido fechadas do que abertas para o diálogo. Porém, além destas disputas externas, eu passei a perceber um campo de disputas internas ao movimento: disputas profissionais, políticas, etc. Neste sentido, eu me perguntava: estamos todos falando da mesma coisa? Temos os mesmos objetivos, ainda que com diferentes enfoques e formas de atuar? Buscar conhecer e entender as representações sociais destas pessoas foi a forma por meio da qual eu e minha orientadora procuramos responder a estes questionamentos.

Para cumprir tal tarefa, realizei um levantamento bibliográfico sobre a humanização do parto e do nascimento no Brasil e, a partir da grande quantidade de estudos que tinham como enfoque o que diferentes agentes sociais entendiam pela humanização e seus aspectos, realizei uma revisão mais aprofundada destes estudos.

Em seguida, debrucei-me sobre as políticas públicas referentes à humanização do parto, desde a formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983. Para entender estas políticas, foi preciso contextualizá-las a partir do modelo dual de financiamento da saúde no Brasil: público vs. privado.

A partir de entrevistas e observações, busquei conhecer a história do Movimento pela humanização do parto na cidade de São Carlos. Estas entrevistas e observações subsidiaram, também, a análise das representações sociais das pessoas envolvidas identificadas por mim e por seus pares, tendo como pano de fundo as políticas públicas e o histórico deste Movimento.

INTRODUÇÃO

O presente estudo teve como objeto as representações sociais dos agentes envolvidos no movimento de humanização do parto e do nascimento na cidade de São Carlos, interior de São Paulo. Este Movimento era parte de um movimento nacional, que se opunha ao modelo predominante de assistência ao parto no Brasil, altamente intervencionista e, muitas vezes, violento, apoiando-se no discurso de entidades científicas e políticas que produziam recomendações para uma prática obstétrica denominada humanizada. Neste Movimento estavam envolvidos profissionais da saúde, acadêmicos, gestores públicos, mulheres e homens em busca de uma experiência de parto mais digna e satisfatória. Além disso, a humanização do parto era objeto de políticas públicas, principalmente a partir dos anos 2000, e tinha grande exposição na mídia, o que ampliava a discussão sobre este assunto na sociedade. Este objeto foi estudado por meio do aporte da Teoria das Representações Sociais (TRS) e de outros conceitos provenientes das diversas áreas do conhecimento interessadas no processo de parto e no Movimento.

1.1 O parto e o nascimento no mundo ocidental

O parto e o nascimento² não são eventos puramente fisiológicos ou uma sequência de acontecimentos físicos que culminam na expulsão de um bebê da barriga de sua mãe. São “(...) eventos sociais e culturais complexos, que envolvem interações entre indivíduos, grupos sociais e organizações, com poderes e legitimidade diferenciados” (MAIA, 2010, pp. 14-5). Portanto, estudar estes processos implica considerá-los como construções históricas e sociais, circunscritas a um determinado tempo e espaço, e entendê-los dentro de uma rede de relações sociais.

Tradicionalmente, o parto envolvia a família e a comunidade, em especial as mulheres do entorno da parturiente. Dentre elas estavam a parteira, que dominava os conhecimentos empíricos do processo, e outras mulheres que davam o apoio físico e emocional que a mulher necessitava. O parto e o ciclo reprodutivo como um todo eram “assuntos de mulher”, sendo o homem envolvido apenas em casos excepcionais (SPINK, 2003).

A mudança na forma de lidar com o parto esteve intimamente vinculada à história da Medicina moderna, na medida em que a desapropriação do conhecimento popular sobre cura e saúde, incluindo o das parteiras, foi essencial para a legitimação do papel social

² Parto refere-se à experiência da mulher e nascimento à experiência do bebê. Daqui para a frente usarei somente o termo “parto”, mas é importante explicitar que o termo engloba ambas as faces desta experiência.

do médico como especialista na área da saúde³. A Medicina Científica, que ascendeu no período após a Revolução Industrial, ancorava-se numa visão mecanicista do corpo e, paralelamente a uma redefinição do papel feminino – a mulher frágil, restrita ao lar e escrava de seus órgãos reprodutivos, naturalmente defeituosos –, teve implicações sobre a prática obstétrica moderna. Além de focalizar os partos que chegavam à clínica médica, portanto, os partos com complicações (e não os partos *normais*), esta prática obstétrica enfatizou os aspectos físicos em detrimento dos aspectos sociais e psicológicos do processo de parto. Dessa forma, descreveu Spink (2003, p. 189):

(...) todo parto passou a ser visto como um risco potencial, dado que qualquer mãe ou bebê pode, durante o processo, desenvolver sinais inesperados de doença. (...) [Construiu-se um] estilo de obstetrícia baseado no parto hospitalar, frequentemente intervencionista, e que raramente leva em conta as implicações sociais e psicológicas do nascimento de uma criança.

Porém, não foi sem resistências e disputas que este novo modelo se impôs. Até o final do século XIX, as parteiras ainda mantiveram seu domínio sobre a arte de partejar. Foi durante o século XX que a perda deste controle se intensificou e a transferência do parto para o hospital, sob os cuidados do médico obstetra, consolidou-se. Ainda assim, em alguns países europeus, as parteiras resistiram e foram incluídas de forma autônoma nos sistemas de saúde, sendo criadas carreiras para elas, como é o caso da Inglaterra e da Holanda (WAGNER, 2001).

A institucionalização ou hospitalização do parto somente tornou-se abrangente depois da 2ª. Guerra Mundial, com a evolução da assepsia, antissepsia e também da anestesia, tornando-se uma recomendação sistemática dos médicos e sendo aceita pela população em geral (MOTT, 2002; SPINK, 2003). Nas palavras de Spink (2003), os hospitais tornaram-se, então, “(...) não só um lugar seguro para parir, mas o lugar ‘mais seguro’”. As intervenções, inicialmente desenvolvidas para lidar com casos específicos de complicações, foram incorporadas de forma padronizada e generalizada à assistência ao parto com o intuito de “(...) desencadear, aumentar, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, com o objetivo de torná-lo ‘mais normal’ e melhorar a saúde de mães e crianças” (DINIZ, 2001). Tiveram o intuito, também, de adequarem o processo à dinâmica institucional e ao trabalho da equipe. Porém, estas intervenções foram instituídas sem que se conhecessem seus possíveis efeitos adversos e acabaram tornando o parto uma experiência excessivamente dolorosa e traumática. Estas intervenções têm, muitas vezes, um efeito de “cascata”, como descreve Maia (2010, p. 36-7):

³ Para uma descrição mais completa desta história, ver Spink (2003).

Com a mulher deitada na cama, de pernas para cima e abertas [posição litotômica ou litotomia], fica claro que o sujeito do parto é o médico, e não a mulher. Além disso, a litotomia dificulta o trabalho de parto, o que acaba por justificar o uso indiscriminado de ocitocina (soro que acelera as contrações). A posição deitada e a ocitocina prendem a mulher ao leito e impedem que ela se movimente livremente, o que, por sua vez, aumenta as dores, justificando a anestesia. A posição deitada e a anestesia a impedem de participar ativamente do parto, obrigando o médico a realizar a manobra de Kristeller⁴ (...). Por fim, a posição deitada não facilita o relaxamento do músculo do períneo, obrigando o médico a realizar a episiotomia⁵ em todos os partos vaginais.

Dessa forma, em decorrência da institucionalização do parto, as rígidas rotinas hospitalares intensificaram a destituição da mulher de seu papel central no parto, sendo manipulada e tratada como objeto de intervenções padronizadas que visavam adequar o seu processo de parto a um padrão esperado, importando para dentro da maternidade um modelo de produção fabril (MAIA, 2010).

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, a ideia do parto hospitalar foi importada dos países europeus e dos Estados Unidos, tido como a assistência mais “moderna” e “civilizada”. Porém, até as décadas de 1930 e 1940, o parto domiciliar ainda era a regra, tanto entre as famílias mais ricas quanto entre as classes populares. O hospital era visto como um abrigo aos necessitados e desvalidos, além de um lugar que se ia para morrer, não para nascer. Somente a partir da década de 1950 as maternidades começaram a crescer em quantidade e a serem procuradas pela classe média, numa clara aceitação da hospitalização do parto (MOTT, 2002). As parteiras foram perdendo credibilidade e espaço e aquelas que se mantiveram ativas, foram levadas para dentro das instituições para serem treinadas e trabalharem sob a tutela dos médicos, principalmente nas grandes cidades.

É preciso explicitar, porém, que esta história não é única, nem linear e, no caso do Brasil, já no século XXI, conviviam modelos mais e menos medicalizados de atenção obstétrica (MOTT, 2002; WAGNER, 2001). Ainda existiam cenários em que a parteira resistia (talvez mais por lacunas do sistema de saúde do que por tradição) (TORNQUIST, 2004). A assistência oferecida pelas parteiras tradicionais era, inclusive, foco de políticas públicas, como o “Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), como estratégia para atingir as populações mais distantes dos centros urbanos e dos serviços de saúde.

⁴ Pressão realizada no fundo do útero por algum membro da equipe com o intuito de empurrar o bebê para fora do útero. Esta prática é considerada pela OMS na categoria de “Condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto” (OMS, 1996).

⁵ Corte realizado na região perineal, entre a vagina e o ânus, supostamente realizada para prevenir danos à mulher e ao bebê durante o período expulsivo do parto.

O cenário da assistência ao parto no Brasil era frequentemente citado e analisado por órgãos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde – OMS (por exemplo, GIBBONS et al., 2010), e pesquisadores, tanto brasileiros (DINIZ, CHACHAM, 2004) quanto estrangeiros (DAVIS-FLOYD, 2003; WAGNER, 2001), uma vez que o país era aquele com as maiores taxas de cesáreas do mundo – 55,6% do total de nascimentos em 2012 (DATASUS⁶). Segundo Souza e Pileggi-Castro (2014, p. S12), “(...) mais do que apenas uma taxa sobre via de parto, a alta taxa de cesáreas indica o grau de hipermedicalização da maternidade em que se situa o país”. Estes indicadores estão relacionados a prejuízos para mães e bebês, como exposto em documento do Conselho Federal de Medicina sobre o assunto (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, s.d., p. 3):

A taxa nacional de partos cesáreos está em torno de 40%; já no setor suplementar a proporção de cesarianas é em torno de 80%. A face mais marcante do uso indevido de tecnologias em obstetrícia é que, a despeito dos recursos investidos nesta área, a mortalidade materna permanece alta no Brasil e a taxa de prematuridade tem se elevado nos últimos anos. Estes aspectos podem ter relação com o grande número de cesarianas agendadas antes do trabalho de parto, prática comum no setor suplementar⁷. Em estudo realizado no estado do Paraná, no qual foram analisados os óbitos maternos entre os anos de 1996 e 2005, em pacientes oriundas do setor suplementar e do Sistema Único de Saúde (SUS), a Razão de Morte Materna entre mulheres atendidas no setor privado, saltou de 22,5 por 100.000 em 1996 para 35,0 por 100.000 em 2005.

Paralelamente ao exame das taxas de cesáreas, é preciso também compreender como acontecia a assistência ao parto normal no país. Em 2004, Diniz e Chacham, ao analisarem pesquisas sobre a assistência ao parto no Estado de São Paulo, denunciaram o abuso não só das cirurgias cesarianas, mas também de intervenções como a episiotomia. Esta intervenção, cuja eficácia era questionada por investigações científicas desde a década de 1990, além de outras como a manobra de Kristeller, poderiam dar uma visão de como acontece a assistência obstétrica, porém, elas não eram registradas em prontuários. Esta é mais uma evidência da naturalização destas práticas no cotidiano assistencial: para quê precisa registrar, se deve ser feito em todo mundo?

Para entender melhor a assistência obstétrica no Brasil e seus resultados, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) realizou um estudo multicêntrico sobre este campo⁸

⁶ Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>, acesso em maio de 2015.

⁷ “Setor suplementar de saúde” refere-se aos serviços prestados por operadoras de plano de saúde e prestadores particulares (médicos, hospitais, clínicas, etc.).

⁸ A pesquisa *Nascer no Brasil* teve como objetivos “(...) conhecer os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo as cesarianas desnecessárias; descrever a motivação das mulheres para opção pelo tipo de parto; as complicações médicas durante o puerpério e período neonatal; bem como descrever a estrutura das instituições hospitalares quanto à qualificação dos recursos humanos, disponibilidade

(LEAL et al., 2014). A partir de uma amostra significativa de 23.940 mulheres que tiveram seus filhos em hospitais e maternidades, entre 2011 e 2012, o estudo permitiu retratar aspectos quantitativos e qualitativos da assistência ao parto no país. Dentre outras conclusões possibilitadas pelo estudo, destacou-se a prevalência de um modelo duplamente inadequado de assistência ao parto no Brasil (LEAL & GAMA, 2014, p. S5):

Nascer no Brasil não tem sido uma experiência natural nem para pobres nem para ricos. O parto vaginal, mais frequente nos estabelecimentos públicos, quase sempre ocorre com muita dor e excesso de intervenções. Nos estabelecimentos privados, a cesariana, uma cirurgia muitas vezes desnecessária e quase sempre pré-agendada, vem se constituindo em uma opção para minimizar esse sofrimento.

Desta forma, no Brasil delineou-se o que Diniz (2009) denominou “paradoxo perinatal”: por um lado, entre as décadas de 1990 e 2010, houve uma melhora significativa nos indicadores de saúde das mulheres, além de aumento do acesso aos serviços de saúde perinatal⁹; de outro lado, não haviam evidências de diminuição na razão de mortalidade materna (RMM). Estes dados foram confirmados – e divulgados pela mídia¹⁰ - pelo relatório da OMS *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013* (OMS, 2014). O Brasil registrou uma queda de apenas 1,7% na RMM, registrando 69 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2013, taxa considerada elevada em comparação a países que as taxas ficam entre 6 a 20 mortes a cada 100.000 nascidos vivos, como descrito em publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a).

Além das altas taxas de mortalidade materna, outro problema em destaque foi a violência generalizada a qual são submetidas as mulheres e os bebês durante a assistência ao parto. Segundo Diniz e Chacham (2004), as mulheres que dependiam do sistema público de saúde tinham dificuldades de acesso e sofriam negligência, abandono, maus-tratos e intervenções ainda mais violentas, simbolizadas pelo abuso das episiotomias, por vezes feitas sem anestesia. Vale lembrar que as mulheres ainda estavam submetidas a relações desiguais de classe e raça, sendo as negras as que mais sofriam. Por outro lado, as mulheres que tinham acesso à saúde privada no país eram submetidas aos riscos aumentados das intervenções, suportadas sob anestesia peridural, e das cirurgias desnecessárias e sem indicação médica real.

de insumos, equipamentos, medicamentos e unidade de terapia intensiva (UTI) para adultos e neonatos.” (LEAL et al., 2014)

⁹ Com relação ao acesso à assistência obstétrica, esta pode ser considerada de cobertura universal no Brasil: em 2013, 98,5% dos partos foram hospitalares e 97,3% das mulheres brasileiras foram a pelo menos uma consulta pré-natal, sendo que 62,4% foram a 7 consultas ou mais (Dados preliminares, DATASUS, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>)

¹⁰ “Redução da mortalidade materna no Brasil é uma das menores do mundo”, Revista VEJA, disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/reducao-da-mortalidade-materna-no-brasil-e-uma-das-menores-do-mundo> - Acesso em 01/07/2014

A pesquisa “Nascer no Brasil” (LEAL et al., 2014), revelou ainda que 70% de todas as mulheres desejavam um parto normal no início da gestação, evidenciando um outro aspecto da violência contra a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal: a coerção ou dissuasão dos desejos da mulher ao longo do pré-natal.

1.2 Humanização do parto e do nascimento

O modelo centrado no hospital e no médico descrito anteriormente atingiu sua hegemonia na década de 1970 e, a partir de então, passou a ser questionado por acadêmicos e membros da sociedade civil ao redor do mundo. Estes agentes argumentavam que esta assistência era violenta e desconsiderava as necessidades das mulheres e recém-nascidos que estariam vivenciando o processo, além de não ter embasamento científico sobre a sua real eficácia. De forma geral, estes grupos passaram a buscar e exigir mudanças nestas práticas, por meio do resgate do sentido familiar e comunitário do parto e da centralidade da experiência da mulher e do bebê, apoiando-se em evidências científicas sobre as melhores práticas obstétricas. Estes movimentos foram denominados como “Movimentos pela Humanização do Parto”.

Inicialmente, surgiram movimentos de profissionais da saúde que almejavam um modelo alternativo ao modelo institucionalizado e intervencionista, como o Parto Sem Dor, ainda na década de 1950, e o Método Dick-Read. Posteriormente, emergiram outras propostas, dentre elas, o Método Lamaze e o Parto sem Violência, de Fréderick Leboyer. Este último foi inspirador de movimentos como a Ecologia do Parto, de Michel Odent, médico fisiologista considerado porta voz da humanização do parto no mundo nos anos 2000 (DINIZ, 2005; TORNQUIST, 2004).

Segundo Diniz (2001, p. 2):

A sistematização da reflexão crítica sobre este modelo de assistência ao parto se inicia, quando, no contexto do Ano Internacional da Criança (1979), é criado na Europa um comitê regional para estudar os limites das intervenções propostas para reduzir a morbidade e a mortalidade perinatal e materna naquele continente. Ali se detectavam problemas como o aumento de custos, sem a respectiva melhoria nos resultados da assistência, a falta de consenso sobre os melhores procedimentos e a extrema variabilidade geográfica de opiniões. A partir deste comitê, vários grupos de profissionais passam a se organizar para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e pós-parto, iniciando um esforço que se estendeu mundialmente, apoiado pela Organização Mundial da Saúde, OMS (WHO, 1985; Chalmers, 1992; Cochrane Collaboration, 1996; Wagner, 1997).

Esta movimentação foi fundamental para a origem da proposta da Medicina Baseada em Evidência – MBE (DINIZ, 2001). As recomendações da OMS para as práticas em assistência obstétrica, baseada em evidências científicas produzidas ao redor do mundo e

com vistas à humanização do parto, foram publicadas em 1996, e serviam de diretrizes para a formulação das pautas dos movimentos e também de políticas públicas (OMS, 1996).

No Brasil, a discussão sobre a humanização do parto intensificou-se na década de 1980, onde já existiam experiências locais inovadoras de assistência à mulher e ao recém-nascido, como as propostas da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro (DESLANDES, 2005a) e as ações dos grupos Cais do Parto e Curumim em Pernambuco (DINIZ, 2005). Concomitante ao processo de redemocratização política e de luta pela Reforma Sanitária, a humanização do parto compôs a pauta dos movimentos feministas que reivindicavam a assistência integral à saúde da mulher (DESLANDES, 2005a; DINIZ, 2005). Um marco deste movimento no Brasil foi a fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento – ReHuNa – em 1993 (TORNIQUIST, 2007).

Durante o período de realização deste estudo, o movimento pela humanização do parto no Brasil contava com a participação de pessoas de diversos setores da sociedade, como profissionais da saúde, formuladores de políticas públicas e gestores públicos, acadêmicos, mulheres e homens da sociedade civil, motivados pela luta pela garantia de atendimento digno, livre de violência e satisfatório. Assim como identificou Tornquist (2004), mais do que organizados em grupos ou entidades formalizados, os militantes da humanização do parto reuniam-se em torno de um ideário compartilhado, o qual pretendiam disseminar por meio de ações mais ou menos articuladas.

O ambiente virtual, por meio das redes sociais e listas de *e-mail*, principalmente, era o meio mais utilizado de articulação de ações deste movimento. Era por meio da *internet* que esses agentes não só se “encontravam” e planejavam ações, mas também tinham acesso às informações que lhes serviam de ferramenta na busca da assistência humanizada. A esta forma de organização, é dado o nome de “ciberativismo”¹¹.

A partir destas pressões, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro passou a discutir e formular programas na direção da humanização do parto, inserindo a questão da melhoria da assistência obstétrica desde o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 e, posteriormente, em portarias específicas. Em 2000, foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento – PHPN, direcionado para o SUS, paralelamente ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar¹². O PHPN tinha como objetivo primordial “(...) assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da

¹¹ Marques (2013) apresentou uma revisão sobre o assunto e descreveu esta forma de organização no movimento pela humanização do parto no Brasil.

¹² O PNHAH foi o predecessor do Programa Nacional de Humanização (PNH), lançado em 2004 pelo MS.

qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p. 5). Desde então, diversas outras portarias ministeriais e leis foram promulgadas nesta mesma direção.

Apesar destes diversos esforços, a consolidação da humanização tem enfrentado muitas barreiras e um dos dados mais importantes é o aumento constante da taxa de cesarianas no país, tanto no setor público de saúde quanto no suplementar. Portanto, em 2011, foi lançado o Programa “Rede Cegonha”¹³, como mais uma forma de incentivar e investir na humanização do parto, com vinculação de verbas federais para a ampliação do atendimento humanizado no pré-natal, parto e nos dois primeiros anos das crianças em municípios que se credenciassem ao Programa. Apresentamos uma sistematização das políticas voltadas para a humanização do parto no Brasil no capítulo 2 deste trabalho.

Como um conjunto de novas ideias, que vêm da academia, da OMS e do MS e que são pleiteadas pelas mulheres que buscam uma assistência mais adequada e satisfatória, essas diretrizes não eram incorporadas de forma homogênea e integral por profissionais, gestores de saúde e pela sociedade civil em geral. Pelo contrário, formava-se um campo de disputas entre concepções, práticas e espaços de atuação. Este foi o cenário encontrado no município de São Carlos, interior do estado de São Paulo, onde existia um grupo de pessoas interessadas e atuando na direção de mudanças das práticas de atendimento ao parto na cidade e no país.

1.3 Humanização do parto e do nascimento em São Carlos

O recorte selecionado para o presente estudo foi o movimento de humanização do parto na cidade de São Carlos, no interior de São Paulo¹⁴. A escolha da cidade de São Carlos justificou-se pelo envolvimento de profissionais, mulheres e outros no movimento de humanização do parto, em relação com os movimentos nacionais. Por um lado, algumas

¹³ De acordo com o Ministério da Saúde, em página da *internet*, a Rede Cegonha é “uma estratégia operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças tem direito a: Ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; Transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto; Vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto; Realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção; Acompanhante no parto, de livre escolha da gestante; Atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; Acesso ao planejamento reprodutivo.” – disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082, acesso em maio de 2013.

¹⁴ São Carlos é uma cidade de médio porte (cerca de 250 mil habitantes em 2014), localizada no interior do Estado de São Paulo, na macrorregião de Ribeirão Preto, conhecida como uma região com alta concentração de renda e relevante polo industrial e tecnológico. São Carlos contava, ainda, com dois grandes *campi* de universidades públicas: a Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). A presença das universidades era marcante na cidade, com uma grande população de acadêmicos e pessoas com alto grau de escolaridade. Além disso, as instituições públicas (saúde, educação, assistência social) da cidade recebiam atividades de ensino e extensão, por meio de parcerias entre o poder público e as universidades.

mudanças aconteceram na assistência ao parto na cidade em decorrência da atuação de profissionais e da demanda de mulheres envolvidas no movimento pela humanização. A cidade dispunha de duas maternidades, sendo uma filantrópica, onde eram realizados todos os atendimentos às usuárias do SUS e parte dos atendimentos de usuárias do setor suplementar, em ala independente, e outra maternidade privada. As mudanças percebidas eram mais pronunciadas no setor suplementar de saúde, sendo que tanto a maternidade privada quanto a ala para usuárias de plano de saúde na maternidade filantrópica dispunham de estrutura física e equipe de enfermagem capacitada para atender no modelo humanizado. No caso do SUS, principalmente devido à inserção de alunos e docentes da UFSCar na maternidade, alguns atendimentos aconteciam no modelo humanizado. Além destas alternativas, o parto domiciliar era uma realidade em São Carlos, sendo um serviço oferecido por duas equipes de enfermeiras obstétricas, na época, que atuavam por meio de contratação particular.

Por outro lado, configuravam-se embates e disputas em torno desta questão, tanto externas quanto internas ao movimento, as quais revelavam a complexidade da implementação da mudança de modelo proposta pelo Movimento. Neste sentido, a maioria dos médicos e profissionais do atendimento ao parto ainda se posicionava de forma contrária à mudança das práticas tradicionais, limitando o acesso das mulheres a esta assistência.

Em resumo, São Carlos dispunha de um atendimento diferenciado em relação a outras cidades do estado e do país. Detalharemos o cenário da assistência e o histórico do Movimento em São Carlos no capítulo 3 desta dissertação.

1.4 Produção científica sobre humanização do parto e do nascimento

Diante da distância entre os esforços para mudar a forma de cuidado em obstetrícia e a realidade da prática nas maternidades de todo o país, a humanização do parto foi um tema de pesquisa investigado em diferentes áreas do conhecimento. Em um levantamento dos artigos brasileiros publicados em periódicos especializados, foi encontrada uma intensa produção sobre a assistência e a humanização do parto, principalmente desde o início dos anos 2000. Os artigos levantados concentravam-se nas áreas de Saúde Coletiva/Saúde Pública, Enfermagem e Medicina, mas também havia trabalhos nas Ciências Humanas e Sociais, como a Antropologia, a Sociologia e a Psicologia.

Em 2007, Pereira et al. publicaram uma revisão dos trabalhos acadêmicos (teses e dissertações) sobre humanização do parto produzidos entre 1987 e 2004. Estes autores apreenderam a heterogeneidade de sentidos do termo e identificaram duas dimensões da humanização nestes trabalhos: os aspectos técnicos e os aspectos éticos. Outra revisão foi

publicada por Gomes e Moura em 2012, e abarcou o período de 2001 a 2010. Esta revisão objetivou conhecer as tendências da produção científica sobre a humanização do parto no Brasil. As autoras identificaram nestas pesquisas os seguintes enfoques: o impacto para as usuárias e os profissionais; o impacto nas práticas assistenciais; a análise das concepções e conceituações ético-políticas; e o impacto no ensino profissional.

No levantamento realizado para o presente estudo, os trabalhos encontrados enfocaram uma grande diversidade de aspectos da assistência ao parto e da humanização, a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas. Dentre os aspectos enfocados, estavam: a história da assistência ao parto no Brasil; a avaliação da assistência atual, incluindo do ponto de vista das mulheres, sendo o principal destes trabalhos o Inquérito Nacional Nascer no Brasil (LEAL et al., 2014); a questão da epidemia de cesáreas e seus determinantes e consequências, além das percepções e expectativas das mulheres sobre isto; e a violência obstétrica. Com relação à humanização, os aspectos investigados foram: a conceituação do tema; a humanização na formação profissional; a avaliação e a discussão sobre as políticas públicas; o parto domiciliar; os relatos e análises de experiências locais de implantação da humanização; as evidências sobre as técnicas adequadas para a assistência ao parto, como a atuação de *doulas*, a deambulação e a posição verticalizada, a presença do acompanhante, o contato pele-a-pele imediato entre mãe e bebê após o parto, entre outras; o movimento pela humanização do parto; e as percepções sobre humanização do parto entre diversos atores sociais.

Cinco artigos enfocaram o movimento pela humanização do parto no Brasil. Em decorrência de sua pesquisa de doutorado, Tornquist apresentou, em 2002, um artigo no qual ela caracterizou o movimento pela humanização no Brasil e expôs diversas reflexões que ela estava construindo, na época, sobre o ideário do movimento pela humanização, como a revalorização da natureza em oposição à tecnologia e a noção de empoderamento da mulher. Em 2007, esta mesma autora apresentou a história da REHUNA, importante âmbito de articulação de militantes, profissionais e outros envolvidos com a humanização do parto no Brasil, o qual se constituía como parte de seu campo empírico de pesquisa. Diniz (2005), também em decorrência de pesquisa de doutorado, discutiu os sentidos dados ao termo *humanização do parto* por diversos atores envolvidos na assistência e no movimento pela humanização. Pereira e Moura (2008) analisaram o ideário do movimento pela humanização do parto a partir de uma ótica pós-moderna de crítica à visão medicalizante e patologizante da vida e revalorização dos conhecimentos não hegemônicos, como os das parteiras. Por fim,

Diniz (2014), a partir do sucesso do documentário *O Renascimento do Parto* (2013)¹⁵, descreveu o cenário do movimento nacional e a relação deste movimento com a luta pela melhoria da qualidade da assistência no SUS, em resposta a críticas de que este movimento estaria voltado somente aos interesses das mulheres usuárias de planos de saúde e do sistema privado de saúde.

Na área de Psicologia, foram encontrados três estudos cujo tema foi a humanização do parto. Um dos artigos apresenta uma análise à luz da Psicanálise, trazendo à discussão o parto como “um encontro com o sagrado” (NOGUEIRA, 2006). Outro estudo, da área de Psicologia Social, teve como objeto a participação dos pais no parto, a partir de uma pesquisa etnográfica em uma maternidade no Rio de Janeiro, combinando observações da assistência e entrevistas com os homens (CARVALHO, 2003). A autora apreendeu diversos fatores impeditivos por parte das famílias e dos profissionais para a inserção do pai no momento do parto, mesmo estando em uma maternidade onde esta prática era autorizada. Dentre estes fatores, as autoras apontaram as representações sociais sobre parto, paternidade e masculinidade: “As compreensões tanto de parto como sofrimento extremo que só uma outra mulher pode apoiar, quanto de insensibilidade dos homens, desqualificam a presença deles (...)” (p. S393)

A pesquisa de Silveira, Camargo e Crepaldi (2010), cujo objeto foram as representações sociais de profissionais da equipe de obstetrícia e mulheres assistidas sobre a humanização do parto, teve como campo de pesquisa duas maternidades com características distintas: uma autodenominada humanizada e outra não. A partir de uma análise lexicográfica quantitativa, os pesquisadores apresentaram e discutiram os termos que mais apareceram, o contexto em que apareceram e a sua relação com o tema da humanização do parto no discurso dos profissionais e das mulheres atendidas em cada uma das maternidades. Como conclusão, os pesquisadores indicaram que as representações sociais sobre a humanização do parto diferiam tanto entre as maternidades quanto entre equipe e mulheres. Para os profissionais, os maiores indicadores de humanização do processo do parto seriam a disponibilidade e uso da analgesia e a presença do acompanhante, enquanto para as mulheres seriam a atenção da equipe e, em segundo plano, a presença do acompanhante.

¹⁵ O documentário “O Renascimento do Parto” foi produzido de forma independente e financiado por meio de contribuições voluntárias, no sistema de *crowdfunding*. O documentário apresenta o cenário da assistência ao parto no Brasil, principalmente no setor suplementar, com a banalização da cesárea marcada. Em oposição a este modelo, apresentou o modelo humanizado com depoimentos e relatos de mulheres, profissionais e especialistas brasileiros e estrangeiros no assunto, como Michel Odent e Robbie Davis-Floyd.

O levantamento realizado destacou haver grande quantidade de pesquisas com enfoque nos discursos de diversos atores sociais, buscando entender como eles representavam o conceito de humanização do parto e como eles percebiam as diversas propostas de mudança na assistência. Estes estudos foram objeto da revisão narrativa que detalhamos no capítulo 1. Em resumo, foi possível apreender um conjunto heterogêneo de estudos quanto aos participantes (mulheres, profissionais, gestores, acompanhantes, entre outros), aspectos sobre a humanização focalizados (Humanização do Parto; Assistência pela enfermeira obstétrica; Trabalho em equipe; Casas de Parto; o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento; Presença do acompanhante; Participação da doula) e escolhas teórico-metodológicas. Foi possível destacar pontos convergentes e divergentes a partir dos diversos discursos sobre a humanização, evidenciando um processo de mudança em curso. O presente estudo focalizou e analisou, em diálogo com os resultados desta revisão, os discursos advindos do movimento pela humanização.

1.5 Justificativa e objetivos

Diante da relevância social e do estado da produção sobre a humanização do parto, justificou-se a realização da presente pesquisa para compreender os aspectos subjetivos dos agentes neste movimento, contextualizando os seus discursos e as suas práticas no embate com o modelo hegemônico e entendendo-o como um processo histórico e social, em permanente construção. Para tanto, a Psicologia Social, sob a perspectiva da pesquisa qualitativa, foi utilizada como abordagem teórico-metodológica para a realização deste estudo.

A opção por um estudo de caso justificou-se por possibilitar conhecer com profundidade uma realidade onde existia um movimento ativo em torno da questão da humanização do parto, tornando-se possível acessar os discursos de diversos agentes, em diferentes âmbitos de atuação, como doulas, médicos, enfermeiras e mulheres identificadas como *militantes* da humanização do parto.

O objetivo principal deste estudo foi identificar e analisar as representações sociais destes diversos agentes sociais, em relação a humanização do parto. Para tanto, os objetivos específicos foram:

- a) Revisar a produção científica sobre a humanização do parto e do nascimento no Brasil, oriunda de diversas áreas de conhecimento;
- b) Identificar e sistematizar as políticas públicas federais, estaduais e municipais voltadas para a humanização do parto e do nascimento;

- c) Conhecer a história do movimento pela humanização do parto em São Carlos e mapear os agentes envolvidos;
- d) Conhecer as representações sociais dos agentes identificados, contextualizando-as e relacionando-as.

MÉTODO

1 REFERENCIAL TEÓRICO

Para compreender a proposta da humanização do parto, tema da presente investigação, foi composto um quadro teórico a partir de conceitos relacionados a este tema produzidos em diversas áreas de conhecimento (Saúde Coletiva, Enfermagem, Medicina, Antropologia, Psicologia, entre outras), além da Teoria das Representações Sociais como abordagem, para compreender os fenômenos psicológicos e sociais que estão envolvidos nos discursos e práticas dos agentes do movimento pela humanização do parto em São Carlos.

A construção da prática obstétrica no Brasil foi compreendida a partir de uma visão histórica e relacionada aos processos sociais em curso na sociedade. A partir desta visão, Diniz (2005) discutiu que o modelo hegemônico de assistência obstétrica, caracterizado pela hospitalização do parto, a centralidade do médico cirurgião-obstetra e das tecnologias e a consequente desconsideração do papel ativo e capaz da mulher e da família no momento do parto motivaram o surgimento de movimentos pela humanização do parto, de forma paralela ao movimento mais amplo de humanização da saúde.

A proposta da humanização em saúde, para Rios (2009), seria uma resposta à cultura individualista predominante na pós-modernidade e que culminou, na área da saúde, em situações de descaso e de violência institucional como a regra, não a exceção. Segundo a autora, a humanização foi uma proposta que surgiu em vários âmbitos da saúde, de forma localizada, como na luta antimanicomial e nos movimentos pela humanização do parto, e atingiu as políticas públicas de saúde posteriormente, tornando-se uma importante dimensão destas.

No que tange a sua conceituação, os trabalhos levantados apontaram para a polissemia e multiplicidade de sentidos dados à humanização (CASATE, CORREA, 2005; DESLANDES, 2004). Esta característica refletiu-se também nas políticas públicas, as quais se configuraram como uma série de princípios a serem aplicados na assistência e na gestão (DESLANDES, 2005b).

De forma a abrigar diversos enfoques possíveis da humanização, Rios (2009, pp. 254-5) propôs que

(...) a humanização se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços (...) Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional.

Este último aspecto foi entendido como o ponto-chave para a mudança das relações na área da saúde: uma nova ética no cuidado em saúde, ou seja, novos valores para guiar as práticas. Este é o desafio apontado para a generalização da humanização para além de localidades restritas onde há o comprometimento pessoal de gestores e profissionais com este processo transformador (RIOS, 2009). Assim, embora utilizem o termo “humanização” para propor e demandar mudanças no modelo de atenção vigentes, as políticas “(...) não logra[m] indicar as maneiras pelas quais estas poderiam ser operacionalizadas, uma vez que importante parcela das transformações propostas seria de ordem relacional, com o profissional da saúde trabalhando por um novo marco teórico” (DIAS, DESLANDES, 2006, p. 364). Constitui-se, então, uma contradição: por propor uma mudança de ordem ética, no nível das relações humanas, não deve existir uma “receita” de humanização. Porém, ao atingir as políticas públicas, esta mesma condição torna-se um limitador destas políticas.

Esta polissemia e multiplicidade de sentidos e usos também pode ser verificada na humanização do parto. A partir da sua pesquisa de doutorado, Diniz (2005, pp. 633-5) destacou os sentidos de humanização do parto nos discursos de diversas pessoas envolvidas nesta questão:

- a) Humanização como a *legitimidade científica* da medicina, ou da assistência baseada na evidência (*evidence-based*, orientada pelo conceito de tecnologia apropriada e de respeito à fisiologia); (...)
- b) Humanização como a *legitimidade política* da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças e famílias) na assistência ao nascimento. Uma assistência baseada nos direitos (*rights-based*); (...)
- c) Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população. (...) no sentido de uma *legitimidade epidemiológica*, ou de saúde pública; (...)
- d) Humanização referida à *legitimidade financeira* (sic) dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos; (...)
- e) Humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente (...) [em que está] fortemente presente a tradição liberal, de direitos do consumidor à escolha, criando uma “rede privada de assistência humanizada” e ampliando a legitimidade do modelo da MBE, até então restrita ao setor público; (...)
- f) Humanização como direito ao *alívio da dor*, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como *humanitários*, antes restritos às pacientes privadas – como a analgesia de parto. (...) referida à tradição hipocrática, ao papel humanitário do médico, que resgataria a parturiente da pena do Gênesis, uma ação em defesa das mulheres e seus direitos.

Ainda que o conceito seja polissêmico e apropriado pelos diversos sujeitos de forma heterogênea, por vezes fragmentada, a humanização pode ser vista como uma nova forma de atuar, ou um novo *modelo* de assistência, no sentido que propõe Davis-Floyd (2001), antropóloga médica norte-americana que estuda a questão do parto no mundo ocidental desde

os anos 1980. A autora denominou o modelo hegemônico de *tecnocrático* e argumentou, a partir das suas investigações científicas, que esta prática apoiava-se menos na ciência do que no contexto cultural como um todo, compondo um grande ritual que servia a refletir, reforçar e disseminar o sistema de valores em voga na sociedade. Ela descreveu doze princípios que sustentavam este modelo: a separação entre corpo e mente e a visão do corpo como uma máquina; o paciente como objeto e o afastamento entre médico e paciente; o diagnóstico e o tratamento de fora para dentro; a organização hierarquizada e a padronização da assistência; a autoridade e a responsabilidade sobre o cuidado como inerentes ao médico e não ao paciente; a supervalorização da ciência e da tecnologia; intervenção agressiva com ênfase nos resultados de curto prazo e o entendimento da morte como uma derrota e; um sistema de saúde movido pelos lucros e a intolerância a modelos alternativos (DAVIS-FLOYD, 2001).

O novo modelo proposto, em oposição ao modelo tecnocrático, foi descrito por Davis-Floyd (2001) como *humanístico*. Para ela, este modelo estaria subsidiado por doze princípios diferentes: conexão entre mente e corpo; corpo como um organismo; o paciente como um sujeito relacional; conexão e carinho entre médico e paciente; diagnóstico e cura de fora para dentro e de dentro para fora; balanceamento entre as necessidades da instituição e do indivíduo; informação, processo decisório e responsabilidade compartilhados entre médico e paciente; ciência e tecnologia contrabalanceados com humanismo; foco na prevenção da doença; morte como um resultado aceitável; assistência dirigida pela compaixão e; mente aberta para outras modalidades de assistência. Davis-Floyd descreveu, ainda, um terceiro modelo, chamado *holístico*, o qual se distanciaria mais ainda do tecnocrático, na direção de uma visão espiritualizada e energética da vida, da saúde-doença e do parto, o qual era vislumbrado por algumas pessoas e vertentes do movimento pela humanização do parto.

A partir do início da década de 2010, outro conceito foi aparecendo de forma central na discussão sobre a humanização do parto, tanto na academia quanto nos movimentos sociais: a *violência obstétrica*. D'Oliveira, Diniz e Schraiber, em 2002, conceituaram a “violência institucional contra a mulher”, definindo-a como aquela que era vivenciada pela mulher dentro das instituições de saúde, cometida por profissionais durante a gravidez, o parto, o puerpério e a situação de aborto. Segundo estas autoras, esta violência poderia se dar de quatro formas: negligência, violência verbal, violência física e violência sexual. Salgado, Niy e Diniz (2013) incorporaram neste rol a violência psicológica.

Em 2010, Rogélio Pérez D'Gregório definiu, a partir da legislação da Venezuela, o termo “violência obstétrica” como "(...) a apropriação dos processos do corpo e reprodutivos das mulheres por profissional de saúde expressada por tratamento desumano,

abuso de medicamentos, e conversão dos processos naturais em patológicos, trazendo com isso a perda de autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres" (p. 201). Nesta concepção, então, a violência obstétrica passou a englobar o próprio modelo tecnocrático que deixava, de certa forma, de ser uma "opção" assistencial em obstetrícia para ser uma violação de direitos, devendo ser combatido e banido. A humanização viria, portanto, como um contraponto e uma alternativa a esta assistência violenta.

Além deste quadro formado por conceitos sobre o parto e a humanização, o objeto deste estudo foi abordado sob a ótica da Teoria das Representações Sociais (TRS). As representações sociais (RS) são formas específicas de conhecimento, características da sociedade ocidental pós-industrial, em que a ciência dita os "imperativos práticos" da vida comum. Segundo Moscovici (1978), grupos ou indivíduos seletos "(...) inventam e propõe a maior parte dos objetos, conceitos, analogias e formas lógicas a que recorreremos para fazer face às nossas tarefas econômicas, políticas ou intelectuais. (...) Porque deixamos de esperar exercer domínio sobre a maioria dos conhecimentos que nos afetam". Mesmo assim, as pessoas construiriam "teorias" a partir das informações às quais têm acesso no seu cotidiano, como forma de lidarem com o mundo a sua volta e participarem da vida social (JODELET, 2001). As RS têm relação com a prática social, o que também justificou a escolha desta abordagem e das RS como objeto do presente estudo, pois entender como os agentes envolvidos na humanização do parto representavam o fenômeno poderia dar evidências de como ela ocorre na prática e apontar formas possíveis de contribuir para mudanças efetivas na assistência ao parto no município de São Carlos. Além disso, elas estariam intimamente ligadas à estrutura social e às formas de interação social, revelando aspectos relevantes para o tema proposto, como as tensões e as disputas internas e externas.

De acordo com a TRS, o conhecimento sobre o corpo seria expropriado do sujeito e dado como pertencente ao especialista "médico", que teria, supostamente por meio da ciência, o domínio das ferramentas para lidar com ele e chegar ao objetivo esperado. Mesmo assim, o parto é um fato social, presente no cotidiano das pessoas e sobre o qual elas conversam, formulam explicações e teorias a partir dos relatos que ouvem e presenciam, as notícias e explicações veiculadas nos telejornais, filmes, novelas, *internet* e outros meios. O parto seria, portanto, passível de ser objeto de representações sociais, uma vez que era, como a AIDS no caso de estudo de Jodelet (2001), um "(...) evento surgido no horizonte social que não pode nos deixar indiferente. Mobiliza o medo, a atenção e uma atividade cognitiva para o compreender, dominar e nos defender" (p. 3).

Por um lado, as RS estariam relacionadas com a socialização de conceitos primeiramente pensados no contexto da ciência, recebida pelos indivíduos e grupos de forma fragmentada e assistemática, todos os dias, em todos os lugares, espaço o qual Moscovici chamou de “mundo da conversação”. Por outro lado, elas teriam também um papel ativo na construção da realidade social, pois, ao atingir o contexto das interações sociais cotidianas, as RS resignificariam outras representações correntes e seriam resignificadas por elas, que, por sua vez, dariam sentido às percepções e aos comportamentos dos indivíduos e grupos.

Moscovici (1978) enfatizou a função das RS em contraste com outras modalidades de conhecimento da sociedade, como a filosofia, a ciência e a religião. Para ele, a função das representações sociais é a de elaboração de comportamentos e de comunicação cotidiana. Este caráter funcional das RS também foi enfatizado por Jodelet (2001), que as descreveu como um conhecimento prático, orientado para a ação e gestão da relação com o mundo.

O caráter social das RS, mais do que relacionado à macroestrutura – econômica, política, histórica –, tem a ver com as relações de um grupo que partilha uma visão consensual da realidade. É no cotidiano destes grupos que as RS são construídas e é a serviço deles que elas estariam (JODELET, 2001, p. 14): “Partilhar uma ideia, uma língua, também é afirmar um liame e uma identidade”.

Este universo em que se partilham e constroem as RSs foi denominado, por Moscovici (1978), Universo Consensual (UC), em oposição ao que ele chamou de Universo Reificado (UR). Para o autor, UC seria o âmbito onde circulam, são criadas e recriadas as RS. Neste universo, não há sistematização ou hierarquização na construção das representações – elas são fruto das relações do dia a dia e as influenciam. Podemos chamá-lo de “senso comum”. Já o UR seria o universo onde são criadas, de forma sistemática e hierarquizada, teorias, conceitos científicos, etc. – isto é, o mundo das ciências, da objetividade, das teorizações abstratas (OLIVEIRA; WERBA, 2007).

Os mecanismos por meio dos quais os conceitos científicos passam do UR para o UC, ou seja, como estes novos conceitos tornam-se conhecidos e utilizados pelos indivíduos e grupos são a *objetivação* e a *ancoragem* (ou *amarração*). Quando uma nova imagem surge do UR, ela ameaça e questiona a identidade de um indivíduo ou grupo, pois estes já têm uma rede de representações que dão sentido às suas percepções e ações. A objetivação é o mecanismo por meio do qual as pessoas lidam com essa imagem, transformando-a em uma RS que circula no UC. Objetivar tem a função primordial de tornar a nova imagem familiar, buscando na vida real um significante para tal conceito. Para isso, primeiro *naturaliza-se* tal

imagem e, em seguida, *classifica-se*, ou seja, introduz-se uma nova ordem que se adapta à ordem preexistente, atenuando, assim, o choque de uma nova concepção. O resultado do processo de objetivação é um *modelo figurativo*: um quadro cognitivo estável que orienta as percepções e as comunicações.

Já o processo de ancoragem diz respeito ao uso das RS, transformando-as, então, em instrumentos à disposição da sociedade. Segundo Moscovici (1978, p. 175):

Neste estágio ela deixa de ser aquilo ‘de que se fala’ para se converter naquilo ‘através de que’ se fala. Nos limites em que ela penetrou numa camada social, também se constitui aí num meio de influenciar os outros e, sob este ângulo, adquire *status* instrumental.

Este quadro teórico permitiu delinear algumas questões, as quais nortearam o desenvolvimento da presente investigação. Primeiramente, dado que as RSs são construídas a partir de experiências em grupos que compartilham visões de mundo, as análises das representações dos agentes envolvidos nas práticas de saúde relacionadas ao parto e nascimento podem indicar a existência de *um movimento* ou de *movimentos* pela humanização do parto, uma vez que é possível que o próprio Movimento se constitua em um espaço de disputas. Além disso, pela relação das RSs com as práticas sociais, elas podem indicar também quais são essas disputas e em quais campos elas estão sendo travadas.

Em segundo lugar, a princípio, partimos da suposição de que o conhecimento que estava sendo construído sobre as práticas obstétricas mais benéficas, em respeito à fisiologia e à autonomia feminina no processo de parturição, estaria restrito ao UR e que, por sua não-familiaridade, ainda estaria em processo de passagem para o contexto das interações sociais cotidianas. Porém, esta separação não nos parecia tão clara no nosso campo empírico. Ao mesmo tempo em que, no meio médico e profissional as práticas tinham uma “aparência” de científicas, predominando a hierarquização dos conhecimentos (e de seus autores) e a transmissão sistemática por meio de livros, revistas especializadas, etc., estudos como os de Davis-Floyd (2001) denunciaram o caráter ritualístico e de reprodução das práticas que ocorre por meio da experiência empírica, no cotidiano da assistência. Por outro lado, a sociedade em geral tinha cada vez mais acesso ao conhecimento científico produzido no âmbito da Medicina Baseada em Evidências, construindo entre si um meio de comunicação que valoriza a referências às *evidências científicas* e seu uso coeso, mesmo nas conversas cotidianas. Como expos Diniz (2014, p. 217), “(...) pode acontecer de as usuárias conhecerem melhor as evidências científicas sobre segurança e efetividade das práticas de saúde que os profissionais”. Assim, uma hipótese do presente estudo foi que o lugar social dos agentes do

Movimento pela humanização do parto determinaria uma nova relação das pessoas com as evidências científicas, portanto, uma nova relação entre UC e UR.

2 CAMPO EMPÍRICO

O campo empírico do presente estudo foi constituído pelos diversos espaços de atuação e discussão sobre humanização do parto na cidade de São Carlos, interior do estado de São Paulo. Inicialmente, um espaço que havia sido considerado privilegiado para observações, foi um grupo de apoio local. Este era um grupo sem vinculação institucional, iniciado em 2009 por uma enfermeira-obstetra e três *doulas*¹⁶. O grupo reunia-se quinzenalmente e tinha como objetivo informar grávidas e seus companheiros que queriam conhecer o parto natural, no modelo humanizado, além de propiciar um ambiente acolhedor para as suas dúvidas, os seus medos, etc., a partir de relatos orais de experiências e rodas de conversa. Além de grávidas e seus companheiros, participavam também outros interessados no assunto, como estudantes.

Porém, após o início do trabalho de campo, outros âmbitos de discussão e atuação do movimento formaram-se ou mostraram-se relevantes. Outros grupos de apoio ao parto surgiram, partindo tanto de serviços privados especializados no pré-parto, parto e pós-parto, quanto de pessoas inseridas em unidades de saúde do SUS, entidades filantrópicas e na UFSCar. Todos estes grupos contavam com a participação de *doulas* e outros profissionais do campo.

Outro espaço que se configurou de grande relevância foram as atividades de ensino relacionadas à humanização do parto. Estas atividades aumentaram em frequência a partir da entrada de duas profissionais do Movimento na UFSCar como docentes, direcionando o seu foco para o ensino da humanização no nível superior e a disseminação destes conhecimentos entre os estudantes e profissionais. Foram realizadas palestras, aulas de disciplinas abertas à comunidade, exposições de filmes seguidas de discussão, além do I Congresso de Parto, realizado na UFSCar, em agosto de 2013. Neste evento, estiveram presentes profissionais e pesquisadores de todo o Brasil e foi um importante espaço de divulgação das políticas públicas de humanização, das recomendações da OMS e da MBE e de trabalhos e experiências sobre o assunto.

¹⁶ *Doulas* são profissionais especializadas no atendimento ao parto, que têm como função dar apoio físico e emocional à parturiente e sua família no pré-natal, durante o parto e no pós-parto. É uma profissão reconhecida na Classificação Brasileira de Profissões desde janeiro de 2013. Os cursos de formação de *doulas* são voltados para interessadas advindas de qualquer área de atuação.

Por fim, também foram realizadas observações nos espaços de debate criados pelo próprio Movimento, tanto na cidade de São Carlos, quanto em outras. Estes espaços foram utilizados para a articulação de ações do Movimento e contavam com falas expositivas sobre a questão da humanização e momentos de discussão. Este foi o caso do I Fórum pela Humanização do Parto e do Nascimento em Campinas, no qual participaram pessoas do Movimento de São Carlos.

3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Para atingir os objetivos do estudo, em um primeiro momento, foi realizado um levantamento da produção científica sobre a humanização do parto no Brasil. Além disso, foi realizada uma exploração preliminar do campo, a fim de revisar o projeto de pesquisa apresentado ao programa de pós-graduação. A partir desta exploração prévia e tendo em mente a abordagem teórica que se seguiria na pesquisa, foi possível apreender melhor algumas questões relativas a este campo, como as disputas presentes de forma mais ou menos explícitas nos discursos, nas conversas e nas relações estabelecidas entre as pessoas em torno da questão do parto na cidade.

Após a revisão do projeto de pesquisa, o mesmo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, do qual recebeu aprovação (Protocolo – Anexo A).

Nos meses que se seguiram, foram realizadas análises de documentos para conhecer as políticas públicas voltadas à humanização do parto, em nível federal, estadual e municipal. Foi realizado um levantamento das políticas a partir de referências às leis, portarias ministeriais e outros documentos na literatura da área e, em seguida, a partir de um rastreamento nas páginas eletrônicas nas quais são divulgados estes documentos, em especial o sistema Saúde Legis, na página do Ministério da Saúde, e o Diário Oficial do município de São Carlos. As políticas levantadas foram organizadas em uma planilha eletrônica, a qual serviu de base para a redação do capítulo 2 desta dissertação.

Entre julho de 2013 e junho de 2014, principalmente, foram realizadas observações participantes, as quais foram registradas em um *diário de campo*, como sugere Minayo (2010). O objetivo destas observações foi conhecer o contexto em que as representações sociais sobre a humanização do parto se construía, nos discursos e nos diálogos. Para isso, realizei anotações diversas sobre o que observava: conteúdo e forma das

falas, relações estabelecidas entre as pessoas e menções a fatos, documentos e políticas. As principais atividades das quais participei realizando observações foram listadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Principais atividades e eventos observados sobre humanização do parto e nascimento, no período de dezembro de 2012 a junho de 2014.

Data	Evento	Local	Participantes
Dezembro/2012 a dezembro/2013	Reuniões do Grupo local	São Carlos	Coordenadoras do Grupo e mulheres, homens e familiares interessados no assunto, além de mulheres e homens que iam relatar suas experiências
Agosto/2013	Palestra Michel Odent	Faculdade de Enfermagem/USP Ribeirão Preto	Palestrantes: Michel Odent e Prof. Dra. Heloisa Lessa
Setembro/2013	I Congresso de Parto	UFSCar/São Carlos	Profissionais e acadêmicas de São Carlos como organizadoras, outros profissionais e acadêmicos do Brasil como palestrantes e ministrantes de minicursos; profissionais da cidade interessados no tema como ouvintes.
Novembro/2013	Fórum de Humanização do Parto e do Nascimento de Campinas	Campinas	Profissionais de São Carlos como palestrante e ouvintes.
Novembro/2013	Aula aberta da Disciplina do PPGEnf	UFSCar	Ministrante: Ms. Heloisa Salgado (FSP/USP); docentes e alunas de enfermagem.
Março/2014	Exibição do filme “O Renascimento do Parto” seguida de debate	SESC São Carlos	Profissionais e acadêmicas de São Carlos como debatedoras e mulheres militantes como ouvintes, além do público em geral.
Março/2014	Exibição do documentário “Violência obstétrica: a voz das brasileiras” seguida de relatos de violência e debate	Câmara Municipal de São Carlos	Como debatedores: Coordenadora da Enfermagem da Santa Casa/SUS Annie Agostinho; Defensora Pública Dra. Maria Alice; Vereador Ronaldo Lopes; <i>Doula</i> Vânia Bezerra; Como ouvintes: profissionais, acadêmicas, estudantes e militantes, além do público em geral.
Abril/2014	Evento sobre Humanização da Saúde durante a Semana Nacional da Humanização	DMed/UFSCar	Moderador: Prof. Geovani Aciole (DMed); Palestrantes: Carla Polido (DMed), Jamile Bussadori (DEnf), Fábio Luiz Alves (coordenador nacional da PNH) e Monica Vilchez (coordenadora regional da PNH). Ouvintes: estudantes, principalmente de Medicina e Enfermagem.
Junho/2014	Exibição do filme “O Renascimento do Parto” seguida de debate	UFSCar	Profissionais militantes como debatedoras e estudantes de medicina e enfermagem como ouvintes, principalmente.

Legenda: FSP/USP – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; PNH – Política Nacional de Humanização; Fonte: Rocha (2015).

Em novembro de 2013, realizei uma entrevista aberta do tipo *história de vida* com uma representante do movimento identificada como *informante-chave*, selecionada a partir de observações de campo. Por fazer parte do Movimento desde o seu começo, eu imaginava que ela teria o potencial de indicar outros agentes envolvidos e descrever a história deste Movimento e das suas conquistas até o momento da investigação. Porém, após esta entrevista, fez-se clara a necessidade de complementar este histórico a partir do relato dos

outros envolvidos, dado que foi ficando explícita a fragmentação do Movimento ou a existência de mais de um grupo atuando a medida que eu adentrava o campo, realizava observações e participava de conversas com estas pessoas. Desta forma, foi incluída no roteiro de entrevistas individuais uma pergunta sobre o envolvimento e a atuação dos participantes no Movimento.

Entre fevereiro e julho de 2014, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com outros participantes identificados, tendo em mente os objetivos do presente estudo. A escolha por entrevistas semiabertas justificou-se pela possível redução na interferência nas respostas dos participantes e pelo potencial de produzir um material mais rico para a investigação de representações sociais (SPINK, 2004), ao mesmo tempo em que o roteiro me auxiliou na abordagem dos assuntos relevantes para atingir os objetivos da pesquisa (MINAYO, 2010). O roteiro semiestruturado encontra-se em anexo (Apêndice A). Uma primeira relação de participantes potenciais foi realizada por mim, a partir de observações prévias. Porém, o convite para participação na pesquisa foi realizado àqueles que eram identificados, também, por outros participantes nas entrevistas que realizava. Dessa forma, além de serem identificados como *militantes* por mim, também o eram por seus pares.

As entrevistas foram gravadas, mediante consentimento dos participantes, por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e transcritas posteriormente. Estas entrevistas foram realizadas nos consultórios e escritórios particulares dos participantes ou em salas reservadas nos seus espaços de atuação profissional e também na minha casa ou na casa destes participantes.

Após a análise das informações, foi realizada um encontro entre as participantes que tiveram interesse e disponibilidade, cujo objetivo foi realizar uma devolutiva e submeter as minhas percepções e análises às pessoas entrevistadas. Nesta oportunidade, participaram quatro entrevistadas. Algumas informações sobre o histórico do Movimento foram confirmadas e complementadas e as análises foram corroboradas pelas participantes.

4 PARTICIPANTES

Participaram das entrevistas 14 pessoas, identificadas por mim e por seus pares como militantes do movimento pela humanização do parto em São Carlos ou que participavam diretamente da assistência ao parto, atuando no modelo humanístico. Dentre os profissionais que atuavam na assistência, foram entrevistados um médico obstetra e duas enfermeiras obstétricas, sendo uma delas coordenadora de equipe de enfermagem. Com

inserção eventual na assistência obstétrica, por meio do acompanhamento de parturientes, três doulas e uma obstetrix também compuseram o grupo de participantes deste estudo. Estas profissionais também atuavam em grupos de apoio e prestavam serviços privados de preparação para o parto, como oficinas, cursos e atendimentos individualizados. Além destes, foram entrevistadas uma enfermeira obstétrica e uma médica obstetra docentes da UFSCar, que atuavam de forma mais intensa na formação superior e complementar de profissionais, mas também oferecendo serviços por meio da Universidade, como grupos de preparação para o parto e atendimento ambulatorial. Por fim, participaram também cinco mulheres militantes, que organizavam e atuavam em ações em nome do Movimento, como as Marchas e outros eventos para divulgação e discussão da temática na sociedade. Estas mulheres envolveram-se por meio de suas próprias histórias de parto e maternidade, sendo que todas tiveram partos humanizados em São Carlos.

Para fins de identificação dos participantes na apresentação do histórico do movimento, no capítulo 3, foram utilizados nomes fictícios de felinos, uma vez que referências a estes animais eram frequentes nas conversas cotidianas entre as militantes, por exemplo, “e então ela virou uma leoa”, referindo-se à força e ao instinto animal da mulher.

5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Em um primeiro momento, as informações sobre o levantamento bibliográfico e as políticas foram sistematizados, organizados e categorizados em forma de planilhas eletrônicas.

As informações da entrevista de história de vida foram sistematizadas logo após a sua realização e analisadas tendo em vista, inicialmente, obter uma relação inicial de agentes e um mapeamento do histórico do movimento de humanização do parto na cidade. A partir desta análise, evidenciou-se a insuficiência deste único relato para conhecer a história deste movimento, portanto, este histórico foi sendo complementado com informações advindas de outras entrevistas realizadas.

Após a realização, as entrevistas foram transcritas, lidas exaustivamente e analisadas com base na proposta de Gaskell (2002) sobre a análise de um *corpus* de entrevistas. Segundo este autor, o pesquisador deve mergulhar nas transcrições e lê-las em busca de consensos e padrões, tendo sempre em vista os objetivos da pesquisa. Porém, ele deve ir além, buscando também contradições e dissensos, considerando também os aspectos não verbais da interação durante a entrevista, como as pausas e reticências.

Desta forma, primeiramente foram sistematizadas no formato de “linha do tempo” as informações relativas às atividades do Movimento, as quais embasaram a redação da primeira parte do Capítulo 3 desta dissertação. Após análise, esta reconstrução revelou-se incompleta, principalmente por não terem sido acessados os acontecimentos e as atividades internas às instituições de atendimento ao parto, âmbito onde estariam ocorrendo grande parte das mudanças práticas propostas pelo Movimento. As referências a que tive acesso foram feitas em conversas e reuniões de grupos que observei.

Em seguida, foi realizada uma primeira sistematização das informações provenientes das entrevistas, em forma de planilha, na qual foram listadas todas as ideias que apareceram nos discursos. Diante deste conjunto de informações, foram destacadas as ideias que mais apareciam e as relações entre elas, em termos das representações sociais deste grupo e suas ancoragens. As categorias foram, então, reorganizadas. A partir de uma releitura das entrevistas, do levantamento bibliográfico, da revisão da literatura e das políticas públicas apresentados nos Capítulos 1 e 2 desta dissertação, além das informações registradas em diários de campo, foi realizada a *triangulação* de todas estas informações, como propõe González Rey (2005).

Portanto, as categorias construídas foram resultado da triangulação das informações de diversas fontes, configurando-se como um quadro combinatório que pretende privilegiar todas as fontes de informação na busca por um retrato dinâmico que se aproxime ao máximo da realidade, ainda que seja o retrato de um momento datado e localizado. Este processo foi alicerçado nos fundamentos teóricos e metodológicos da pesquisa qualitativa, sendo, portanto, fruto da minha interação, na condição de pesquisadora e participante do Movimento, com as diversas fontes de informação como defende González Rey (2005). Estas categorias embasaram a redação da segunda parte do Capítulo 3 desta dissertação.

6 ESTRUTURA DO TEXTO

Esta dissertação foi dividida de acordo com os objetivos propostos para o estudo. A revisão sistemática dos estudos publicados entre 2000 e 2014 que tiveram como objeto a percepção de diversos atores sobre a humanização do parto foi apresentada e discutida no capítulo 1. As políticas públicas sobre humanização do parto no Brasil, no estado de São Paulo e no município de São Carlos foram sistematizadas e discutidas no Capítulo 2. Por fim, a história do Movimento na cidade de São Carlos e as representações sociais de seus

agentes acessadas a partir das entrevistas e observações realizadas foram apresentadas e discutidas no Capítulo 3.

CAPÍTULO 1

DIALOGANDO SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO

Como apresentado anteriormente, as políticas públicas e os movimentos que almejavam mudanças nas práticas e nas relações na obstetrícia e aumentar a visibilidade da questão na sociedade, a partir do discurso científico da Medicina Baseada em Evidências, impulsionaram as pessoas a pensarem e discutirem sobre a humanização do parto e do nascimento. Desta forma, elas foram se apropriando destas ideias ou repudiando-as, de acordo com as suas representações e nos seus valores pré-concebidos (MOSCOVICI, 1978). Muitos estudos desde os anos 2000 visaram conhecer a apropriação desta proposta pelos discursos de diversas pessoas envolvidas com a questão, como profissionais e usuários. Uma vez que o objetivo geral do presente estudo foi conhecer as representações sociais dos agentes do Movimento que propõe um novo modelo de atenção ao parto, revisar esta literatura foi fundamental para dialogar com os nossos resultados.

Para elaboração desta revisão bibliográfica, foi realizado um levantamento nas bases de periódicos da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Ensino de Nível Superior) e BVS/BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde/Biblioteca Regional de Medicina), considerando o período de 2000 a 2014, a partir dos descritores: parto-humanizado, humanização-parto, nascimento-humanizado e humanização-nascimento. Esta busca foi realizada em janeiro de 2014 e complementada em março de 2015. Foram selecionados estudos produzidos no Brasil, com texto completo disponível¹⁷.

A partir da leitura dos títulos e resumos dos estudos encontrados, foram selecionados aqueles que continham no título ou objetivo termos correlatos a “percepção”, a saber: significados, perspectiva, saberes, ótica, olhar, simbologia, representações sociais, discurso, conhecimento e concepção. Após a leitura do texto completo, três artigos foram excluídos desta revisão, pois limitavam-se às as dificuldades e desafios (CARVALHO *et al*,

¹⁷ Apesar de muitos dos trabalhos sobre esta temática terem sido realizados em programas de pós-graduação *stricto sensu*, teses e dissertações completas não foram incluídas nesta revisão. Consideramos que trabalhos publicados em periódicos científicos tendem a cumprir um critério mínimo de qualidade, por meio da avaliação por pares, além de levarmos em conta ser a divulgação etapa essencial da produção científica. Porém, sendo que a última revisão com foco em teses e dissertações foi publicada em 2007 (PEREIRA *et al*, 2007), seria interessante que um novo levantamento fosse feito, o qual englobasse esse conjunto de trabalhos, uma vez que é indiscutível o crescimento da preocupação acadêmica e social com o tema. Este levantamento também não foi possível, pois o Banco de Teses da CAPES, que compila a maior parte dos trabalhos acadêmicos produzidos no Brasil, esteve em processo de reformulação durante todo o período da pesquisa. Até o mês de dezembro de 2014, só estavam disponíveis no Sistema as teses e dissertações defendidas entre 2011 e 2012.

2011; JUNIOR, CARVALHO, MACEDO, 2011) e aos sentimentos expressos pelos participantes (CARRARO et al., 2006).

A presente revisão foi realizada com base em 30 artigos, os quais foram classificados de acordo com os seguintes critérios: ano de publicação, área de conhecimento dos autores do estudo; participantes; aspecto da humanização do parto investigado e; referencial metodológico. Por fim, este conjunto de estudos foi analisado de acordo com o aspecto investigado e os participantes do estudo. A sistematização dos estudos de acordo com as características das publicações analisadas foi apresentada no Quadro 2.

Os principais resultados dos estudos levantados foram analisados de acordo com os aspectos da humanização focalizado nestes, buscando-se explicitar os pontos de convergência e divergência nos discursos dos diversos participantes entrevistados e destes com a produção científica e com as diretrizes e políticas referentes à humanização do parto. Assim, procuramos entender o impacto desta nova proposta nas ideias e nas práticas descritas por profissionais e usuários com relação ao processo de humanização do parir e nascer.

Quadro 2 – Características dos estudos que abordam o tema parto humanizado e nascimento encontrados em periódicos publicados no Portal CAPES e na BVS/BIREME, no período de 2000 a 2013

Autores	Data	Área do conhecimento	Aspecto investigado	Participantes (N)	Referencial metodológico
ALMEIDA & TANAKA	2009	Saúde Pública	PHPN	Mulheres (135)	ND
ANGULO-TUESTA et al.	2003	Saúde Pública	Trabalho em equipe	Médicos (14) EOs (21)	ND
BRÜGGEMANN, OSIS & PARPINELLI	2007	Enfermagem/ Medicina	Presença do acompanhante	Profissionais (11) Acompanhantes (16)	Exploratória
BUSANELLO et al.	2011	Enfermagem/ Medicina	Humanização do parto	Enfermagem (10) Médicos (13)	ND
CASTRO & CLAPIS	2005	Enfermagem	Humanização do parto	Residentes EO 1 ano (7) Residentes EO 2 ano (5) Enfermeira contratada (1) EOs contratadas (3)	ND
CAUS et al.	2012	Enfermagem	Assistência pela EO	Mulheres (9)	PCA
DESLANDES	2005	Saúde Pública	Humanização do parto	Macrogestores de saúde do município (6) Gestores das maternidades (8)	Exploratório
FRUTOSO & BRÜGGEMANN	2013	Enfermagem	Presença do acompanhante	Acompanhantes (16)	Exploratório-descritiva
GAYESKI & BRÜGGEMANN	2009	Enfermagem	Humanização do parto: posição vertical	Mulheres (10)	Exploratório
GONÇALVES et al.	2011	Obstetrícia/ Enfermagem	Casa de Parto	Mulheres (7)	Fenomenologia Social
GRIBOSKI & GUILHEM	2006	Enfermagem	PHPN	Mulheres (29) Profissionais (16)	Bioética feminista
KOMURA	2004	Enfermagem	Casa de Parto	EOs (6)	Etnografia
KOMURA & DE SOUZA	2007	Enfermagem	Presença do acompanhante	Profissionais (24)	ND
MABUCHI & FUSTINONI	2008	Enfermagem	Humanização do parto	Profissionais (11)	Fenomenologia
MALHEIROS et al.	2012	Enfermagem	Humanização do parto	Profissionais (16)	Descritivo-exploratória
MARQUE, DIAS & AZEVEDO	2006	Enfermagem	Humanização do parto	Enfermagem (12)	Descritiva
MATOS et al.	2010	Enfermagem	Contato pele a pele	Mulheres (9)	PCA
MOREIRA et al.	2009	Enfermagem	Assistência pela EO	EOs (7)	ND
NASCIMENTO et al.	2010	Enfermagem	Assistência pela EO	Mulheres (12)	Descritiva
OLIVEIRA, RODRIGUES & GUEDES	2011	Enfermagem	Assistência pela EO	Mulheres (14)	Exploratório-descritiva
OLIVEIRA & MADEIRA	2002	Enfermagem	Humanização do parto	Mulheres adolescentes (8)	Fenomenologia

Autores	Data	Área do conhecimento	Aspecto investigado	Participantes (N)	Referencial metodológico
PEREIRA & BENTO	2011	Enfermagem	Assistência pela EO + Autonomia	Mulheres (16)	Descritiva
PRATA & PROGIANTI	2013	Enfermagem	Assistência pela EO	Mulheres (16)	Perspectiva de P. Bourdieu
REBELLO & NETO	2012	Medicina	Humanização do parto	Estudantes de Medicina (ND)	Exploratório-descritiva
SANTOS & NUNES	2009	Enfermagem	Doulas	Enfermagem (16)	Descritiva
SILVA, BARBIERI & FUSTINONI	2011	Enfermagem	Humanização do parto	Mulheres (8)	Fenomenologia
SILVEIRA, CAMARGO & CREPALDI	2010	Psicologia	Humanização do parto	Mulheres (20) Profissionais (20)	Estrutural da TRS
SOUZA, GAÍVA & MODES	2011	Enfermagem	Humanização do parto	Profissionais (17)	Descritiva
WEI et al.	2011	Enfermagem	Humanização do parto: Dieta e movimentação	Mulheres (35)	Descritivo-exploratória
WEI et al.	2012	Enfermagem/Obstetrícia	Contato pele a pele	Mulheres (35)	Exploratório-descritivo

Fonte: Rocha (2015);

Legenda: PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento; ND – Não descrito pelo(s) autor(es); EO – Enfermeira Obstétrica; PCA - Pesquisa Convergente-Assistencial; TRS – Teoria das Representações Sociais.

1 ANÁLISE NARRATIVA DOS RESULTADOS DOS ESTUDOS

1.1 A Humanização do Parto e do Nascimento

Em parte dos estudos encontrados nesta revisão, os participantes foram questionados sobre o que entendiam por humanização do parto e/ou do nascimento. Os profissionais que prestavam assistência à parturiente e ao recém-nascido foram interrogados em sete estudos. Alguns destes analisaram as diferenças entre as percepções de médicos e enfermeiros (BUSANELLO et al., 2011) ou entre profissionais de instituições cuja missão envolvia a humanização do parto e de instituições “tradicionais” (MARQUE, DIAS, AZEVEDO, 2006; SILVEIRA, CAMARGO, CREPALDI, 2010), enquanto outros encontraram um discurso mais homogêneo dentro da equipe obstétrica (MABUCHI, FUSTINONI, 2008; MALHEIROS et al., 2012; SOUZA, GAÍVA, MODES, 2011). Castro e Clapis (2005) encontraram diferenças entre os discursos das enfermeiras obstetras contratadas e as residentes de uma maternidade filantrópica que visava a humanização do parto.

Em todos os estudos que abordaram os profissionais, estes relacionaram a humanização do parto a uma política de saúde e a um conjunto de novas práticas na

assistência à mulher e ao recém-nascido. Por um lado, em alguns dos estudos os participantes ancoravam essas novas práticas na desmedicalização do parto e resgate da fisiologia deste evento, como as residentes do estudo de Castro e Clapis (2005), os participantes de Malheiros et al. (2012) e as enfermeiras da Casa de Parto investigada por Marque et al. (2006). Já nos estudos de Mabuchi e Fustinoni (2008), Silveira et al. (2010) e Souza et al. (2011), os profissionais identificaram a humanização do parto com uma lista de procedimentos recomendados pela OMS e pelo Ministério da Saúde, descrevendo uma nova rotina técnica de atender partos normais.

A humanização do parto também foi relacionada a uma mudança de postura ética diante das parturientes e sua família, provendo acolhimento, informações e respeitando suas escolhas e seus desejos (BUSANELLO *et al.*, 2011; MALHEIROS *et al.*, 2012; CASTRO; CLAPIS, 2005). Alguns atores também destacaram as condições de trabalho e a importância da participação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto normal (BUSANELLO *et al.*, 2011), a adequação do espaço físico para garantir privacidade e conforto para parturiente e seu acompanhante, foi apontada como necessidades da assistência humanizada (BUSANELLO *et al.*, 2011; SILVEIRA *et al.*, 2010; MABUCHI *et al.*, 2008; SOUZA *et al.*, 2011).

Em complementação aos discursos dos profissionais atuantes na assistência obstétrica de forma direta, outros atores que foram questionados sobre suas percepções quanto à humanização do parto foram gestores de saúde (DESLANDES, 2005a) e estudantes de medicina (REBELLO & RODRIGUES NETO, 2012).

Deslandes (2005a) enfocou os gestores de saúde no município do Rio de Janeiro, comparando os discursos dos macrogestores (envolvidos nos programas municipais de saúde e na implantação das políticas de humanização neste município) e os gestores das principais maternidades públicas deste município. De forma geral, macrogestores e gestores relacionaram a humanização do parto a: mudanças nas relações interpessoais, principalmente por meio do acolhimento das mulheres e famílias; direitos do paciente; desmedicalização do parto; e promoção do vínculo entre mãe, bebê e familiares. Porém, os macrogestores, envolvidos diretamente com a proposição das políticas públicas, demonstraram uma compreensão mais aprofundada da humanização, relacionando-a à MBE e à autonomia do sujeito, enquanto os gestores enfatizaram os aspectos técnicos. Deslandes (2005a) concluiu haver, nestes discursos, um potencial de mudança, mas ainda haveria um longo caminho para se atingir a transformação do modelo da assistência. Para esta autora, esta mudança dependeria de uma politização da discussão no contexto institucional.

Já os estudantes entrevistados por Rebello e Rodrigues Neto (2012), após passarem pelo internato em Ginecologia e Obstetrícia, relacionaram a humanização do parto à inclusão da paciente na assistência, por meio do acolhimento e do direito ao acompanhante, e à assistência adequada, com o uso de tecnologia apropriada, além da inclusão de novos atores na assistência, como a enfermeira obstétrica. Os autores apreenderam destes discursos um processo de mudança, em que haveria a associação de aspectos humanísticos aos biomédicos, tradicionalmente enfocados na formação médica. Porém, percebeu-se pouca profundidade no reconhecimento das evidências que embasavam os primeiros.

As mulheres foram questionadas em dois estudos (OLIVEIRA, MADEIRA, 2002; SILVA, BARBIERI, FUSTINONI, 2011) sobre suas percepções de parto humanizado, após terem dado à luz em instituições cuja missão e protocolos estavam de acordo com as políticas de humanização. No mesmo sentido, Wei, Gualda e Santos Junior (2011) buscaram entendê-las ao entrevistar mulheres que tiveram filhos na maternidade de um hospital universitário antes e depois da implantação das diretrizes da humanização nesta instituição. Neste estudo, as mudanças mais relevantes mencionadas foram: a oferta de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto e a possibilidade de deambular. Neste mesmo sentido, Gayeski e Brüggemann (2009) identificaram as percepções das mulheres sobre a posição vertical para parir, em comparação com experiência anterior de parir deitada.

De forma geral, as mulheres dos estudos de Oliveira e Madeira (2002) e Silva et al. (2011) relataram ambivalência em suas experiências de *parto humanizado*. Por um lado, elas perceberam e valorizaram positivamente a atitude atenciosa e cuidadosa da equipe, provendo informações, acolhimento e um cuidado mais abrangente por meio da massagem e do toque físico. Por outro lado, o discurso delas sobre as “novas técnicas”, como a possibilidade de deambulação, a posição não-tradicional para parir e mesmo a ausência de intervenções médicas, evidenciou também o modo impositivo como a equipe manejou a assistência. Sem o preparo prévio e sem entender a função destas práticas, as mulheres não têm oportunidade real de exercer a autonomia e a escolha do que é melhor para si e mantinham-se tuteladas e controladas pela equipe. O mesmo foi percebido no discurso de algumas mulheres do estudo de Gayeski e Brüggemann (2009) que avaliaram negativamente a posição vertical para parir por sentirem que foram menos “ajudadas” pela equipe, enquanto na posição deitada receberam mais intervenções e sentiam-se mais “seguras” assim.

No estudo de Wei et al. (2011), tanto as entrevistas quanto as observações realizadas revelaram que houve mudanças na postura dos profissionais: as práticas de deambulação e alimentação/ingestão de líquidos foram incentivadas, mas não impostas. Ainda

assim, a falta de informação prestada pelos profissionais foi evidente e determinante na “decisão” da mulher. Portanto, mesmo neste caso esta não foi uma decisão plenamente informada e consciente.

No estudo de Silva et al. (2011), esta ambivalência foi ainda mais intensa devido à expectativa errônea das mulheres, construída previamente, de que a experiência do parto humanizado seria menos dolorosa do que no parto tradicional. Segundo as autoras, o movimento pela humanização do parto estaria gerando uma imagem idealizada do parto como um momento unicamente prazeroso e feliz e este ideal entraria em choque com a realidade durante o trabalho de parto, causando sofrimento e sentimento de culpa nestas mulheres. Este dado foi de grande relevância para refletir sobre como a humanização estava sendo disseminada e apresentada às mulheres, principalmente pelos movimentos pela humanização e pela mídia.

1.2 A assistência pela enfermeira obstétrica

A atuação da enfermeira obstétrica – EO – na atenção ao parto normal é considerada estratégica para a mudança do paradigma tecnocrático. Segundo Wagner (2001), em países cujo modelo obstétrico era centrado nas EOs e parteiras e onde os médicos tinham seu papel reservado ao atendimento das complicações e das parturientes de alto risco, os indicadores de saúde materna e neonatal eram mais satisfatórios do que aqueles países em que a assistência era centrada no médico obstetra e nas instituições. Desta forma, uma das propostas das políticas nacionais de humanização do parto foi, desde o final da década de 1990, o reconhecimento e a valorização da EO.

Tendo esta estratégia em vista, seis estudos levantados nesta revisão tiveram como enfoque as percepções sobre a atuação desta profissional no atendimento ao parto. Cinco estudos investigaram as percepções de mulheres que foram atendidas em seus partos pela EO, tanto em hospitais (CAUS et al., 2012; OLIVEIRA, RODRIGUES & GUEDES, 2011; PEREIRA & BENTO, 2011; PRATA & PROGIANTI, 2013) quanto em Casas de Parto (NASCIMENTO et al., 2010), e um estudo questionou as próprias EOs sobre o significado da sua atuação (MOREIRA et al., 2009).

Todos os estudos que exploraram os discursos das mulheres após a experiência de parir sendo assistidas por EOs revelaram a percepção de um cuidado mais integral, que atendeu tanto às suas necessidades físicas, por meio das técnicas não-farmacológicas de alívio da dor e pelas orientações dadas, quanto às suas necessidades emocionais, por meio da atenção, solidariedade, acolhimento e do ambiente disposto por elas.

Apesar da satisfação generalizada com a atenção proporcionada pela EO nos discursos femininos, Nascimento et al. (2010) e Oliveira et al. (2011) apontaram limites no favorecimento da autonomia destas mulheres, o qual deveria ser central no modelo humanístico de assistência. Nascimento et al. (2010) relacionaram esta limitação à cultura de subordinação a qual a mulher estava submetida em todos os âmbitos de sua vida, dificilmente rompida durante o processo de parto. Complementarmente, Oliveira et al. (2011) destacaram a manutenção das relações de poder entre quem oferecia e quem recebia o cuidado como um importante aspecto destas relações. Em contraposição, Prata e Progianti (2013), ao analisar os discursos das mulheres sobre a atuação da EO, revelaram que, por meio do poder simbólico que exerciam sobre as mulheres, possibilitou a superação do medo e da dor e a incorporação do papel de *protagonista* da cena do parto pela mulher, além da transformação das representações mentais das mulheres sobre o próprio parto. Dessa forma, as autoras argumentam que a EO teria o potencial de criar “ (...) uma nova demanda para o campo obstétrico” (PRATA & PROGIANTI, 2013, p. 27).

No estudo de Moreira et al. (2009), as EOs demonstraram reconhecer a mulher como protagonista do parto e o parto como evento fisiológico. Neste sentido, elas descreveram suas funções neste processo como sendo propiciar um ambiente de parto favorável e proporcionar conforto, segurança e acolhimento, de forma respeitosa, individualizada e priorizando os aspectos psicológicos e culturais. Porém, elas também enfatizaram como condições organizacionais para que este paradigma seja implantado a formação adequada dos profissionais, o trabalho em equipe e a gestão centrada nas necessidades da mulher.

1.3 Trabalho em equipe

Trabalho em equipes multidisciplinares em saúde significa a valorização dos conhecimentos de cada profissional envolvido na assistência, reconhecendo seu papel e atuação conjunta. Na obstetrícia, está relacionado à valorização da atuação da EO como autônoma no atendimento ao parto normal, o que se alinha à proposta de humanização.

Nesta direção, Angulo-Tuesta et al. (2003) investigaram como médicos obstetras e EOs compreendiam este trabalho conjunto, em duas instituições: uma maternidade de alto risco (MAR) que havia implantado a atuação das EOs no parto normal há 10 anos e uma maternidade de baixo risco (MBR) que havia implantado esta medida há um ano. A percepção geral dos profissionais foi a de que o trabalho em equipe era fundamental e importante para a melhoria da assistência obstétrica, e que dependia da definição de papéis,

atribuições e competências, da complementariedade das funções e da adequada capacitação e habilidades técnicas dos profissionais. Porém, enfermeiros tenderam a valorizar mais os aspectos relacionais do trabalho em equipe, enquanto os médicos destacaram os aspectos técnicos. A diferença entre os profissionais da MAR e os da MBR foi a avaliação desta experiência. Na MAR, instituição em que a prática havia sido instituída há mais tempo, os profissionais valorizaram positivamente o trabalho em equipe, pelo reconhecimento da capacidade das enfermeiras, construção de uma relação de confiança mútua e interesses e atitudes pessoais positivas. Já na MBR, os profissionais valorizaram negativamente o processo de trabalho em equipe naquela instituição. Para as enfermeiras, existia, por parte dos médicos, resistência em compartilhar responsabilidades e atitudes pessoais negativas, enquanto os médicos relataram deficiência na competência técnica das enfermeiras e discordância das responsabilidades definidas pelos gestores da maternidade.

1.4 Casas de Parto

Os Centros de Parto Normal – CPNs – configuram-se como um modelo de instituição que presta assistência obstétrica às parturientes de baixo risco, previstos e regulamentados desde 1999 pela portaria n. 985/GM/MS¹⁸. Nos CPNs, o modelo assistencial é o humanístico e a assistência e a gestão são feitas por EOs, indo de encontro com estratégia de valorização desta profissional. Dentre os CPNs estão as Casas de Parto (Casas, daqui em diante): instituições extra-hospitalares, vinculadas a uma maternidade de referência para casos de transferência.

As percepções sobre o modelo de atendimento das Casas foram investigados por Gonçalves et al. (2011) e por Komura (2004). No primeiro estudo, as participantes foram mulheres que deram à luz em uma Casa. No segundo, foram as EOs que atuavam naquela instituição.

Os discursos das participantes de Gonçalves et al. (2011) revelaram que estas mulheres escolheram a Casa como local para dar à luz os seus filhos por conhecerem as diferenças entre do modelo de atendimento desta em relação às instituições “tradicionalistas”. Apesar de sofrerem pressões, tanto de familiares quanto de profissionais durante o pré-natal, as mulheres que chegaram a parir na Casa persistiram na sua escolha. Isto configurou uma

¹⁸ Brasil. Portaria n. 985/GM/MS, de 05 de agosto de 1999. Dispõe sobre a criação do Centro de Parto Normal - CPN, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União; 1999. A portaria n. 11/GM/MS, de 07 de janeiro de 2015 redefine as diretrizes de implementação de CPNs no SUS.

especificidade destas mulheres que chegam a parir em uma casa de parto em termos de acesso ao serviço e à informação.

As percepções destas mulheres sobre o cuidado recebido na Casa apontaram para a ambivalência, assim como nos estudos de Oliveira e Madeira (2002) e Silva et al. (2011). Ao mesmo tempo em que valorizaram a estrutura física da Casa, a presença do acompanhante e a interação e acolhimento da equipe, as puérperas entrevistadas perceberam a experiência do parto como uma “(...) experiência difícil, pautada pela dor, medo e emocionalidade negativa (...)” (p. 65). Além disso, a equipe nem sempre as acolheu e alguns procedimentos utilizados foram percebidos pelos pesquisadores como imposições, apesar de terem sido entendidos pelas mulheres como necessários para o desfecho do parto.

Adicionalmente, o estudo de Komura (2004) investigou o outro lado desta relação, ao realizar uma etnografia da primeira Casa de Parto do Brasil e focar as EOs atuantes nesta instituição. Como aspecto central, as participantes compreenderam a Casa como um espaço privilegiado para a renovação das práticas obstétricas, configurando-a como exemplo para o país. Segundo elas, esta condição motivou um grande investimento de toda a equipe no sucesso desta Casa e, conseqüentemente, deste modelo no Brasil. Neste sentido, elas indicaram como princípios do modelo assistencial da Casa: a melhoria da qualidade da assistência por meio da humanização; a parturiente como centro do processo, reconhecida nas suas necessidades integrais, na sua liberdade e autonomia; a valorização da satisfação da clientela; o respeito à fisiologia do parto, evitando práticas intervencionistas; a promoção de um ambiente familiar; o fortalecimento do vínculo da família com a Casa, valorizando a comunicação e a relação pessoal entre a equipe e os familiares.

Além destes pontos, as enfermeiras da Casa identificaram implicações sobre a atuação da enfermagem obstétrica neste novo contexto. Elas relataram a necessidade de ter “consciência das próprias limitações”, em vigilância constante dos processos de trabalho, assim como o “espírito de equipe”, para manter a qualidade da assistência. Apontaram também a necessidade de autonomia desta profissional e a conseqüente satisfação pessoal destas profissionais. Para Komura (2004), esta nova forma de atuar tem implicações para a própria enfermagem, ao se apresentar como um caminho pioneiro na emancipação da enfermeira, historicamente submissa ao trabalho do médico.

1.5 Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN)

A primeira política pública de humanização do parto em si, o PHPN, foi o aspecto da humanização focado nos estudos de Almeida e Tanaka (2009) e Griboski e

Guilhem (2006). No primeiro estudo, foram analisadas as percepções de 135 mulheres, como parte de um estudo quantitativo e qualitativo sobre a perspectiva das mulheres sobre o atendimento ao ciclo gravídico-puerperal no Brasil. No segundo, foram analisadas as percepções de mulheres e profissionais sobre a implantação destas normativas em um hospital universitário.

As percepções das mulheres nestes dois estudos revelaram a distância entre a política e a assistência recebida por elas durante o seu trabalho de parto e parto. Em Almeida e Tanaka (2009), o discurso geral das mulheres descreveu o atendimento precário na relação interpessoal entre a equipe e elas e a percepção de demora na adoção de procedimentos técnicos que minimizassem o seu desconforto e sofrimento. Já em Griboski e Guilhem (2006), o discurso das mulheres revelou a situação de vulnerabilidade em que se encontram, decorrente da falta de informação, da organização do serviço e da desigualdade social. Nesta situação, as mulheres mantiveram sua posição passiva e submissa à equipe e aos procedimentos técnicos.

O discurso dos profissionais investigados no segundo estudo (GRIBOSKI & GUILHEM, 2006) foram de encontro com a percepção das mulheres, ao revelarem a hierarquização das relações entre profissionais e mulheres e também entre enfermeiras e médicos, reproduzindo a condição de submissão e abstração feminina no atendimento ao parto. Com relação ao PHPN, estes profissionais enfatizaram os obstáculos de ordem física, material, financeira e de formação para a implantação desta política.

1.6 Presença do acompanhante

O direito da parturiente a um acompanhante de sua escolha durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato foi instituído pela lei federal n. 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante. Este direito é aspecto fundamental dentro do paradigma da humanização, pois relaciona-se ao resgate do caráter familiar e comunitário do parto e nascimento, além de ter ampla fundamentação em evidências científicas sobre seus benefícios (BRÜGGEMANN, PARPINELLI & OSIS, 2005). Brüggemann, Osis e Parpinelli (2007) e Komura e De Souza (2007) investigaram as percepções dos profissionais da assistência ao parto sobre a participação do acompanhante de escolha da parturiente. Brüggemann et al. (2007) investigaram também as percepções dos acompanhantes escolhidos pelas mulheres, assim como Frutoso e Brüggemann (2013).

O conjunto de discursos dos profissionais dos estudos (BRÜGGEMANN et al., 2007; KOMURA, DE SOUZA, 2007) permitiu o delineamento de um quadro comum:

expectativas prévias negativas foram superadas pela experiência positiva pós implantação da diretriz que garante a presença do acompanhante. Os autores identificaram o destaque que os participantes deram aos efeitos positivos da participação do acompanhante sobre a parturiente e sobre o processo de parturição, como sentimentos, comportamentos, participação e satisfação, segurança por meio do apoio emocional e fortalecimento dos vínculos entre aquelas pessoas. Além disso, em ambos os estudos evidenciou-se que a presença do acompanhante gerou, na própria equipe, mudanças de postura frente ao momento do parto, ao descreverem uma relação mais afetuosa, a identificação de novas demandas na assistência obstétrica (KOMURA, DE SOUZA, 2007) e o resgate do sentido familiar e fisiológico do parto (BRÜGGEMANN *et al*, 2007).

Com relação aos acompanhantes questionados por Brüggemann *et al.* (2007), estes relataram a satisfação em poder proporcionar o apoio emocional que a parturiente precisava naquele momento. Frutoso e Brüggemann (2013), que investigaram especificamente os acompanhantes das parturientes, também destacaram a avaliação positiva e superação de expectativas prévias negativas destes diante da possibilidade de acompanhar o processo de parturição e de dar o apoio demandado pela mulher. Apesar disso, a falta de conhecimento sobre a Lei do Acompanhante e sobre o próprio processo de parturição gerou, em alguns momentos, sentimentos negativos e limitou a ação ao apoio emocional e físico. Segundo estes autores, o acompanhante também teria o potencial de oferecer apoio informacional e fazer a intermediação entre os desejos da mulher e a atuação da equipe de saúde.

1.7 Participação da *doula* na assistência obstétrica

A *doula* é uma acompanhante da parturiente, capacitada para prestar suporte físico e emocional durante e após o parto. A *doula* é uma profissional, mas não faz parte da equipe técnica, pois não realiza procedimentos de monitoramento e manejo do trabalho de parto e parto. A sua atuação é considerada benéfica na literatura científica (BRÜGGEMANN, PARPINELLI & OSIS, 2005), inclusive em revisão sistemática internacional (HODNETT *et al.*, 2005). No Brasil, esta profissão é reconhecida pela Classificação Brasileira de Profissões, mas não é regulamentada e, atualmente, as *doulas* trabalham por meio de contratação particular ou de forma voluntária em maternidades públicas e filantrópicas. O programa brasileiro pioneiro neste sentido foi o projeto “*Doulas* comunitárias” do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte/MG, que teve início em 1997 e inspirou outras instituições pelo país desde então.

Um dos programas inspirado pelo “*Doulas* comunitárias” foi o projeto “*Doulas: ajudando a nascer*”, implantado em 2004 em Salvador/BA. Este foi o campo de pesquisa de Santos e Nunes (2009), que objetivaram conhecer as percepções da equipe de enfermagem da maternidade onde o projeto foi implantado sobre a participação desta nova atriz no cenário obstétrico. Quanto à implantação do projeto, parte da equipe de enfermagem destacou o caráter impositivo da gestão da maternidade. Quanto à atuação desta profissional, a equipe avaliou positivamente a sua função, porém entendendo-as como substitutas do acompanhante, enquanto figuras maternas ou avós. Também foram percebidos de forma positiva o apoio emocional que a *doula* proporcionava à mulher, o conforto físico proporcionado pelas massagens e toques carinhosos e a ajuda à própria equipe (pegando água, chamando alguém, etc.). Por outro lado, as enfermeiras avaliaram de forma negativa as mudanças nas relações implicadas na inclusão de mais uma pessoa na assistência obstétrica, pela falta de clareza do seu papel neste cuidado e referenciando algumas situações de quebra da hierarquia institucional pré-estabelecida. Além disso, citaram a falta de incentivo a estas voluntárias e o receio da desvalorização da enfermeira no cenário obstétrico.

1.8 O contato precoce pele a pele entre mãe e bebê

Por meio da portaria n. 371/SAS/MS de 07 de maio de 2014, o Ministério da Saúde instituiu as diretrizes para o atendimento ao recém-nascido saudável no âmbito do SUS. Em consonância com as evidências científicas a este respeito, a maioria dos bebês não teria a necessidade de intervenções de emergência para auxiliar na transição para a vida extrauterina e poderia beneficiar-se do contato imediato com a sua mãe. O contato pele a pele precoce proporciona o reconhecimento entre mãe e bebê e a formação de vínculo, a manutenção do calor do bebê, o estímulo à lactação e muitos outros, tendo, portanto, benefícios que se estendem por muito tempo após o parto (OMS, 2002). Dessa forma, dois estudos levantados objetivaram entender como as mulheres perceberam a experiência de ter os seus filhos nos braços logo após o parto (MATOS et al., 2010; WEI et al., 2012). Cabe destacar que as recomendações da OMS e do MS referem-se tanto ao parto normal quanto à cesariana, ocasião na qual o bebê também pode ser colocado em contato com a sua mãe, ainda que seja necessário um maior auxílio por parte da equipe. No entanto, em ambas as pesquisas, as participantes dos estudos experienciaram o parto normal.

Nos dois estudos, as percepções das mulheres sobre o contato pele a pele com os seus bebês foram positivas: para os bebês, o contato trouxe calma e conforto, diminuiu o choro e a agitação; para elas, proporcionou emoções positivas como felicidade, alívio e

atenuação do sofrimento vivido durante o parto, além da segurança de poder verificar que estava tudo bem com o bebê. Porém, no estudo de Matos et al. (2010), os pesquisadores perceberam que este contato foi realizado de forma apressada, não atingindo o tempo mínimo recomendado de uma hora, período durante o qual o bebê está alerta para mamar e formar vínculo com a mãe. Foi apreendida, também, a falta de informação prévia das mulheres sobre o direito e a possibilidade do contato pele a pele. Das nove participantes, somente duas foram informadas durante o pré-natal sobre essa possibilidade, caso o parto fosse normal. Em Wei et al. (2012), além da falta de informação, a falta de apoio pode ser apreendida a partir de uma referência ao cansaço de ter que ficar com o bebê, principalmente durante a noite.

2 CONCLUSÕES

A partir do levantamento bibliográfico apresentado no presente capítulo, foi possível apreender um quadro heterogêneo de estudos em termos da população investigada, os aspectos da humanização do parto focalizados e as escolhas metodológicas para alcançar o objetivo de conhecer as percepções dos participantes sobre a humanização do parto.

Com relação às características dos estudos que compuseram a presente revisão, destacou-se grande quantidade de estudos descritivos e exploratórios dos discursos investigados. Em um primeiro momento, esta foi uma abordagem importante para conhecer como estes novos conceitos estão sendo apropriados e reproduzidos pelas pessoas que entravam em contato com eles, sejam os profissionais, sejam os usuários ou outros atores. Porém, consideramos ser fundamental para o avanço desta discussão o investimento em pesquisas com referencial teórico que possibilite estabelecer relações entre estas percepções e as práticas sociais, para compreender o processo de mudança em curso. Ao eleger a Teoria das Representações Sociais como aporte teórico-metodológico para esta dissertação, objetivamos compreender como se estabelecem estas relações.

Os resultados dos estudos apontaram para algumas questões centrais, que permitem delinear um cenário sobre a apropriação da proposta da humanização pelos agentes envolvidos com a questão do parto. Em primeiro lugar, foi possível compreender a humanização do parto a partir de três dimensões que nos pareceram indissociáveis:

- a) *técnica*, que pressupõe a atuação dos profissionais em acordo com a MBE;
- b) *ética*, em consideração aos direitos sexuais e reprodutivos e aos direitos humanos, considerando não só o aspecto biológico do parto e do nascimento, mas também os aspectos social, comunitário e psicológico; e

- c) *organizacional*, a partir do reconhecimento e busca pela reversão da situação de precariedade do trabalho em saúde, além da horizontalização e democratização das relações na área da saúde.

Neste sentido, foi possível perceber um foco dos discursos da maioria dos profissionais entrevistados na dimensão técnica da humanização, como uma série de novas rotinas e protocolos advindos de políticas públicas e recomendações de entidades “superiores”. As mudanças de nível ético apareceram em alguns discursos, porém transpareceram contradições e conflitos mesmo dentro de grupos “comprometidos” com a humanização (por exemplo, gestores em DESLANDES, 2005a). Já as mudanças organizacionais foram pouco enfatizadas e se restringiram às condições físicas e à formação dos profissionais.

Estas informações corroboraram com pesquisas anteriores que revelavam a dicotomia entre os aspectos técnicos e éticos (PEREIRA et al., 2007; DIAS & DESLANDES, 2006) e a aliança entre estes dois aspectos como um dos grandes desafios da humanização (RIOS, 2009). Percebe-se também a falta de clareza da noção de direitos da parturiente, do embasamento filosófico e da relação da desmedicalização do parto com a MBE. Além disso, esta postura centrada nos aspectos técnicos aponta para uma nova rotina hospitalar, com novas diretrizes, mas que pode ser tão rígida e impositiva – sobre a equipe e da equipe sobre a mulher/família – quanto as rotinas anteriores que se pretende substituir.

Estes limites no entendimento da proposta da humanização do parto podem estar refletidos nos discursos das mulheres e seus acompanhantes, por meio das percepções de ambivalência das experiências. Os discursos desses sujeitos revelaram, também, os limites no favorecimento da autonomia das mulheres e a falta de informação e preparo para passar pela experiência da parturição. Ainda assim, a experiência das mulheres pareceu ser mais positiva quando a assistência foi realizada pela enfermeira obstétrica e no contexto de Casas de Parto e CPNs, o que corrobora com a estratégia do MS em valorizar esta profissional para mudar o paradigma da assistência obstétrica no país.

Em segundo lugar, foi possível apreender, deste conjunto heterogêneo de discursos, um processo de mudança em curso. Os profissionais demonstraram, no geral, concordância com os discursos “oficiais”, mas revelaram muitas distorções devido às fragmentações dos diversos sentidos da humanização e à compreensão “mecanizada” destes discursos, como se fossem somente uma série de novas normativas a serem aplicadas. Existe, então, a adição de novos valores, humanísticos, à prática e à compreensão do processo de parto e nascimento, porém sem a ruptura com o modelo tecnocrático. Assim, o

aprofundamento, no sentido da politização da humanização no contexto institucional, como propõe Deslandes (2005a), seriam essenciais neste momento de implantação da política de humanização.

As pesquisas levantadas revelaram, também, a importância do contato efetivo com experiências e práticas da humanização neste processo de mudança, ao permitir a superação de expectativas negativas construídas previamente, com base em preconceitos, como foi o caso das experiências com o trabalho em equipe (ANGULO-TUESTA et al., 2003) e a presença do acompanhante e participação da *doula*. Esta última foi vista, inclusive, como potencializadora da mudança de postura diante do parto, ao resgatar o sentido subjetivo do parto (KOMURA & DE SOUZA, 2007; BRÜGGEMANN et al., 2007).

Em conclusão, esta revisão bibliográfica corroborou com trabalhos anteriores que apontaram para a polissemia do conceito e heterogeneidade na incorporação da humanização do parto pelos diversos atores envolvidos neste processo de mudança. Acreditamos que este caráter processual evidenciado pelo conjunto de estudos levantados justifica a abordagem do tema por meio da Teoria das Representações Sociais, na sua abordagem processual (MOSCOVICI, 1978; JODELET, 2001), para apreender e analisar não só o conteúdo das representações, mas também as suas relações com as práticas sociais em curso na área da saúde, com outras representações e sistemas de contrarepresentações.

CAPÍTULO 2

POLÍTICAS PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO

As políticas de saúde no Brasil, dentre elas as políticas voltadas para a humanização do parto e do nascimento, visam regulamentar um sistema de saúde que é historicamente dual. De um lado, existe um setor público de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que está fundamentado nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. Por outro lado, tem-se um sistema privado de assistência à saúde, autônomo e fortemente institucionalizado, legitimado e regulado pelo Estado por meio da ação da Agência Nacional de Saúde (ANS).

Esta dualidade foi construída ao longo da história das políticas de saúde no Brasil. Desde a década de 1930, quando a saúde passou a fazer parte do interesse do Estado no Brasil como política social, conviveram duas modalidades de assistência. De um lado, existiam as ações de “saúde coletiva”, sob a forma de sanitarismo campanhista, que eram voltadas, principalmente, para o controle de doenças infectocontagiosas nas regiões mais pobres do país e eram coordenadas pelo Ministério da Saúde (MS). De outro, a assistência individual de cunho hospitalar-curativa, concedida como benefício ao trabalhador urbano contribuinte da Previdência Social (MENDES, 1999; MENICUCCI, 2007). Esta diferença intensificou-se durante o Regime Militar, que se propôs a expandir a assistência à saúde no Brasil, priorizando, porém, o modelo médico assistencialista da Previdência Social e optando pela compra de serviços privados em detrimento da construção de equipamentos públicos (MENICUCCI, 2007).

Com a crise econômica mundial nos anos de 1970, este sistema também entrou em crise e alguns movimentos aproveitaram a *janela política* da abertura do Regime Militar para inserir suas propostas de reforma, como foi o caso do Movimento Sanitário (GERSCHMAN, 2004), que conseguiu instituir na Constituição de 1988 a criação do SUS. Porém, segundo Menicucci (2007), a Constituição também acabou por consagrar a dualidade público-privado ao não limitar ou cercear os interesses privados na saúde do país. Isto permitiu o desenvolvimento autônomo do setor privado durante a década de 1990, principalmente sob a forma de planos de saúde, que passou a ser regulado no final desta década pela ANS, órgão criado em subordinação ao MS.

Portanto, no Brasil, tem sido reconhecida e explícita, inclusive pelas políticas públicas, a diferenciação entre a saúde pública e a saúde privada, suas lógicas (universalista vs. mercadológica), suas clientelas e suas legislações. Esta dualidade é de extrema importância ao

se pretender conhecer qualquer política de saúde no Brasil. Qual ou quais dos sistemas tal política abarca? Sob qual lógica?

Como exposto anteriormente, as pesquisas sobre o cenário da assistência obstétrica e neonatal no Brasil revelam esta dualidade claramente, com destaque para a pesquisa *Nascer no Brasil* (LEAL et al., 2014): um modelo inadequado de atenção ao parto normal no SUS, determinado pela precariedade nas condições de trabalho e formação dos profissionais, e o abuso das cesarianas, grande parte com hora marcada, no setor privado, onde a lógica mercadológica rege os serviços. Portanto, para um Movimento que clama mudar este cenário, é preciso ter em mente esta dualidade.

1 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Até o início da década de 1970, a mulher e seu bebê eram objetos de políticas públicas por meio da intervenção sobre o corpo feminino e tendo em vista garantir a reprodução da força de trabalho (OSIS, 1998). Para atingir esta população, eram desenvolvidos programas verticalizados e desvinculados de outras políticas, focados na visão da mulher como mãe e doméstica¹⁹ (BRASIL, 2004b). O crescente movimento feminista que se formava no Brasil teceu fortes críticas a este modelo de atenção à saúde da mulher e adotou a saúde integral da mulher como uma de suas bandeiras centrais (COSTA, 2009).

De acordo com Costa (2009) e Osis (1998), aproveitando a *janela política* disposta pela crise da previdência e da saúde e pela abertura gradual do regime militar, membros do movimento feminista e do movimento sanitário incluíram na agenda política a questão da saúde da mulher, incluindo o direito ao planejamento familiar como deveres do Estado. Estes agentes subsidiaram a formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM – o qual incluiu ideias inovadoras como: integralidade; descentralização; direitos reprodutivos (antes mesmo que estes fossem definidos pelas comunidades internacionais) e a humanização. O PAISM foi considerado, então, uma ruptura no modelo de atenção vigente e foi reconhecido, internacionalmente, pelo pioneirismo na questão dos direitos das mulheres (OSIS, 1998).

¹⁹ Simone Diniz (2013) definiu esta visão da mulher como *materno-infantilismo* e o relacionou às práticas de atenção ao parto: “(...) o modo como as mulheres são predominantemente vistas como pessoas que têm ciclos reprodutivos e produzem crianças. Também se refere a como as mulheres são infantilizadas, consideradas imaturas, com necessidade de serem tuteladas pelos serviços de saúde, ao invés de serem tratadas como adultas (o que justificaria a falta de escolha informada), e a como isso se relaciona com a medicalização do corpo feminino” (p. 120)

O PAISM já abordava a inadequação da assistência obstétrica, denunciando a peregrinação por vaga em maternidades, a precariedade da assistência, os excessos da medicalização e a crescente elevação das taxas de cesáreas, além da falta de alojamento conjunto, a sobrecarga de trabalho e o insuficiente preparo do pessoal de saúde (BRASIL, 1984, pp. 10-1). Dentre os conteúdos programáticos do componente “Assistência ao Parto e ao Puerpério Imediato”, o PAISM identificava, dentre outros, pontos que poderiam ser entendidos como aspectos de humanização da assistência:

- a) Anamnese e avaliação de risco;
- b) Acompanhamento sistemático do processo, sempre que possível, de forma natural e com a participação ativa da parturiente;
- c) Estímulo ao aleitamento materno, ainda na sala de parto, sempre que possível;
- d) Alojamento conjunto;
- e) Ações educativas;
- f) Capacitação da equipe para o parto normal;
- g) Melhoria da qualidade do parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais.

Durante a década de 1990, deu-se início à implantação tanto do SUS quanto do PAISM, porém restritas pelo contexto de recessão econômica, de forte direcionamento liberal dos governos daquela década, além do enfraquecimento dos movimentos sociais (COSTA, 2009; MENICUCCI, 2007). Em 1991, alguns pontos do PAISM foram regulamentados, com os documentos “Assistência Institucional ao Parto, ao Puerpério e ao Recém-Nascido” (BRASIL²⁰, citado por GOMES, 2004) e o “Programa de Assistência à Saúde Perinatal” (BRASIL²¹, citado por GOMES, 2004), além da normatização do Alojamento Conjunto pela Portaria n. 1.016/1993, o qual tornou obrigatória a prática de deixar o bebê recém-nascido saudável no mesmo quarto que a mãe durante toda a internação.

Mesmo com pouca regulamentação por meio de instrumentos legais (portarias e leis), o PAISM manteve-se como diretriz filosófica e política para a atenção à saúde feminina até sua reformulação, em 2004. Segundo Costa (2009), a implantação do PAISM foi

²⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência institucional ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido*. Brasília: Ministério da Saúde, 1991a.

²¹ BRASIL. Ministério da Saúde, 1991a. *Programa de assistência à saúde perinatal*. Brasília: Ministério da Saúde, 1991b.

fragmentada em diversos programas, comprometendo o princípio da integralidade. Porém, o tema passou a aparecer de forma transversal nos diversos órgãos e áreas do MS.

A reformulação do PAISM foi realizada pelo governo federal em 2004, a partir de avaliações sobre o Programa e outras políticas de atenção, além de novos dados epidemiológicos sobre a saúde da mulher. A nova política, intitulada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM – foi construída a partir da lógica do SUS e pretendeu incluir, também, o enfoque de gênero e as diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento (BRASIL, 2004b). Porém, na visão de Diniz (2013, p. 121), a PNAISM reduziu o PAISM como política:

O PAISM (redefinido em 2004 como uma “política” e não mais um “programa”) teve as suas metas por fim transformadas em listas de condições médicas que necessitam de exames, tratamentos, procedimentos e medicamentos, com níveis variados de eficácia e segurança, em todos os aspectos da saúde da mulher.

Foi no bojo das políticas para atenção à saúde da mulher (PAISM e posteriormente a PNAISM) que as políticas voltadas à humanização do parto inseriram-se e deveriam articular-se.

2 POLÍTICAS PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO

2.1 Nível federal

A partir de meados da década de 1990, a saúde das mulheres voltou a ser prioridade para o governo (BRASIL, 2004b), principalmente com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e neonatal por meio de ações que visavam à humanização do parto. Em 1995, o Brasil tornou-se signatário da Iniciativa Maternidade Segura, da OMS, em parceria com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), UNICEF, Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP). O objetivo desta iniciativa era credenciar as maternidades para que adotassem medidas para elevar a qualidade do atendimento à saúde materno-infantil, inserindo o conceito de humanização da assistência. Os passos para que as maternidades se adequassem à Iniciativa eram:

- a) Garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher;
- b) Garantir a assistência durante a gravidez, parto e puerpério, bem como ao planejamento familiar;
- c) Incentivar o parto normal e humanizado;

- d) Ter rotinas escritas para normatizar a assistência;
- e) Treinar toda a equipe de saúde para implantar as rotinas;
- f) Possuir estrutura adequada para atendimento materno perinatal;
- g) Possuir arquivo e sistema de informação;
- h) Avaliar, periodicamente, os indicadores de saúde materna e perinatal.

Em 1996, a OMS intensificou as suas recomendações para a mudança do modelo obstétrico predominante na maioria dos países do mundo ocidental, por meio da publicação do guia “Care in Normal Birth: a practical guide” (OMS, 1996). Neste manual, foram elencadas e analisadas as práticas em atenção obstétrica e neonatal e seu grau de recomendação pela Organização com base nas evidências científicas disponíveis sobre os benefícios, riscos e efetividade de cada uma delas. As práticas analisadas foram classificadas em quatro categorias:

- a) Práticas que são comprovadamente benéficas e devem ser encorajadas;
- b) Práticas que são claramente danosas ou ineficazes e devem ser eliminadas;
- c) Práticas que não têm evidências suficientes para embasar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela enquanto novas pesquisas esclarecem a questão;
- d) Práticas que são frequentemente utilizadas de forma inapropriada.

Este documento tornou-se referência, tanto para os formuladores de políticas públicas dos países signatários dos compromissos de saúde materno-infantil da OMS quanto dos movimentos sociais pela humanização do parto. Seu conteúdo é atualizado periodicamente, de acordo com as novas evidências produzidas no âmbito da Medicina Baseada em Evidências.

A partir da publicação da OMS, o Ministério da Saúde brasileiro começou a empreender intenso investimento em medidas que se alinhassem com as recomendações daquele órgão. Neste momento, os movimentos pela humanização do parto já estavam consolidados no país, como a ReHuNa, que havia sido criada em 1993. Militantes destes movimentos também estavam inseridos em secretarias municipais de saúde, como o Rio de Janeiro (DINIZ, 2005; DESLANDES, 2005a).

Em maio de 1998, foram promulgadas, concomitantemente, as seguintes portarias: Portaria n. 2.815/GM/MS/1998, que incluía no Sistema de Informações

Hospitalares do SUS (SIH/SUS) o pagamento de parto normal sem distócia²² realizado por Enfermeiro Obstetra e Analgesia de Parto e; Portaria n. 2.816/GM/MS/1998, que limitava o pagamento máximo de cesarianas em relação ao total de partos dos estabelecimentos que realizam assistência obstétrica no SUS. Complementarmente, em junho do mesmo ano foi criado o Prêmio Prof. Galba de Araújo, por meio da Portaria n. 2.883/GM/MS/1998, que tinha como objetivo reconhecer as instituições do SUS que se destacavam pela qualidade do atendimento obstétrico e neonatal, pela redução das taxas de cesarianas e pela humanização do atendimento²³.

Em agosto de 1999, foi lançada a Portaria n. 985/MS/99, que criou os Centros de Parto Normal – CPNs – no âmbito do SUS. De acordo com a portaria, “(...) entende-se como Centro de Parto Normal a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias”. Esta unidade pode funcionar de forma integrada física e funcionalmente a um estabelecimento de saúde – Unidade Intra-hospitalar – ou de forma autônoma – Unidade Isolada. A portaria definiu as características físicas, atribuições e diretrizes dos CPNs, assim como os recursos materiais e humanos necessários. Com relação aos recursos humanos, a portaria definiu como equipe mínima um(a) enfermeiro(a) obstetra, um(a) auxiliar de enfermagem, um(a) auxiliar de serviços gerais e um(a) motorista de ambulância. A equipe pode incluir um(a) médico(a) pediatra ou neonatologista e um(a) médico(a) obstetra de forma complementar. Por fim, incluiu no SIH/SUS o pagamento dos procedimentos realizados nos CPNs.

Estas medidas do MS entre 1998 e 1999 foram estratégicas tendo em vista a humanização da assistência obstétrica e neonatal, de acordo com as evidências científicas acumuladas, principalmente pela valorização da atuação da enfermeira obstétrica. Paralelamente a estas portarias, o governo federal passou a financiar cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica, como mais uma iniciativa nesta direção (RATTNER, 2009).

Ainda com vistas à redução da mortalidade materna e neonatal, o governo federal reforçou a atuação na linha da redução das taxas de cesariana, lançando o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea, por meio da Portaria 446/GM/MS/2000. O Pacto foi estabelecido entre governo federal e secretarias estaduais, que passaram a ser responsáveis pela definição dos limites máximos de cesárea por instituição de saúde, de acordo com suas características específicas, por exemplo, ser referência no atendimento às

²² Qualquer problema, tanto de origem materna quanto fetal, que dificulte ou impeça o parto.

²³ Entre 1998 e 2005, foram realizadas cinco edições do Prêmio Prof. Galba de Araújo e, desde então, não foram mais realizadas.

gestantes de risco. A adesão ao Pacto era opcional e, caso não fosse realizada, manter-se-ia a sistemática de limite das taxas de cesarianas da Portaria 2.816/GM/MS/1998.

Este debate culminou na priorização do tema da humanização nas políticas públicas para o SUS no ano 2000, com a criação concomitante do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)²⁴ e do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), especificamente para a assistência obstétrica.

O PHPN foi instituído pela Portaria n. 569/MS/00 e seus componentes foram regulamentados pelas Portarias n. 570/GM/MS/2000 (Incentivo à Assistência Pré-Natal), n. 571/GM/MS/2000 (Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal) e n. 572/GM/MS/2000 (Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto)²⁵. O objetivo deste programa era “(...) assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2001/2003, p. 5), com base nos preceitos da humanização, que compreendia:

- a) convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido e;
- b) adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.

As ações instituídas pelo PHPN como operacionalização da humanização na assistência ao pré-natal, parto e puerpério foram, fundamentalmente: o incentivo à melhoria da assistência pré-natal e exigindo a vinculação entre os serviços de pré-natal e de assistência ao parto; introdução de recursos para custeio da assistência pré-natal mediante cumprimento de critérios de melhoria na qualidade dessa assistência, como quantidade mínima de consultas

²⁴ Mais tarde, em 2003, o PNHAH foi substituído pela Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, com a intenção de operacionalizar os princípios do SUS, focando nos processos de trabalho em saúde (BRASIL, 2014).

²⁵ A regulamentação do PHPN também incluía as seguintes portarias: Portaria GM/MS n. 9 de 5/07/00, republicada em 01/09/00 – Define o Termo de Adesão ao PHPN; Portaria GM/MS n. 356 de 22/09/00 – Define o Sistema Regulatório e Destinação de Recursos para investimento na rede hospitalar; Portaria Conjunta n. 27 de 03/10/00 – Fixa os limites por Unidade da Federação, para financiamento pelo FAEC, dos adicionais relativos aos procedimentos da Portaria GM/MS n. 572/00.

pré-natal, exames e imunização das gestantes e; a criação de um sistema informatizado sobre os dados relativos ao pré-natal e parto, o SISPRENATAL.

Embora não tenha sido o primeiro momento em que o termo “humanização” foi inserido em saúde da mulher, foi a primeira vez que ele foi conceituado e serviu de elemento estruturador de uma política (SERRUYA, CECATTI & LAGO, 2004). Portanto, o PHPN foi considerado um marco nas políticas públicas de humanização do parto e suas diretrizes gerais mantiveram-se como aspirações do MS. Neste momento, ficou claro, também, o movimento paralelo que constituiu a humanização da saúde e a humanização do parto, com a separação entre o PNHAH e o PHPN. Ainda que tivessem diretrizes em comum, suas origens são diversas, e estas propostas cruzaram-se nas políticas públicas de saúde a partir dos anos 2000. Segundo Rios (2009), o movimento pela humanização do parto foi, ao lado da humanização da saúde mental, inspirador das políticas de humanização da saúde como um todo.

Um estudo encomendado pelo MS para avaliar o PHPN, em 2008, indicou que 70% dos municípios brasileiros haviam aderido ao PHPN, porém, a grande maioria destes apresentou baixo e defasado registro das atividades no SISPRENATAL, o que limitou a avaliação da qualidade da implantação do Programa. Ainda assim, a avaliação pôde identificar que o acesso à assistência pré-natal, assim como sua precocidade (com até 120 dias de gestação) teve incremento durante o período. Por outro lado, identificou-se a falta de integração deste serviço com a assistência ao parto e a escassa realização de consulta puerperal, além do não-cumprimento das diretrizes de humanização nos hospitais que foram investigados qualitativamente. Dessa forma, o PHPN mostrou-se insuficiente para a mudança no paradigma de assistência ao parto e ao nascimento no Brasil (BRASIL, 2008)²⁶.

Na gestão seguinte do governo federal, em 2004, uma nova geração de portarias foi lançada no sentido da humanização da assistência obstétrica e neonatal. Com o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, compromisso aprovado na Comissão Intergestores Tripartite, instância de controle social do SUS em nível federal. Diante das altas taxas de mortalidade materna no país²⁷ a despeito das diversas iniciativas já instituídas, a

²⁶ De acordo com Dafne Rattner, durante palestra de abertura do I Congresso de Parto (São Carlos, 2013), estavam previstos R\$ 100 milhões para adequações dos serviços para o atendimento humanizado e, destes, somente 37,5% foram utilizados.

²⁷ “Em 2002, a razão de morte materna obtida a partir de óbitos declarados foi da ordem de 53,4 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (SIM/SINASC). Utilizando o fator de correção de 1,4 a razão de mortalidade materna passa a ser de 74,5 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, quando em países desenvolvidos atingem valores corrigidos de 6 a 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos.” (BRASIL, 2004a)

questão da humanização do parto voltou ao centro da agenda política. Este foi o mesmo ano da reformulação do PAISM como PNAISM.

Neste sentido, em 2005, foi promulgada a Lei n. 1.108 de 07/04/2005, conhecida como Lei do Acompanhante, que instituiu o direito de toda parturiente à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. Esta lei foi considerada um marco no movimento pela humanização do parto no Brasil, que teve ampla participação na sua formulação e aprovação. Além disso, como uma *lei*, teve efeito de detalhar a Constituição, enquanto as portarias, instrumentos legais privilegiados até aquele momento, tinham o efeito de “instruções sobre procedimentos relativos à organização e funcionamento de serviços” (BITTENCOURT, CLEMENTINO, 2012). Porém, o artigo da Lei que previa a punição dos gestores no caso de não garantia deste direito foi revogado, ao ser avaliado como inconstitucional. Dessa forma, o direito foi instituído, mas não foram criados mecanismos para sua aplicação no dia-a-dia da assistência, naquele momento.

Naquele mesmo ano, foi lançada a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, por meio da Portaria n. 1.067/GM/MS de 4 de julho de 2005, como um ajuste do PHPN a partir dos resultados da análise realizada pelo grupo de trabalho para “Análise e Elaboração de Propostas para a melhoria da qualidade da Atenção Obstétrica e Neonatal no Brasil”. Esta Política reiterava e atualizava as propostas do PHPN, porém, foi suspensa dez dias depois para avaliação de questões orçamentárias e revogada em 12 de dezembro do mesmo ano.

Em 2007, foi promulgada a Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispôs sobre o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberia assistência, no âmbito do SUS. Esta, que já era diretriz prevista desde o PHPN, ganhou o *status* de Lei e ficou conhecida como a Lei da Vinculação.

Outra frente estratégica para a mudança do modelo obstétrico foi inaugurada em 2008, com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA n. 36 de 03/06/2008. Esta resolução, que dispôs sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, teve como diretriz fundamental a humanização do parto para definir as normas para estes serviços, que inclui infraestrutura e procedimentos técnicos. Qualquer construção, reforma ou adaptação nos serviços de atenção ao parto a partir desta data deveria seguir as normas, que incluíam espaços físicos que garantissem privacidade e mobilidade da mulher e permanência do seu acompanhante de escolha, no formato de quartos PPP e alojamento conjunto, com a extinção dos berçários para recém-nascidos saudáveis. Além disso, a norma também descreveu as condições organizacionais, os recursos humanos e

os processos operacionais assistenciais ideais, entre outros itens. Dessa forma, a RDC 36 regulamentou o *como fazer* da humanização, abordando de forma ampla as diretrizes físicas (denominadas “ambiência”), organizacionais, técnicas e até relacionais da proposta da humanização do parto.

Em consonância com a RDC 36, a Portaria n. 3.136/GM/MS de 24 de dezembro de 2008 definiu o repasse de incentivo financeiro às maternidades para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto. A Portaria definia um repasse de R\$ 2,7 milhões, dividido por unidade da federação, de acordo com o número de partos ao ano. Para acessar este incentivo, as maternidades que atendiam mais de 1000 partos ao ano poderiam enviar um projeto de adequação. Não foram encontrados dados sobre a quantidade de maternidades que enviaram projetos de adequação, nem quanto desta verba foi utilizada.

A partir do ano de 2008, também, a temática da humanização do parto foi incluída oficialmente na agenda da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Até aquela data, os diversos instrumentos legislativos que adereçavam a questão da humanização da assistência ao parto direcionavam-se para o SUS. Sendo a Saúde Suplementar autônoma em relação a esta legislação, como vimos anteriormente, estas propostas não alcançavam a população beneficiária de planos de saúde. Ainda que fosse uma minoria em relação ao total da população brasileira – 26% da população em 2008 tinha plano de saúde (PAIM et al., 2011) –, a assistência ao parto na saúde suplementar constitui-se como um verdadeiro problema de saúde, ao registrar taxas muito elevadas (e crescentes) de cesarianas. Segundo relatório da ANS, desde 2005 eram realizadas ações no sentido de sensibilização dos atores da saúde suplementar para a importância do parto normal, mas foi em 2008 que este compromisso foi sistematizado, em termos de resolução (ANS, 2008). A Resolução Normativa n. 167, que atualizou o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para os anos de 2008 e 2009, incluiu como procedimentos obrigatórios de cobertura pelos planos de saúde em âmbito nacional as despesas de um acompanhante da mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto e a realização de parto normal por Enfermeiro(a) Obstétrico(a). Estes procedimentos foram mantidos como de cobertura obrigatória nos Rols de Procedimentos seguintes (2010-2011, 2012-2013 e 2014-2015). Neste sentido, a ANS passou a instituir formalmente medidas que se alinhavam com o MS com relação à humanização do parto. Porém, a legislação voltada para o SUS ainda era mais avançada nesta questão, ainda que se questione o quanto era posto em prática.

Em 2010, a política de atenção à saúde como um todo passou por uma reestruturação do SUS, com a proposição das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010):

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

AS RAS foram um novo empenho do governo federal em operacionalizar os princípios do SUS, horizontalizando as relações entre os serviços de saúde e apostando no apoio institucional como estratégia privilegiada de gestão. Foi dentro desta nova lógica que foi lançada a Rede Cegonha, em 2011, elencada como uma das Redes prioritárias pelo MS.

A Rede Cegonha (RC) partiu das políticas anteriores, especialmente o PHPN, a Lei do Acompanhante e a Lei da Vinculação, aglutinando-as e detalhando propostas anteriores²⁸. Porém, segundo Diniz, o projeto inicial do RC, ainda durante a campanha presidencial da então candidata Dilma Rousseff (PT), retomava fortemente uma tradição materno-infantilista que havia sido rompida, teoricamente, com a criação do PAISM, ao propor, por exemplo, o cadastro compulsório das gestantes. Para esta autora, o RC significou, naquele momento, a despolitização e redução das propostas pelas circunstâncias políticas e da necessidade de manter alianças com a categoria médica e com os setores religiosos. O cadastro compulsório não foi incluído na portaria aprovada.

A Portaria Consolidada que instituiu a RC (Portaria n. 1.459 de 24/06/2011, alterada pela Portaria n. 2.351 de 06 de outubro de 2011) definiu-a como “(...) rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.”.

Para operacionalizar este objetivo, foram definidos quatro componentes, a serem aplicados gradualmente. A adesão era feita pelos municípios, que deveriam se articular em nível regional para desenvolver um Plano de Ação de qualificação dos seus serviços. Os componentes do RC são:

- I. Pré-natal;
- II. Parto e Nascimento;

²⁸ A Rede Cegonha foi precedida por uma “experiência piloto” da aplicação da estratégia de apoio institucional, denominada “Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros – PQM”. Os relatos dessa experiência foram publicados pelo Ministério da Saúde, em 2014, no quarto volume da série “Cadernos HumanizaSUS”, no qual é interpretada como bem-sucedida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

- III. Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança;
- IV. Sistema Logístico: Transporte Sanitário (SAMU Cegonha) e Regulação

As principais inovações da RC em relação às propostas anteriores foram: a operacionalização do direito à vinculação da gestante à maternidade onde iria parir, por meio de apoio nos deslocamentos da gestante e a introdução de um sistema integrado de regulação dos leitos obstétricos e neonatais em UTI e dos serviços de urgência e ambulatoriais; a expansão da atenção no puerpério para além da consulta puerperal, incluindo uma visita domiciliar até 42 dias e busca ativa de crianças vulneráveis; a inclusão da saúde da criança até 24 meses (ao contrário de até 28 dias nos programas anteriores).

A partir da Rede Cegonha, Silva et al. (2011) refletiram sobre o processo legislativo com relação à saúde materna e neonatal:

Diversos programas e leis são criadas com o passar dos anos, cada qual com sua própria promessa de erradicar ou ao menos diminuir os problemas existentes na atenção a saúde, ao invés de assumir o que é efetivo no programa anterior e trabalhar para aprimorá-lo. De fato esses programas não são novos, mas versões atualizadas de programas anteriores.

Vale destacar que o único programa que trata da assistência de forma integral (PAISM) não tem uma portaria ou legislação que lhe dê suporte, enquanto a Rede Cegonha, que ainda não está em funcionamento, possui uma legislação específica. Ou seja, é necessário refletir na implementação da lei e não só no processo legislativo da mesma.

Para a operacionalização da RC, alguns aspectos da assistência obstétrica e neonatal foram regulamentados em outras portarias específicas, como a Atenção Integral e Humanizada ao Recém-Nascido Grave ou Potencialmente Grave e critérios de classificação e habilitação de UTI Neonatal no SUS (Portaria n. 930/GM/MS/2012) e a Atenção à Saúde na Gestação de Alto-Risco (Portaria n. 1.020/GM/MS/2013).

Em 2013, foram estabelecidas diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do SUS (Portaria n. 904/MS/13), em conformidade com o componente “Parto e Nascimento” da RC, as quais foram redefinidas em janeiro de 2015 pela Portaria n. 11/GM/MS/2015. Estas portarias incluíram em suas justificativas referências a evidências científicas e bandeiras do movimento pela humanização do parto, inclusive fazendo referência inédita à violência obstétrica (BRASIL, 2015, grifos nossos):

Considerando a necessidade de organização e adequação das ofertas de serviços de atenção ao parto e nascimento em conformidade às diferentes necessidades de cuidado de acordo com o risco obstétrico e neonatal, e de superação do modelo biologicista e medicalizante de atenção ao parto;

Considerando a necessidade da implementação de medidas de *proteção contra abuso, violência ou negligência no parto*;

Considerando a necessidade da implementação de medidas para redução da taxa de cesarianas no país;

Considerando como direitos fundamentais de mulheres e crianças o acesso a tecnologias apropriadas de atenção ao parto e nascimento, com adoção de práticas baseadas em evidências, incluindo-se a privacidade, a liberdade de movimentação e de posições durante o trabalho de parto e parto, o direito a acompanhante de livre escolha e a preservação da sua integridade corporal e psíquica; (...)

A inclusão destas justificativas evidenciou o grau de institucionalização dos ideais do movimento pela humanização do parto, especialmente nos altos escalões do MS, nas comissões técnicas que formulavam as políticas públicas.

Ainda em 2013, a Lei do Acompanhante foi complementada pela promulgação da Lei n. 12.895, que obrigou os hospitais a manter, em local visível, aviso informando sobre o direito ao acompanhante. Esta foi mais uma tentativa de se fazer garantir este direito, uma vez que diversos estudos denunciaram o descumprimento desta Lei em diversos locais do país (por exemplo, BRÜGGEMANN et al., 2013; DINIZ et al., 2014).

Em 2014, a Portaria n. 371, de 07 de maio, instituiu diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no SUS. Também alinhado com a RC, a portaria detalhou como deveria ser realizada a assistência ao recém-nascido saudável, favorecendo o vínculo mãe-bebê, o aleitamento precoce e a transição para o mundo extra-útero. Ao mesmo tempo em que foi amplamente comemorada pelas ativistas do movimento pela humanização, mesmo que se referisse somente a estabelecimentos do SUS, suscitou muitas reações na mídia, principalmente de setores mais resistentes da categoria médica.

De forma ainda mais exacerbada, a Resolução Normativa n. 368 da ANS, lançada nos primeiros dias de 2015, ocasionou a reação não só da categoria médica, mas de vários setores da população, incluindo mulheres e familiares. Esta resolução dispôs sobre o direito das beneficiárias de planos de saúde ao acesso à informação sobre os percentuais de cesarianas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a obrigatoriedade da utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. O partograma é um instrumento padronizado, recomendado pela OMS como uma boa prática obstétrica, no qual se registra a evolução do trabalho de parto, facilitando a percepção de alterações nesta evolução que possam sugerir intervenções necessárias, como infusão de ocitocina sintética ou uma cesariana. Com a obrigatoriedade do partograma, a ANS objetivou restringir a prática da cesariana marcada antes do trabalho de parto, uma vez que o pagamento do parto passou a ser condicionado à apresentação deste ou de relatório médico justificando a sua ausência.

É importante ressaltar que esta resolução foi proposta pela ANS em parceria com o MS, e incluiu no seu processo de formulação uma consulta pública à população, por meio de sua página virtual, e a diversas entidades como associações médicas, grupos de ativistas pela humanização do parto, acadêmicos, setores políticos e planos de saúde²⁹. Esta resolução é resposta, também, ao movimento organizado de mulheres em torno da Parto do Princípio, que realizaram denúncia ao Ministério Público Federal sobre o abuso das cesarianas no setor suplementar de saúde no país em 2006³⁰.

Podemos supor que esta resolução não tem potencial de causar uma mudança substancial na assistência ao parto na saúde suplementar, tendo em vista a forte cultura da cesariana marcada presente neste contexto e explicitada na reação contrária de mulheres a esta resolução nas redes sociais, principalmente, além das possibilidades de burlar a obrigatoriedade do partograma, por exemplo. Ainda assim, ela reforça a institucionalização da proposta da humanização do parto, inclusive no âmbito da saúde suplementar. Porém, ainda é preciso manter em mente as diferenças entre SUS e saúde suplementar, sendo que esta última é regida por uma lógica mercadológica.

Mesmo com todos estes esforços em termos de legislação específica para lidar com a questão do parto humanizado no país, acumulados em 15 anos, ainda existem dois projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional, sendo um já aprovado, mas ainda não publicado, que versam sobre a Humanização do Parto³¹.

2.2 Estado de São Paulo

No estado de São Paulo, em 2008, foi promulgada a Lei Estadual n. 13.069, que obrigou os hospitais públicos e privados conveniados ao SUS a informar sobre o direito de acompanhante à parturiente. Esta medida foi adotada em 2013 pelo governo federal, como vimos anteriormente.

Em março de 2015 foi promulgada a Lei Estadual n. 15.759, de autoria de Carlos Bezerra Jr., médico-obstetra e deputado estadual pelo PSDB. A lei instituiu o direito

²⁹ A lista dos participantes na consulta pública realizada pela ANS no ano de 2014 pode ser acessada em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/TabelaPARTICIPANTES_CONSULTA_PUBLICA.pdf. Acesso em janeiro de 2015.

³⁰ Sobre esta ação da Parto do Princípio: <http://www.partodoprincipio.com.br/#!/Parto-do-Princípio-e-a-resolução-368-da-ANS/cmbz/D7C805CB-82E7-426D-9BF0-49A40F9139EE>. Acesso em julho de 2015.

³¹ O PL aprovado trata-se do Projeto de Lei do Senado n. 8/2013 que altera o artigo 19-J da Lei n. 8.080/1990 incluindo a obrigatoriedade dos serviços de saúde do SUS de obedecerem as “diretrizes e orientações técnicas e oferecer as condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado em suas dependências”. O PL n. 7.633/2014, de autoria do então deputado federal Jean Wyllys, segue em tramitação e “dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.”.

ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do estado, dando atenção especial ao direito ao Plano Individual de Parto, instrumento inspirado no Plano de Parto recomendado como boa prática obstétrica pela OMS. O Plano de Parto é um instrumento onde a gestante registra seus desejos com relação ao processo de pré-parto, parto e pós-parto, além de procedimentos relativos ao recém-nascido. Este instrumento deveria, mais do que ter um caráter jurídico da família e/ou equipe, auxiliar na escolha informada e na partilha da decisão entre cuidador (médico e/ou enfermeiro) e a paciente. No caso desta Lei, o médico-obstetra foi indicado como o profissional que deveria esclarecer sobre as opções da gestante. Além disso, a Lei instituiu a obrigatoriedade do registro das intervenções realizadas e da justificativa de algumas delas (por exemplo, administração de enemas, de ocitocina sintética e a episiotomia).

Com relação à redação do Projeto de Lei Estadual n. 712/13, que serviu de base para a Lei aprovada, esta foi claramente influenciada pelos movimentos pela humanização do parto e a sua justificativa faz referência a diversas pesquisas acadêmicas sobre o assunto. O PL foi aprovado em todas as instâncias, com exceção dos artigos 12: “Artigo 12- A Administração Estadual só poderá prescrever e encorajar as práticas de assistência obstétrica ou neonatal cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Agência Nacional de Saúde – ANS, do Ministério da Saúde ou, na omissão destes, da Organização Mundial de Saúde – OMS”; e do artigo 15, que cita, sem mais detalhes, a legitimidade da opção pelo parto domiciliar: “Artigo 15- A Administração Estadual deverá estipular por meio de regulamento as condições em que o parto domiciliar poderá ser realizado por decisão voluntária da gestante.”

2.3 Município de São Carlos

Na cidade de São Carlos, em decorrência de denúncias e uma ação organizada em 2009³² em repúdio ao descumprimento da Lei do Acompanhante na única maternidade em funcionamento na cidade na época, o vereador Ronaldo Lopes (PT) propôs e teve aprovada a Lei Municipal n. 15.357, em 12/07/2010, que dispôs sobre o direito às mulheres de estarem acompanhadas por pessoa de sua escolha durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato, na rede pública e privada de saúde. Esta lei, além de reiterar as medidas da Lei Federal n. 11.108 (Lei do Acompanhante), e da Lei Estadual n. 13.069 (da obrigatoriedade do aviso sobre a Lei do Acompanhante), estendeu este direito para a rede suplementar de saúde e detalhou as diretrizes para efetivação deste direito ao: definir o procedimento de denúncia do

³² Esta ação será descrita no capítulo 3.

descumprimento da Lei; tornar obrigatório o aviso sobre a Lei no Cartão da Gestante, incluindo informação de que este direito seria estendido para a rede suplementar e que seria livre do pagamento de qualquer taxa; elencar os motivos justificáveis para descumprimento da lei (embriaguez, comportamento agressivo ou inadequado, falta de higiene, visível estado gripal), caso no qual a mulher deve ser informada da proibição, assinar termo e indicar outro acompanhante.

Mesmo com os três instrumentos legais que versam sobre o direito ao acompanhante, o Ministério Público Federal, ao ser acionado por mulheres e militantes quanto à recorrência do descumprimento da Lei do Acompanhante na cidade e na região de São Carlos, lançou a Recomendação n. 001 em 21/05/2012. Este instrumento recomenda aos gestores dos serviços de assistência obstétrica ações que potencializariam o cumprimento da lei do acompanhante. Dentre elas, a fixação de, pelo menos, três cartazes em lugares visíveis ao público nos serviços; promoção de orientações e/ou cursos de capacitação os profissionais que estejam sempre habilitados a prestar o atendimento ao parto quanto ao direito ao acompanhante; informação, previamente e por escrito, a todas as parturientes sobre o direito, devendo a eventual recusa ao acompanhamento ser precedida de uma negativa explícita, na qual se deve colher dados qualificativos e assinatura; promoção da divulgação do direito “por todos os meios e formas possíveis”.

Ao final do período desta pesquisa, existia um movimento incipiente para a formulação de um novo projeto de lei que abarquasse a questão da violência obstétrica na cidade de São Carlos. O mesmo vereador que redigiu a Lei Municipal do Acompanhante demonstrou interesse na redação deste novo projeto e encontrou-se com representantes do Movimento para discutir o assunto. Neste mesmo sentido, foi realizada uma discussão sobre o tema na Câmara Municipal, em que foi apresentado um documentário sobre violência obstétrica no Brasil e duas mulheres deram relatos das violências sofridas durante suas gestações e partos.

A síntese contida no quadro 3 revela a movimentação institucional em favor da humanização do parto. No geral, o Brasil é reconhecido como um país com legislações avançadas e inovadoras que se complementam, se sobrepõem e, às vezes, se contradizem, a exemplo do PAISM, do SUS e do conjunto de políticas de saúde para as mulheres. Porém, existe uma grande distância entre as políticas e a realidade. No caso das políticas para as mulheres, dentre elas a humanização do parto, os movimentos de mulheres estão fortemente presentes na formulação das políticas no nível federal, porém eles não têm ocupado os níveis estadual e municipal, os quais são os *loci* de implantação dessas políticas. Além disso, é baixa

a participação destes movimentos nas instâncias de controle social do SUS, outro importante âmbito de atuação prática, como denuncia Costa (2009).

Estas políticas acabavam tendo a função de resposta aos movimentos sociais e às pressões exercidas por órgãos internacionais, como a OMS, mas pouco influenciavam na vida diária da população. Existiam experiências de avanços locais, consoantes com as políticas desenvolvidas, como era o caso de Belo Horizonte, ou em algumas instituições, como o Instituto Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) em Campina Grande, Paraíba. Estas experiências acumulavam-se e eram compiladas pelo MS como “O SUS que dá certo”, porém, revelava-se a grande dependência destas com relação à gestão local, que devia ser fortemente comprometida com o novo modelo almejado, além de suficientemente forte para enfrentar os embates com os atores contrários a este movimento, como as corporações médicas.

Em suma, pode-se concluir que, apesar dos investimentos feitos por diversos setores da sociedade brasileira no sentido da humanização do parto, as mudanças institucionais são recentes e, assim como acontece com o SUS, ainda não lograram alcançar a universalização pretendida. A humanização do parto é formada por um caleidoscópio de distintas realidades nos diferentes serviços de saúde brasileiros. São Carlos é reconhecida pelos diversos esforços no sentido da implantação de práticas relacionadas ao parto humanizado e, por este motivo, foi escolhido como campo de investigação desta dissertação.