

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA EICOS –PÓS-GRADUAÇÃO EM  
PSICOSSOCIOLOGIA DE COMUNIDADES E ECOLOGIA SOCIAL**

**ALICE SICURO DE MORAES VALLE**

**Uma análise psicossocial  
da prática obstétrica  
em uma Maternidade de ensino  
no Rio de Janeiro**

**Rio de Janeiro  
2015**

ALICE SICURO DE MORAES VALLE

**Uma análise psicossocial  
da prática obstétrica  
em uma Maternidade de ensino  
no Rio de Janeiro**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito para obtenção do Título de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, ao Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientadora: Maria Cecília de Mello e Souza  
Coorientadora: Maria Luiza de Mello de Carvalho

Rio de Janeiro  
2015

ALICE SICURO DE MORAES VALLE

Uma análise psicossocial da prática obstétrica  
em uma Maternidade de ensino no Rio de Janeiro

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (EICOS), Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em \_\_/\_\_/\_\_

Banca Examinadora

---

Prof. Dra. Maria Cecilia de Mello e Souza –UFRJ

---

Prof. Dra. Maria Luiza de Mello e Carvalho –UFRJ

---

Prof. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz - USP

---

Prof. Dra. Claudia Bonan Jannotti - IFF

Rio de Janeiro

2015

“O que será que me dá?  
Que me queima por dentro, será que me dá?  
Que me perturba o sono, será que me dá?  
Que todos os tremores me vêm agitar  
Que todos os ardores me vêm atizar  
Que todos os suores me vêm encharcar  
Que todos os meus nervos estão a rogar  
Que todos os meus órgãos estão a clamar  
E uma aflição medonha me faz implorar  
O que não tem vergonha, nem nunca terá  
O que não tem governo, nem nunca terá  
O que não tem juízo”

Chico Buarque, A flor da pele

“Toda ciência que não se ocupa da Libertação é inútil”.

Rajamartanda, IV:22

## **Agradecimentos**

Agradeço a minha orientadora, Cecília Mello, pelo incentivo e parceria.

Agradeço a minha coorientadora, Maria Luiza de Carvalho, por ter aceitado esse desafio e se colocado ao meu lado nos momentos mais difíceis.

Agradeço a Mirian Blanco pelo apoio e carinho incondicional durante toda esta jornada.

Agradeço a minha família pelo apoio e confiança constantes.

Agradeço aos meus alunos pela compreensão e paciência nos dias de intenso trabalho.

Agradeço a Marina Morena pela dedicação na revisão do material.

Agradeço a Marina Croce pela tradução.

Agradeço ao yoga na minha vida, sem ele este trabalho não teria chegado ao fim.

SICURO, Alice. *Uma análise psicossocial da prática obstétrica em uma maternidade de ensino no Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) EICOS, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

## RESUMO

O presente trabalho investigou a prática obstétrica e a transmissão da cultura médica em uma maternidade pública de ensino, situada no Rio de Janeiro. De caráter qualitativo, a pesquisa se caracterizou por um estudo etnográfico, feito por meio de observação participante e entrevistas semiestruturadas em profundidade. A pesquisa teve o objetivo de investigar as influências psicossociais, culturais e ambientais das práticas obstétricas no pré-parto, parto e pós-parto. Os resultados apontam que a prática obstétrica na maternidade em questão está ancorada na cultura institucional tecnocrata, caracterizada pela incorporação frequente e proeminente de tecnologia dura no atendimento ao parto, enquanto o âmbito relacional da assistência é posto em segundo plano. Esta cultura é sustentada pela abordagem do risco e, sob uma rígida estrutura hierárquica, é disseminada na maternidade por meio das práticas, dos diálogos e dos valores partilhados entre os profissionais e transmitidos aos internos e residentes durante a formação na instituição. Os resultados também mostram que o parto institucional tecnocrata, da forma como é realizado na maternidade pesquisada, desqualifica a mulher como sujeito de direitos, destituindo seu protagonismo no parto e cedendo lugar para a centralização da figura do médico. Deste modo, a objetificação do corpo da mulher para atender às necessidades acadêmicas é frequente, dando espaço a uma série de situações em que a violência obstétrica se faz presente de modo silencioso. Em suma, os principais resultados da presente pesquisa são assim apresentados: o modelo tecnocrático de atendimento ao parto rege a prática obstétrica na instituição; a supervalorização da tecnologia no atendimento e a restrição desta assistência ao seu caráter puramente biomédico vulnerabilizam mulheres em situação de gestação e parto; a hierarquia e a ênfase na abordagem do risco é o que permite a propagação deste modelo na formação de alunos e residentes e; a intolerância dos médicos seniores a modelos obstétricos contra-hegemônicos contribui para a manutenção dos três primeiros fatores.

**Palavras-chave:** parto, cultura tecnocrata, intervenção médica, violência obstétrica.

SICURO, Alice. *Uma análise psicossocial da prática obstétrica em uma maternidade de ensino no Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) EICOS, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

## ABSTRACT

This study has investigated the obstetrical practice and the transmission of medical culture in a public university hospital located in Rio de Janeiro. Qualitative, ethnographic research was conducted through participant observation and semi-structured in-depth interviews. The research aimed to investigate the psychosocial, cultural and environmental influences of prenatal, birth and postpartum obstetrical practices. The results indicate that obstetrical practice in the hospital under study has its roots in a technocratic institutional culture, characterized by frequent and prominent employment of technology in delivery, while the relational aspects are neglected. This culture is sustained by a risk-approach, and, under a severe hierarchical structure, is spread in the maternity hospital by means of the practices, dialogues and values shared among the professionals and passed on to the doctors and interns during their education in the institution. The results also show that the institutional technocratic childbirth, disqualifies the woman as a person with human rights, shattering the woman's essential role during childbirth and centralizing the process in the physician. As such, the objectification of the female body to meet academic needs is frequent, giving rise to a series of situations in which obstetric violence is silently present. In conclusion, the main findings of this research are presented as follows: the technocratic model childbirth rules obstetrical practice carried out in the institution; this model and the limitation of this assistance to its purely biomedical aspects increase the vulnerability of women during pregnancy and birth; the hierarchy and emphasis on a risk-approach are essential to the spread of this model in the education of students, interns and physicians; and the senior physicians' resistance to counter-hegemonic obstetrical models contributes to the maintenance of the three factors mentioned above.

**Key-words:** birth, technocratic culture, medical intervention, obstetrical violence, medical education

## SUMÁRIO

<b>Capítulo 1 –Parto, cultura e sociedade</b>	<b>10</b>
1.1 Apresentação	10
1.2 Contextualização do tema de pesquisa	11
<b>Capítulo 2 –O parto no Mundo Ocidental</b>	<b>19</b>
2.1 O conceito de Cultura	20
2.2 A modernização e a institucionalização do parto	21
2.2.1 As particularidades da assistência ao parto no Brasil	25
2.3 Da política à biopolítica	31
2.3.1 Mortalidade materna no Brasil: A epidemia silenciosa sob a ótica da biopolítica	34
2.4 O modelo tecnocrático de parto e a noção de risco	38
2.4.1 As intervenções médicas do modelo tecnocrático	46
2.4.1.1 A cesariana	46
2.4.1.2 A anestesia de parto	54
2.4.1.3 Episiotomia	56
2.4.1.4 Ocitocina	58
2.4.1.5 Amniotomia	59
2.4.1.6 A posição ginecológica para o parto	60
2.4.1.7 Monitoramento eletrônico fetal	61
2.5 Da resistência: o modelo de humanização	62
2.5.1 A origem da humanização no Brasil	64
2.5.2 A política Nacional de Humanização da Assistência ao Parto	66
2.6 A ética na prática médica	69
2.7 Ensino obstétrico brasileiro: Os paradoxos entre as evidências e o hábito	72
<b>Capítulo 3: Uma etnografia sobre a prática e a transmissão da cultura obstétrica em uma maternidade brasileira</b>	<b>80</b>
3.1 Metodologia: a escolha do modelo etnográfico	80
3.1.1 Dados relativos ao local e às condições de pesquisa	82
3.1.2 Ética da pesquisa	82

3.1.3 A observação participante	83
3.1.4 As entrevistas	83
3.1.5 Os entrevistados	84
3.2 O <i>ethos</i> institucional como guia da prática e da formação obstétrica	84
3.2.1. A visão industrial da saúde e a patologização do corpo feminino	87
3.2.2 As intervenções preventivas do risco potencial	91
3.2.3 O processo judicial como determinante na tomada de decisão dos médicos	97
3.2.4 Características da estrutura institucional: verticalização e hierarquia	105
3.2.5A formação enviesada pelos valores culturais e hierárquicos da maternidade	112
3.2.6–Imersão dos alunos na prática obstétrica	113
3.2.7–A dessensibilização gradual frente à violência obstétrica	121
3.2.8 - Desvalorização do cuidado em prol da tecnologia e da técnica	124
3.2.9 - Corpo em evidência, sujeito invisível	130
3.3 –A prática institucional: as flutuações entre o saber institucional, a transmissão do conhecimento, conveniência e necessidade	136
3.3.1 - O protocolo de atendimento	136
3.3.2 –Indicações de cesariana sob influência da cultura	144
3.3.3 –A intolerância a outras modalidades: a humanização pela ótica da maternidade	152
3.3.4 A abertura para o diálogo	160
<b>Capítulo 4 –Conclusão</b>	<b>162</b>
4.1 Limitações da pesquisa	166
4.2 Contribuições da pesquisa	166
<b>Bibliografia</b>	<b>169</b>
Anexo I –Roteiro das Entrevistas	180
Anexo II – Termo de consentimento	186

## **CAPÍTULO 1 –PARTO, CULTURA E SOCIEDADE**

### **1.1 –Apresentação**

O objeto de investigação desta pesquisa é a prática obstétrica e a transmissão da cultura médica em uma maternidade de ensino na cidade do Rio de Janeiro. A visão industrial da saúde, que se desenvolveu a partir da Revolução Industrial, tem mobilizado uma assistência ao parto na qual o componente técnico, relacionado ao uso de alta tecnologia dura, tem sido mais valorizado do que o componente relacional da assistência. A noção de produtividade e velocidade, marca dos atendimentos médicos na atualidade, trata os estados fisiológicos da gestação e do parto como estados patológicos. Assim, o parto institucional conta com diversas intervenções que objetivam acelerar o processo e “corrigir deficiências” do corpo feminino. Como resultado, o Brasil tem uma alta taxa de mortalidade materna e de complicações perinatais à saúde da mãe e do bebê, além de ser muito comum no atendimento uma série de violências obstétricas que ferem a dignidade e os direitos da mulher. Tais problemáticas atingem patamares graves de saúde pública, com taxas recordes: segundo ranking mundial, o país tem a maior taxa de cesariana do mundo (UNICEF, 2013). O número de nascimentos por parto cesariana está mais de três vezes acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Adicionalmente, o país convive com taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal, possivelmente relacionadas à baixa qualidade da assistência e utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas (LEAL et al, 2014).

O Ministério da Saúde, preocupado com este quadro, vem trabalhando juntamente com a OMS para a melhoria na assistência ao parto no Brasil. No entanto, a cultura tecnocrática é tão fortemente estabelecida no país, que o Ministério da Saúde ainda encontra sérios entraves para atingir sua meta.

Frente a esse desafio, a presente pesquisa contribui com a investigação sobre os fatores culturais que dificultam a introdução de boas práticas preconizadas por organismos internacionais (OMS) e nacionais no dia a dia de maternidades e instituições de ensino obstétrico. Para tal, a pesquisa objetivou investigar as influências psicossociais, culturais e ambientais das práticas obstétricas no pré-parto, parto e pós-

parto, na instituição em questão. A abordagem etnográfica, com observação participante à rotina de uma maternidade de referência no atendimento e na formação obstétrica do Rio de Janeiro, marca a distinção do estudo. Nele, prioriza-se a análise qualitativa de aspectos explícitos e implícitos que norteiam tanto as tomadas de decisão médica frente aos procedimentos de assistência a partos, quanto o processo de reprodução da medicalização do parto. Desse modo, revelam-se elementos do conjunto de saberes, comportamentos, crenças, valores, costumes e hábitos que moldam a cultura médica na unidade.

Os resultados apontam que a prática obstétrica da maternidade em questão está ancorada na cultura institucional tecnocrata, caracterizada pela incorporação frequente de tecnologia dura no atendimento ao parto e sustentada pela abordagem do risco. Esta cultura é disseminada na maternidade por meio das práticas, dos diálogos e dos valores partilhados entre os profissionais e transmitidos aos internos e residentes durante a formação na instituição. Os resultados também mostram que o parto institucional tecnocrata desqualifica a mulher como sujeito de direitos, destituindo seu lugar de protagonista no parto e cedendo lugar para a centralização da figura do médico. Deste modo, a objetificação do corpo da mulher para atender às necessidades acadêmicas é frequente, dando espaço para uma série de situações onde a violência obstétrica se faz presente de modo silencioso. E produzindo uma cultura intervencionista sobre o parto, na qual há uma supervalorização da tecnologia dura, enquanto o âmbito relacional da assistência é posto em um segundo plano.

## **1.2 – Contextualização do tema de pesquisa**

A assistência ao parto acontece desde um passado muito remoto. No entanto, o interesse sobre o tema como evento cultural é recente; veio com a institucionalização e com a crescente tecnologização do parto a partir do fim do século XIX. Estas mudanças têm ganhado maior visibilidade nos debates e estudos científicos desde a primavera de 1968, na qual o movimento feminista colocou em questão reflexões sobre o parto, não apenas na academia, mas também na assistência (MOTT, 2002). Os estudos sobre parto, em sua maioria, se voltam para questões que envolvem desde características da atenção obstétrica até as transformações no significado e na vivência do parto por parte

das parturientes (BARBOSA, 2003; MUNIZ, 2013). O nascimento não se limita a um ato fisiológico, mas, muito mais do que isso, testemunha pelas características de uma sociedade (LUZES, 2007).

Após a Segunda Guerra Mundial, o parto institucional disseminou-se progressivamente no Brasil. E os conhecimentos e habilidades em cirurgia, anestesia, assepsia, hemoterapia e antibioticoterapia foram fundamentais para a redução significativa de morbidade e mortalidade materna e infantil no parto (TANAKA, 1995).

Acompanhando o percurso da instauração da medicina moderna (FOUCAULT, 2001), compreende-se o que possibilitou e estimulou a entrada do parto no hospital: um processo de desnaturalização da ideia de doença e da morte e o surgimento da perspectiva de intervenção sobre o corpo através das descobertas anatomopatológicas. Assim, uma mudança radical ocorreu no hospital, que saiu do lugar de uma instituição que abrigava pobres e doentes terminais, para ganhar um status de ambiente de acúmulo de saber, de formação de médicos e inovação tecnocientífica (FOUCAULT, 2001).

A partir de então, o parto ganha estatuto de ato médico e, mesmo não sendo uma doença, torna-se objeto da intervenção médica, passando a ser tratado como uma doença. São então desenvolvidas diversas técnicas para evitar a dor e o sofrimento durante o seu decorrer. Na sociedade contemporânea, a dor e o sofrimento se apresentam como um problema a ser erradicado da vida humana com ajuda da tecnologia, dos avanços da medicina e de diferentes possibilidades de intervenção no corpo. Acompanhando esse modelo tecnológico/tecnicista é que o parto cada vez mais vem sendo considerado um evento que, para estar de acordo com o que a sociedade valoriza como eficiente, é predominantemente tecnologizado e passível de intervenções. Assim, de acordo com Davis-Floyd, na sociedade ocidental contemporânea o modelo de parto hegemônico é calcado na cultura tecnocrática, na qual há uma supervalorização da tecnologia dura na assistência e das intervenções sobre o corpo da mulher (DAVIS-FLOYD, 2001) de modo a controlar e resolver preventivamente os possíveis riscos característicos da gestação (CASTEL, 1987).

Apesar do suposto triunfo da tecnociência, vem surgindo uma série de

questionamentos quanto ao uso da tecnologia na prática biomédica. Como principais questionamentos, aponta-se: a fragmentação da medicina em subespecialidades mais e mais específicas, que vem formando profissionais cada vez menos preparados para um acompanhamento integral do paciente; o alto custo das novas tecnologias médicas, que dificulta a democratização de seus benefícios e sugere a criação de modelos alternativos de atendimento e; a pulverização da informação por meio da mídia e internet, que tem como consequência um aumento de ansiedade dos pacientes e consequentemente o aumento das cobranças aos médicos (DINIZ & DUARTE, 2004).

As críticas à medicina tecnológica estão circunscritas num processo que envolve a sociedade industrial como um todo. Beck (1997) analisa esta fase como uma “modernização reflexiva”, na qual a própria sociedade industrial cria instabilidades e riscos através de suas novidades tecnológicas e organizacionais, tornando-se um problema para si mesma. Assim é que a própria medicina torna-se mais um dos muitos sistemas em que as especializações e subespecializações são objeto de reflexão crítica da sociedade contemporânea. Com relação à obstetrícia, esta temática é ainda mais grave. Segundo levantamento organizado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP, 2002), no período de janeiro de 1996 a janeiro de 2002 a tocoginecologia foi a especialidade que mais recebeu denúncias, computando 12% do total de denúncias feitas ao órgão. Dentre essas, 86% estavam relacionadas à obstetrícia e 14% à ginecologia. Ainda com relação a estas denúncias, 30% delas tornaram-se processos disciplinares, dentre os quais as mais frequentes foram, em ordem decrescente, pelos seguintes motivos: óbito do recém-nato; complicações maternas; parto com sequelas ao recém-nato; óbito materno, óbito materno e do recém-nato (CREMESP, 2002). Esta situação alarmante vem preocupando as autoridades e entidades profissionais da categoria, que têm sugerido que a própria formação profissional possa estar contribuindo para o problema (HOTIMSKY, 2007).

A visão industrial da saúde tem criado um modelo de assistência ao parto que afasta o quesito “cuidado” da prática médica, substituindo-o pela técnica (RATTNER, 2009). Atualmente já existem evidências de que a tecnologia, quando utilizada de maneira inadequada ou em excesso, pode ser a causa de resultados perinatais desfavoráveis (DINIZ & DUARTE, 2004; LUZES, 2007, ENKIN, 1996). Estudos

relativos ao parto apontam que alguns procedimentos de rotina realizados no parto hospitalar ainda não têm benefícios comprovados para mulheres e recém-natos normais (DINIZ, 2004; LUZES, 2007, ENKIN, 1996).

No entanto, as inovações tecnológicas têm produzido nos novos profissionais uma forte dependência do uso da tecnologia dura e de medicamentos para o atendimento ao parto, uma vez que as técnicas que antes eram ensinadas nos livros de obstetrícia vêm sendo substituídas pelo uso de novas técnicas alicerçadas pelas máquinas e medicamentos. Exemplo disso são as manobras para versão do feto intrauterina ou para a retirada da circular de cordão no parto normal (LUZES, 2007).

A cultura do nascimento no Brasil mudou drasticamente desde 1970. A cesariana que a princípio era conhecida como um procedimento médico para salvar vidas, começou a ser usada em circunstâncias extraordinárias, até que se passou a se tornar considerada pelos médicos e pelas mulheres como um procedimento mais seguro, menos doloroso, moderno e ideal para o parto de qualquer mulher. Assim é que o uso generalizado de cesarianas se tornou um fenômeno cultural que se estende muito além das questões médicas (MELLO E SOUZA, 1994). Assim, a disseminação da idéia da cesárea como uma intervenção “rápida” e “indolor”, resultou no alargamento das indicações médicas de cesárea, além da criação de novas indicações para o procedimento (FREITAS et al., 2008).

De acordo com a OMS (1985), a taxa de cesariana adequada para atender todos os casos que realmente careceriam deste recurso seria de 15%. No entanto, esta taxa vem crescendo constantemente, chegando a 56% dos casos em 2014, enquanto a média de cesárea mundial está em 18% (LEAL et al, 2014). Embora o aumento da frequência da operação não apresente uma associação positiva com o aumento simétrico dos benefícios para a mãe e o recém-nascido, o nascimento por cesárea nas últimas quatro décadas foi tão largamente difundido que hoje o parto normal deixou de ser uma prática comum em muitas maternidades (OLIVEIRA et. al. 2002).

Com base neste crescimento constante é que alguns pesquisadores desde a década de 80 se referem a uma “cultura de cesárea” no Brasil (PINOTTI & FAUNDES, 1988; BERQUÓ, 1993; MELLO E SOUZA, 1996). Esta cultura reprodutiva estabelece como normativo o uso frequente de intervenções sobre o corpo da mulher através de

procedimentos invasivos (MELLO E SOUZA, 1996). Estudos têm sido levantados para a compreensão dos fatores que justificam o excesso de cesarianas na sociedade atual. Uma revisão bibliográfica apresentou causas multifatoriais para esta alta incidência, são elas: o medo da dor por parte da mulher durante o trabalho de parto e parto; a crença de que o parto vaginal deformaria a anatomia da vagina, enquanto a cesárea a manteria intacta; um conceito popular de que o parto normal é mais arriscado para o bebê comparado com a cesárea; a conveniência e a segurança que a cesárea traz para o médico; a preocupação do médico com a hipóxia ou trauma fetal, que segundo os autores está relacionada com a falta de treinamento obstétrico dos médicos com relação ao parto normal no Brasil e por fim; a forma como é aplicada a prática obstétrica no Brasil, na qual a ideia de trabalho em equipe foi perdida deixando sob responsabilidade de um médico todas as necessidades da mulher, o que faz com que muitos médicos optem pela cesárea. (FAÚNDES & CECATTI, 1991). Apesar de no senso comum haver uma crença do aumento da cesárea relacionada ao desejo da mulher, uma pesquisa recente realizada pela FIOCRUZ estima que 70% das mulheres optam pelo parto normal no início da gestação, porém, são poucas as que conseguem que esta seja a via de nascimento de seus filhos (LEAL et al., 2014).

Para lidar com essas questões, têm sido desenvolvidas iniciativas por parte de órgãos governamentais brasileiros e mesmo organismos internacionais, além de universidades e sociedade civil através de associações de profissionais e movimentos sociais. O Ministério da Saúde tem feito esforços em nível nacional para mudar esta situação. Embora a cesariana seja indicada em determinados casos, segundo o Ministério da Saúde, a via vaginal continua sendo o método mais seguro de dar a luz. Dentre os benefícios do parto normal, tanto para a mãe quanto para o bebê, o Ministério aponta uma melhor recuperação da mulher, redução de infecção hospitalar e diminuição da incidência de complicações respiratórias para o recém-nato (SUS, 2009). Apesar do incentivo por parte do Sistema Único de Saúde à adoção do modelo de humanização na assistência ao parto, o modelo de atenção ao parto mais comum no Brasil, principalmente nos hospitais de ensino, é intervencionista, hospitalocêntrico e medicalizado (ANDRADE & LIMA, 2014).

A formação obstétrica se apresenta como um fator importante para a manutenção

e disseminação da cultura tecnocrática sob a qual se fundamenta o atendimento obstétrico no Brasil. Isto porque é na formação, sobretudo durante o internato e na residência, que os médicos e futuros médicos aprendem a se comunicar como profissionais, a lidar com as hierarquias dentro das equipes médicas e a conformar seus pensamentos e comportamentos de modo a serem aceitos pela instituição e reconhecidos como profissionais. Com relação à transmissão do conhecimento obstétrico nas universidades do país, Cezar (2011) afirma que os processos de ensino e aprendizagem utilizados na formação médica são baseados em currículos arcaicos, marcados pela dissociação entre teoria/prática, básico/clínico e pela ótica biologista do processo de saúde-doença.

Sonia Hotimsky (2007) realizou recentemente uma etnografia sobre o processo de ensino e aprendizagem no âmbito teórico e prático da formação em obstetrícia, em dois hospitais-escola conceituados da cidade de São Paulo. Hotimsky encontrou nas instituições pesquisadas, uma tendência de valorização da transmissão oral de conhecimentos e memória (apresentação de narrativas clínicas) em detrimento da leitura de material teórico e dos prontuários. Também foi identificado que as condutas rotineiras são questionáveis com relação às evidências científicas (HOTIMSKY, 2007). Além disto, Hotimsky afirma que a experiência clínica de cada profissional é heterogênea e moldada de acordo com a cultura de cada um deles. Esta afirmativa demonstra a fundamental importância de que sejam realizadas análises sobre a formação médica por intermédio de etnografias realizadas em distintos contextos socioculturais, sendo considerados os sistemas culturais biomédicos locais (HOTIMSKY, 2005).

As ciências sociais humanas têm muito a contribuir no estudo da assistência ao parto no sentido de conhecer o que ocorre no dia a dia dos hospitais. Tendo em vista que a saúde é um campo multidisciplinar, consideramos importante observar as questões relacionadas ao parto por meio da ótica da psicossociologia e antropologia. As dimensões culturais, sociais e psicológicas da sociedade atual se apresentam em todas as práticas sociais, assim como também nos eventos relacionados à saúde e, por sua vez, ao parto. Por isso, estudos psicossociais que se debruçam sobre a atenção ao parto e trabalho de parto no Brasil são fundamentais para que possamos elaborar e

implementar políticas de saúde que possam aprimorar a qualidade de atendimento materno-infantil no país.

O tema central deste projeto de dissertação –a prática obstétrica –vem sendo estudado desde a graduação pela pesquisadora e foi foco do trabalho de conclusão de curso da mesma. Este último teve como objetivo pesquisar a emergência do parto como ato médico, as intervenções que surgiram deste processo bem como analisar o modelo denominado humanização do parto que surge na década de 50. A partir de então, o interesse sobre o tema foi tomando vulto no sentido de compreender como se moldam o campo de saber da prática obstétrica realizada nas instituições públicas de nosso país, suas principais características e a forma como se desenrolam as escolhas de procedimentos a serem utilizados no trabalho de parto e parto. Na presente pesquisa, o tema é abordado de maneira mais aprofundada, como um desdobramento do trabalho anterior, agora voltado para a questão relativa à prática obstétrica, o ensino de obstetrícia e os pressupostos técnicos e motivacionais das escolhas de vias de parto e procedimentos de parto em uma instituição pública de ensino de referência no Brasil.

Com o propósito de contribuir para a compreensão mais aprofundada da assistência obstétrica vigente nas instituições públicas do Brasil, cuja tecnologização excessiva do parto é uma marca, foi desenvolvido um estudo exploratório em uma maternidade de ensino do Rio de Janeiro. Trata-se de uma instituição tradicional e consolidada, com tecnologia de ponta e que é referência no campo da obstetrícia e ginecologia e no atendimento de gestação de risco. O objetivo geral da pesquisa foi investigar as influências psicossociais, culturais e ambientais das práticas obstétricas no pré-parto, parto e pós-parto. Como metodologia, foi utilizada a investigação etnográfica exploratória, método em que o pesquisador estabelece um contato direto com o objeto de estudo por meio de um mergulho no campo, que permite observar a relação entre o sistema cultural de valores da instituição e os comportamentos, crenças e práticas que são por ele articulados.

Durante o período de um mês (outubro de 2014), a pesquisadora esteve em observação participante no campo e realizando entrevistas semiestruturadas em profundidade com três médicos do *staff*, dois residentes e dois acadêmicos da instituição. As entrevistas realizadas tiveram os objetivos específicos de: compreender

as experiências pessoais e a perspectiva técnica do evento do parto por parte dos médicos e residentes; analisar a forma como os alunos percebem o processo do nascimento e a necessidade do uso de cada intervenção; investigar que motivações e alicerces sobre os quais as decisões médicas se baseiam no quesito das escolhas das tecnologias a serem utilizadas para o trabalho de parto/parto e a via de parto; observar de que modo a transmissão de conhecimentos, técnicas e valores a respeito do nascimento vem sendo conduzida para os alunos de graduação em medicina com especialização em obstetrícia de uma instituição de ensino referência no Brasil, a partir da organização espacial, implementação de protocolos e rotinas, e cultura material e; observar as dimensões culturais e psicossociais que se apresentam no evento do parto, analisando como os médicos vivenciam a experiência do parto, as dificuldades e desafios da prática obstétrica.

A prática obstétrica na maternidade em questão está ancorada na cultura institucional, caracterizada pela supervalorização da tecnologia dura, e sua consequente incorporação no atendimento ao parto se sustenta pela abordagem do risco. Esta cultura é disseminada na maternidade por meio das práticas, dos diálogos e dos valores partilhados entre os profissionais e transmitidos aos alunos durante a formação na instituição. As representações sobre crenças e valores são transmitidas e encorajadas para os alunos por meio da socialização secundária<sup>1</sup>. Os alunos que ingressam no curso são direcionados a modular seus comportamentos conforme o discurso e a prática hegemônica da maternidade, reproduzindo as condutas consideradas adequadas pelos mais antigos. A centralização na figura do médico no atendimento ao parto e a hierarquia institucional conferem autoridade aos chefes de plantão e aos médicos mais antigos para guiar as condutas que devem ser utilizadas nos partos. Muitos destes médicos se formaram em uma época em que diversas práticas foram sistematizadas e era comum utilizá-las como rotina.

O parto institucional, assim como todo universo da medicina moderna, é marcado pelo biopoder e acaba por desqualificar a mulher como sujeito de direitos, destituindo

---

<sup>1</sup>Consideramos aqui o conceito de *Socialização Secundária* tal como formulado por Berger e Luckmann (1996). Esta socialização, evidentemente, é posterior à socialização primária, do ambiente familiar, em que o indivíduo vivencia a interiorização e as sequências de aprendizagens. A socialização secundária consiste resumidamente na interação do indivíduo ao mundo externo ao familiar, aos “submundos” através de técnicas e pedagogias específicas.

seu lugar de protagonista no parto e cedendo lugar para a centralização da figura do médico. Deste modo, a objetificação do corpo da mulher para atender as necessidades acadêmicas é frequente, produzindo uma cultura intervencionista sobre o parto e uma supervalorização da tecnologia dura no atendimento, enquanto o âmbito relacional da assistência é posto em segundo plano. Assim, a violência obstétrica é frequente e se manifesta de modo silencioso, sequer sendo notada pela maioria dos médicos.

O presente trabalho está organizado da seguinte forma: após a introdução, no capítulo dois, será apresentado um histórico das transformações ocorridas na assistência ao parto desde sua institucionalização, na modernidade, percorrendo as modificações daí decorrentes até os dias atuais. Em seguida, a questão será abordada pela ótica Foucaultiana. A partir do conceito de biopoder, compreenderemos como a modernização e a institucionalização do parto transformaram as subjetividades de modo a modificar a percepção sobre o evento do parto e, conseqüentemente, sobre a cultura hegemônica de assistência ao parto no ocidente, na qual o parto tecnocrático é o modelo dominante de assistência. Analisaremos de que modo a cultura tecnocrática opera sobre o parto, suas principais características e as principais intervenções que fazem parte da assistência ao parto sob este paradigma. Por fim, veremos que, como resistência a este modelo dominante, surge o modelo de humanização do parto, que vem reunindo esforços para modificar a cultura obstétrica vigente, marcada pela supervalorização da tecnologia e pelo excesso de intervenções sobre o nascimento.

No capítulo 3, será apresentada a metodologia do trabalho de campo realizado na instituição estudada; serão relatados os processos de construção do estudo, a escolha dos entrevistados, a observação participante, a entrada no campo, a ética da pesquisa, dentre outros aspectos. Em seguida, os principais resultados da pesquisa realizada serão apresentados e fundamentados no conhecimento apresentado no segundo capítulo.

No quarto capítulo será apresentada a conclusão sobre os resultados da pesquisa, suas limitações e suas possíveis contribuições para a melhoria no atendimento ao parto no Brasil, traçadas a partir dos relatos dos médicos e da dinâmica cultural observada na maternidade.

## **CAPÍTULO 2 –O PARTO NO MUNDO OCIDENTAL**

A compreensão da cultura é central para qualquer análise psicossocial, uma vez que ela tem função constitutiva de todos os aspectos da vida social. A cultura tem como característica marcante a capacidade de articular sistemas de significados inter-relacionados, do modo a construir e regular instituições, assim como também as relações sociais, emoções ações e práticas sociais (MELLO E SOUZA, 2003). Para compreender a cultura obstétrica hegemônica do mundo ocidental, se faz fundamental esclarecer ao que estamos nos referindo quando nos falamos de cultura na presente pesquisa. Do mesmo modo, também será preciso esclarecer sob que bases e preceitos a cultura hegemônica atual foi construída. Assim, este capítulo será iniciado com uma explanação do conceito de cultura, para em seguida acompanharmos o processo sócio-histórico que permitiu a construção da imagem de parto e da assistência ao parto dos dias atuais. A partir de Michel Foucault, examinamos como a Modernidade e a Revolução Industrial foram responsáveis pela Instauração da Medicina Moderna e pela medicalização da vida, do parto após a sua entrada no hospital. O biopoder tem como principal foco a gestão da vida e dos ciclos biológicos dos indivíduos através de um mecanismo contínuo de correção e regulação. Assim é que a medicina começou a fazer parte das questões econômicas e políticas em nossa sociedade (FOUCAULT, 1997). Esclarecer-se-á então, como o parto e o corpo feminino tornaram-se também um objeto de intervenção médica e de que modo estão articulados os jogos de poder na cultura médica brasileira. Em seguida serão analisadas as principais características do modelo biomédico ou tecnocrata de assistência ao parto, hegemônico no Brasil; e o modelo contra-hegemônico, conhecido como humanista ou humanizado. Por fim, discorreremos a respeito da formação médica no Brasil, sobre os principais desafios e limitações que as pesquisas recentes vêm encontrando com relação a este tema. Uma vez que serão esclarecidos, não apenas a estrutura sob a qual se fundamenta a cultura hegemônica, mas também os principais aspectos da socialização do aluno ao ser introduzido na prática médica.

## 2.1 - O conceito de Cultura

Ao conceito de cultura cabem muitas definições advindas da Antropologia e de Estudos Culturais<sup>2</sup>. No presente estudo escolhemos a definição de D'Andrade, pois consideramos que ela é capaz de dar conta da perspectiva psicossocial e que vincula os aspectos representacionais à prática. Segundo D'Andrade (1984), a cultura trata de um “sistema de significados aprendidos, comunicados através da linguagem e outros sistemas simbólicos, que possuem funções representativas, construtivas, diretivas e efetivas, capazes de criar entidades culturais e sentidos da realidade particulares”(Trad. MELLO E SOUZA, 2003). Quatro características são fundamentais para a compreensão da cultura: a cultura tem uma natureza coletiva, o que significa dizer que é preciso que haja um consenso com relação aos sentidos e significados entre os membros de uma comunidade interativa, mesmo que haja variações de conduta ou de atitudes (LEVINE, 1984 *apud* MELLO E SOUZA, 2003); a cultura tem seus elementos constituintes organizados formando como uma teia de significados, buscar compreender a coerência e conexão entre esses elementos é fundamental para uma compreensão maior (GEERTZ, 1973); ela também é múltipla, uma vez que existem vários níveis de manifestação cultural tanto racionais como não-racionais, que integram-se de maneira simbólica e/ou ideológica (MELLO E SOUZA, 2003); por último a cultura apresenta também variações entre os padrões organizacionais, ou seja, cada grupo apresenta um padrão cultural distinto sobre o qual não é possível impor uma postura teórica a priori que tente enquadrar esta variação (LEVINE *apud* MELLO E SOUZA, 2003). Com base nestas quatro características fundamentais da noção de cultura, analisaremos de que modo a cultura institucional se estabelece e através de quais mecanismos ela influencia na prática institucional e na formação dos alunos e residentes da maternidade.

O sistema de significados que formam a cultura trabalha no sentido de representar o mundo e nele quatro funções se fazem presentes em qualquer sistema cultural. São elas: a representativa, a construtiva, a diretiva e a evocativa (D'ANDRADE, 1984).

---

<sup>2</sup> Para um conhecimento mais aprofundado, recomenda-se a leitura de Laraia, R. (1986): *Cultura –Um conceito Antropológico*; Kroeber, A, Kluckhohn C.(1963) *Culture: A critical Review of Concepts and Definitions*; e Geertz C. (1973) *The interpretation of Cultures*.

Apesar de ser mais comum ouvirmos falar a respeito da cultura representativa<sup>3</sup>, as outras três também são fundamentais para a compreensão de como a cultura é estabelecida. A força representativa é a força que apresenta a cosmovisão do sistema. No caso da presente pesquisa, diz respeito a como o parto é visto e assimilado simbolicamente na cultura da instituição pesquisada. “A força diretiva das regras culturais que tem origem no desejo generalizado do indivíduo de conformar.” (MELLO E SOUZA, 2003). No que diz respeito à motivação e à prática, a força diretiva da cultura nos ajudará a compreender de que modo os alunos se inserem na instituição que, desde antes de sua chegada já possui valores específicos que são reconhecidos. Este sistema de valores é o que direciona a ação do aluno, de modo a torná-lo reconhecido e aceito. Já a força construtiva diz respeito ao momento em que um conceito ou um valor é sistematizado, ou seja, institucionalizado, ganha força de regra do ambiente. Conhecer a força construtiva será para nós importante para compreender como algumas práticas ganham certa regularidade no ambiente mais por meio da cultura do que por indicações médicas precisas. E por fim, a força evocativa, a qual está relacionada com as emoções, ideias, sentimentos e intenções que se ativam por meio de símbolos no sistema cultural, trata-se da relação de afeto que se estabelece aos estímulos que os indivíduos recebem (D’ANDRADE, 1984). Através destas quatro forças buscaremos compreender a cultura institucional da maternidade pesquisada.

Partiremos agora para a compreensão da construção sócio-histórica da noção atual do parto na cultura Ocidental como um todo, para podermos analisar o sistema cultura da maternidade pesquisada com base nos jogos de força entre a cultura dominante (hegemônica) e a cultura de resistência (contra-hegemônica).

## **2.2 – A modernização e a institucionalização do parto**

Para analisar as mudanças ocorridas na medicina nos últimos séculos –as quais propiciaram as alterações também na forma de pensar/vivenciar o parto –, tomamos como principal referência a análise de Michel Foucault acerca da modificação das

---

<sup>3</sup>Vide Spiro. M.E. (1961) *Social systems, personality, and functional analysis.*” In: Kaplan B. (Org) *Studying Personality Cross-Culturally.*

bases conceituais do saber no discurso médico com a instauração da medicina moderna no final do século XVIII e início do século XIX.

Discorreremos a respeito das mudanças que esta modernização do hospital desencadeou na sociedade e na política produzindo um novo modo de experienciar e conceber a noção de parto na contemporaneidade.

Com o início da modernidade, transformações significativas ocorreram na medicina e no hospital, as quais foram responsáveis pelo início da institucionalização do parto. Muitas transformações propiciaram o advento da Medicina Moderna, e a conjuntura socio-histórica da época nos permite compreender o que serviu de fio condutor para o nascimento da clínica, a institucionalização do parto e a produção de toda uma nova subjetividade com relação ao nascimento (FOUCAULT, 2001).

De acordo com Vieira (2002), o início da obstetrícia como especialidade médica ocorreu em meados do século XVII, na Europa. Ainda nesta época, havia uma diferença bem delimitada no que diz respeito ao trabalho das parteiras e dos obstetras. Enquanto as parteiras tinham a função de cuidar dos partos normais, os obstetras tratavam dos anormais. A própria etimologia da palavra *obstetra* já esclarece sua função inicial: do latim *obstetricum*, em que “*obs*” significa “estar diante de” e “*tetricum*” significa “tétrico, mórbido”. Assim, as parteiras realizavam os partos em que nenhuma complicação grave acontecesse, e, no caso destas ocorrências, os obstetras eram convocados, sendo suas interferências em grande parte, ações destrutivas, geralmente resultando no retalhamento do feto para que fosse possível sua extração do corpo da mãe (CHAZAN, 2007).

A entrada dos médicos no cenário do parto inaugurou o esquadrinha do corpo feminino e a produção de um saber científico, em termos anatômicos e fisiológicos do corpo da mulher (BRENES, 1991). É a partir desse momento também que na sociedade ocidental, parto e medicina passam a escrever suas histórias em conjunto (DINIZ, 1997).

Os cirurgiões-barbeiros (como eram conhecidos os obstetras na época) começaram a se organizar em confrarias, com o propósito de adquirir direito corporativo exclusivo dos instrumentos cirúrgicos para o parto (VIEIRA, 2002). Este acontecimento,

juntamente com a criação do fórceps e com a obra de Heriqui Deventer, o *Novum Lumen Obstetricantibus*, publicada em 1701, inaugurou o período moderno da obstetrícia, a era da obstetrícia científica. (DINIZ, 1997),

O parto começa, a partir de então, a ser visto como evento científico, e suas dores e riscos se afastam das associações religiosas relacionadas à culpa e a expiação e se aproximam de uma associação a um evento “fisiologicamente patogênico”(ROTHMAN, 1993). Neste contexto, a mulher deixa de ser culpada e passa a ser a vítima do processo, e a obstetrícia cirúrgica masculina ganha status de superioridade sobre o ofício feminino de partejar (DINIZ, 2005).

Assim foi iniciado o modelo de parto tutelado pela cirurgia, desenvolvido sob a ótica de valorização dos elementos fisiopatológicos da assistência ao parto e de minimização com a preocupação dos aspectos psíquicos e culturais que envolvem o nascimento. O novo enfoque acarretou modificações no atendimento ao parto. A gestação e o parto, antes entendidos como fenômenos naturais e fisiológicos, começam a se tornar objetos de intervenção e medicalização (OLIVEIRA et al. 2002).

No entanto, a passagem do parto domiciliar ao hospitalar não ocorreu sem dilemas e contradições. Segundo Kitzinger (1978), o fórceps foi criado pelo Doutor Peter Chamberlein em 1616, momento em que as corporações de médicos já tinham o monopólio sobre os instrumentos de parto. As parteiras, deste modo, impedidas de utilizar o fórceps num parto com complicações, se viam obrigadas a convocar os obstetras que, apesar de serem legitimados para a utilização do instrumento, muitas vezes não eram capazes de auxiliá-las por falta de conhecimento e experiência.

(...) Peter Chamberlein (...) viu-se sujeito a críticas por só fazer partos cirúrgicos, utilizando instrumentos e extraordinária violência nas ocasiões mais desesperadas e por não saber nada de parto natural, o que, aliás, seria inteiramente verdadeiro. (KITZINGER, 1978)

Diante desta situação, muitas situações contraditórias ocorriam, pois se por um lado só os obstetras eram autorizados a utilizar os instrumentos, por outro lado, só as parteiras sabiam como fazer (VIEIRA, 2002).

Uma das principais dificuldades para a aceitação do modelo de parto hospitalar estava ligada ao grande número de óbitos causados pela infecção puerperal, que naquela época, configurava uma verdadeira epidemia (VIEIRA, 2002). Foi de fato, apenas com a instauração da Medicina Moderna que o parto hospitalar começou a ser mais bem visto pela sociedade. Foucault, em *O Nascimento da Clínica* (2001), apresenta as transformações ocorridas nas práticas sociais no final do século XVIII, mais especificamente nas pesquisas sobre o corpo, que trouxeram uma reorganização epistemológica radical da noção de doença (FOUCAULT, 2001).

O que marcou determinantemente o nascimento da Medicina Moderna foram os estudos iniciados por Bichat, o qual inaugurou a anatomia patológica. Esta permitiu um estudo minucioso do corpo através da visão, fundando uma objetividade científica, na qual o objeto do saber passa a se apresentar acessível aos olhos e ao uso da racionalidade médica. Na medicina das espécies, anterior à medicina moderna, a preocupação maior era em classificar as doenças de maneira detalhada e minuciosa. A intervenção médica sobre a doença era realizada após o desenvolvimento da doença, para que se houvesse clareza sobre qual doença se tratava. Nessa época, a intervenção precoce ou a prevenção ainda não eram centrais para a medicina. O surgimento da autópsia permitiu mudanças significativas no discurso científico. Com a dessacralização do corpo e a abertura do mesmo para os estudos, começa-se a estabelecer uma localização da doença no corpo por meio da visibilidade, garantindo assim uma maior precisão e objetividade para a medicina. A partir de então, a doença passa a ser objeto de intervenção médica, e uma reorganização das bases conceituais e semânticas do discurso médico é estabelecida através da aproximação entre o visível e o enunciável (FOUCAULT, 2001).

A reorganização do ambiente hospitalar redefiniu a condição do doente na sociedade, situando-o em um lugar coletivo e homogêneo. Esta modificação, acompanhada da modificação do discurso científico, foram os dois motivos fundamentais para o advento da Medicina Moderna. O médico agora não apenas diz o que ele vê na doença, mas comprova o que diz ver fazendo ver no corpo. O ato de descrever ganha então um caráter de desvelamento e manifestação da verdade. Assim que a medicina se afasta da metafísica e encontra seu espaço na positividade, tanto a

doença quanto o nascimento e a morte passam a ser ordenados e regulados medicamente. Com esta modificação, paulatinamente o espaço reservado à religião e ao misticismo das parteiras foi sendo dominado pela objetividade e pela racionalidade médica. E o hospital ascendendo como um lugar de acúmulo de saber e de evolução técnico-científica (FOUCAULT, 2001).

Este novo modelo de medicina permitiu enfim que o maior obstáculo para o parto hospitalar fosse superado: a infecção puerperal. A doença ainda resistiu de forma marcante durante todo o século XIX até que a medicina foi de fato capaz de combatê-la eficazmente para atingir o êxito da prática obstétrica institucional. A dificuldade no tratamento se dava pelo fato de não se saber a causa da infecção, no entanto muitas teorias reafirmavam seu caráter epidêmico. Alguns autores apontam que, em 1839, alguns médicos já consideravam que se tratava de um contágio, e para isso alertavam a necessidade de medidas de higiene, como, por exemplo, lavar as mãos e trocar de avental, principalmente nos casos em que atividade anterior do médico tivesse sido uma autópsia. Acreditava-se que o contágio tinha como causa o mau cheiro deixado pela autópsia na mão dos médicos (SOARES, 1962 *apud* VIEIRA, 2002). Em 1847, Smmelweiss realizou um experimento no qual injetou líquidos cadavéricos em coelhos e observou que os animais desenvolveram as mesmas lesões características da febre puerperal, confirmadas em estudos anatomopatológicos. Smmelweiss começa então a defender a ideia de que esta infecção está relacionada à contaminação de corpos vivos com material cadavérico e, como medida de prevenção, na sua clínica passa-se a utilizar uma solução de cloreto de cal para a desinfecção das mãos dos médicos. Esse procedimento reduziu os índices de infecção da instituição (VIEIRA, 2002).

Na década de 1860, diversos pesquisadores já começavam a supor o caráter bacteriano da infecção puerperal. Entretanto, foi Louis Pasteur que confirmou definitivamente esta suposição. Examinando o sangue de mulheres que apresentavam a doença, Pasteur cultivou o agente infeccioso e traçou seus caracteres, para em seguida injetá-los em animais. O resultado foi que os animais desenvolveram as mesmas lesões anatomopatológicas que as mulheres com a infecção sofriam. Com essa descoberta, a partir de 1880, as salas cirúrgicas se tornam ambientes assépticos, diminuindo significativamente o número de óbitos. A bacteriologia foi fundamental para

o progresso da medicina moderna e para a melhor aceitação do ambiente hospitalar pela população. O uso de anestésicos também foi um avanço da época que contribuiu para o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e a diminuição da mortalidade (VIEIRA, 2002). Deste modo, com o surgimento desse novo modelo hospitalar e com a infecção puerperal sob controle, o parto enfim começa a ganhar espaço dentro das instituições médicas e a se firmar como o modo padrão de assistência nas grandes áreas urbanas. A partir da metade do século XX, o parto hospitalar já havia se instalado em diversos países, mesmo sem ter havido previamente evidências científicas de que este modelo fosse melhor do que o parto nas casas de parto ou o domiciliar (DINIZ, 2005). O parto hospitalar conseqüentemente provocou um aumento de vigilância e controle sobre todo o processo de gestação e parturição. Fenômeno ao qual Foucault (2002) deu o nome de biopoder.

### **2.2.1 –As particularidades da assistência ao parto no Brasil**

As transformações ocorridas na assistência obstétrica no Brasil nos permitem entender de que modo o quesito relacional da assistência (anteriormente realizado pelas parteiras) foi gradualmente perdendo seu valor com a entrada do médico no papel da parturição. Através da história fica explícita a origem de dois graves problemas que o país vivencia hoje com relação ao parto: o primeiro lugar no ranking mundial de cesáreas (UNICEF, 2013) e uma excessiva taxa de mortalidade materna chamada pela OMS de epidemia silenciosa, a qual o Ministério da Saúde tem feito grandes esforços para sanar.

No Brasil, o atendimento ao parto realizado predominantemente por parteiras resistiu até meados do século XX. De acordo com o histórico traçado por Maria Lucia Mott (2004), no início do século XIX o Brasil contava com diferentes tipos de parteiras, entre elas, as leigas (tradicionais) e as com formação acadêmica. Os primeiros cursos para a formação de parteiras criados no Brasil aconteceram no ano de 1832, anexos às faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. A formação das parteiras era feita por médicos e, apesar disso, eram elas que tinham lugar de destaque no atendimento ao parto normal na época. As parteiras eram autônomas, trabalhando

como profissionais liberais. Grande parte das parteiras eram estrangeiras e faziam o atendimento das camadas mais altas da sociedade.

Entre a década de 20 e 30, instituiu-se por iniciativa pública, um serviço domiciliar ao parto no Rio de Janeiro. Este serviço dispunha de consultório de higiene pré-natal, enfermagem em domicílio, serviço de fiscalização, instrução e auxílio de parteiras leigas, as quais eram credenciadas ao serviço da localidade. As parteiras leigas eram as que predominavam na assistência ao parto na época –para cada parteira diplomada, tínhamos a proporção de 216 parteiras leigas. Para a parturiente carente, o serviço dispunha de material para o parto e enxoval para o recém-nascido (MOTT, 2004).

Nos anos 20, grande parte dos partos começou a ser realizado por médicos nos domicílios das parturientes e o processo era longo, respeitando a variação de tempo de trabalho de parto de cada mulher. O parto hospitalar não era visto como uma necessidade e muitos profissionais consideravam a internação um exagero. Até o final da década de 30, o parto hospitalar seguiu como evento raro e mal visto pelas mulheres no Brasil. Quando aconselhada a internação, a mulher sentia-se humilhada e ofendida. A partir da década de 30 é que a recomendação da ocorrência do parto no hospital começa a aparecer nos livros médicos.

As parteiras leigas ou diplomadas, em geral, possuíam grande experiência profissional, estavam capacitadas para resolver com sucesso a maioria dos partos inclusive os hoje considerados difíceis ou tidos como “anormais” e, nos quais, a indicação seria de cesariana (feto em posições pélvicas ou transversal, com o cordão em volta do pescoço, entre outros). Muitas parteiras jamais passaram pela experiência de morte com suas parturientes (...) Apenas em partos muito complicados, quando a vida da mãe corria risco eminente, recorria-se a um cirurgião que também atendia no domicílio. Dar à luz fora de casa, em hospitais, era uma situação anormal. Poucos núcleos urbanos possuíam esses estabelecimentos. Em geral, eram considerados lugares de morte, sendo procurados apenas em casos extremos, pelas pessoas que não tinham mais a quem recorrer. As acomodações eram precárias, as infecções e mortes, frequentes e nem sempre tinham leitos disponíveis. (MOTT, 2004)

As parteiras, além de atenderem em domicílio possuíam também clínicas nas maiores cidades do Império, ou dispunham de suas próprias casas para o atendimento às gestantes. Neste ambiente, em geral, o atendimento era para as mulheres escravas, negras livres e/ou mulheres que tinham alguma impossibilidade de dar a luz em suas próprias casas, como moradoras de cidades no interior, mulheres viúvas ou mães

solteiras. Grande parte da comunidade médica se opunha a esse serviço afirmando que em tais organizações eram atendidas mulheres de máfama, e que se praticavam abortos. Com isso, mesmo esses serviços tendo grande relevância social por prestar socorro a muitas mulheres desamparadas, no início do século XX estes estabelecimentos foram proibidos por lei de funcionar.

No fim da década de 40, houve um aumento da pressão por parte dos médicos para a primazia do parto hospitalar e, com isso, um crescente número de leitos reservados às mulheres pagantes se instalou nos hospitais, dificultando o atendimento para as camadas mais pobres. Concomitantemente, as parteiras foram perdendo a autonomia que tinham com relação ao parto normal e tornando-se auxiliares dos médicos nos partos, ou mesmo tendo sua profissão desqualificada, tornando-se responsáveis apenas pelo parto das mulheres mais pobres. No entanto, até os anos 50 ainda eram as parteiras que dominavam o atendimento ao parto. A grande maioria das mulheres podia contar com esse tipo de auxílio, mas as que moravam distante, por falta de transporte ou recursos, acabavam sozinhas no momento do parto ou contando apenas com ajuda de seus maridos (MOTT, 2004).

Em 1958, foi criado em São Paulo, pelo Departamento Estadual da Criança (Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social/SP), o Serviço Obstétrico Domiciliar (SOD). Este tinha por finalidade o atendimento ao parto normal, assistência à mulher no pós-parto e ao recém-nascido no domicílio da parturiente.

O SOD foi baseado na experiência de uma instituição filantrópica que funcionou de 1953 a 1957, em São Paulo. O atendimento nesta instituição era realizado por quatro parteiras holandesas e uma assistente social. No ano de 1957, a verba da entidade terminou e o serviço, por falta de financiamento, fechou as portas. Durante seus 42 meses de funcionamento, foram realizados 900 partos sem que ocorresse nenhum óbito e uma transferência para o hospital de 3,19% (MOTT, 2004).

Em 1958, durante o governo de Jânio Quadros, houve a proposta da implantação do SOD em todo o estado de São Paulo, pois o serviço prestado pelo governo nessa área era considerado de má qualidade e com alta taxa de mortalidade. A verba para a manutenção de leitos gratuitos em hospitais e em maternidades era muito maior do que

a verba que seria necessária para a manutenção do SOD, que tinha vínculo com o Serviço Estadual da Criança.

A instalação do SOD se iniciou na capital e em seguida foi expandida para cidades do interior nos anos 50 e 60. Houve em seguida a proposta da implantação do serviço em âmbito nacional. O SOD enquadrava-se nos seguintes moldes: era sediado num posto de saúde, tendo um ambulatório em anexo ligado a hospitais, maternidades e santas casas com suporte de ambulâncias à disposição. A equipe era composta de médico (responsável pelo diagnóstico pré-natal), parteiras formadas, técnicos auxiliares, motoristas e uma assistente social encarregada das visitas domiciliares e da educação sanitária das parturientes.

Com a renúncia do presidente Jânio Quadros em agosto de 1961, o projeto não foi concluído, o serviço permaneceu apenas no estado de São Paulo e, com o tempo, foi perdendo recursos e se tornando precário, até sua extinção em 1969. De acordo com o Secretário de Saúde da época, o serviço era caro e faltava atendimento, sendo considerado o serviço da maternidade melhor. No entanto, durante os dez anos de atendimento do SOD, os dados comprovam o contrário (LUZES, 2007).

A unificação dos Institutos de Previdência e a criação do Fundo de Assistência Social (FAS) pelo Governo Federal no final da década de 60 propiciaram, através de recursos financeiros subsidiados, a construção e a expansão da rede hospitalar tanto pública quanto privada. Este processo associado à extinção dos serviços de assistência médica em domicílio resultou em uma acelerada institucionalização do parto em São Paulo (TANAKA, 1995). Deste modo, com o surgimento e aperfeiçoamento de novas tecnologias para o parto e a criação de hospitais para o exercício de tais avanços tecnológicos (somado a ausência de serviços que até então davam apoio ao atendimento domiciliar), começou a se criar, entre a população, a *necessidade* do parto institucional.

O Brasil, seguindo a política de Saúde internacional, começa então a preconizar o parto institucional. Em 1975, na 5ª Conferência Nacional de Saúde, foi promulgado o Programa de Saúde Materno-Infantil, elaborado pelo Ministério da Saúde. O argumento era que o parto hospitalar era mais seguro e que a mortalidade materna e perinatal era

muito menor nesta instituição.No entanto, a incorporação do parto no ambiente hospitalar não foi acompanhada no Brasil de uma política de saúde que facilitasse a absorção da demanda, assim como também não foi acompanhada de diretrizes com foco de integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde para fazer frente neste processo que se iniciava (TANAKA, 1995).

Deste modo, na década de 70 e 80, as mulheres com direito ao atendimento através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) tiravam um guia no final da gestação que garantia que elas seriam assistidas em algum hospital credenciado. Já as mulheres que não tinham direito ao atendimento na rede do INAMPS e não tinham recursos para pagar o parto, recorriam a hospitais filantrópicos. Aqui temos uma situação paradoxal, pois ao mesmo tempo em que se criou a necessidade do parto hospitalar, o sistema público de saúde não foi capaz de absorver na rede toda a demanda de mulheres, recorrendo-se então à rede conveniada em busca de vagas de internação para o parto.

Foram implantadas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), que autorizavam a internação de pacientes com o pagamento à rede conveniada feito pelo governo. Os valores eram pagos de acordo com os procedimentos. Essa situação gerou um aumento significativo de procedimentos para que o pagamento ao atendimento fosse mais rentável e os procedimentos que tinham valores de pagamento reduzidos, como o caso do parto normal, deixaram de ser economicamente lucrativos, refletindo na acessibilidade ao serviço. Em 1972, o último curso de formação de parteiras ainda existentes no Brasil foi fechado em São Paulo, encerrando um ciclo 150 anos de funcionamento (MOTT, 2004). Em 1973, foi elaborado em São Paulo um relatório com as Diretrizes Gerais para a Política Estadual de Promoção e Recuperação da Saúde Materno-Infantil. Neste relatório, informava-se que apesar do aumento dos partos atendidos no hospital com a criação do INAMPS, esse crescimento não trouxe as vantagens esperadas, pois teve como resultado o aumento da incidência operatória (algumas instituições nessa época já atingiam em média 50% a 80% de cesarianas) além do aumento no índice de morte materna (MOTT, 2004).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 deveria

propiciar o acesso universal ao parto hospitalar. No entanto, apesar do direito assegurado constitucionalmente, permaneceram as dificuldades de internação das parturientes nos hospitais tanto públicos como filantrópicos ou conveniados. Dois fatores explicam essa situação: o primeiro diz respeito à forma de pagamento (não era atraente financeiramente para as redes conveniadas ou filantrópicas) e o segundo tem relação com a maior demanda observada no setor público (que passou a ser referência para o setor privado de casos considerados “não rentáveis”, agravando a falta permanente de leitos públicos). A mudança na forma de pagamento do parto normal só mudou em 1998, após muitas críticas ao sistema vigente, como veremos em detalhes a seguir.

Esta crise no financiamento do setor da saúde propiciou uma desestabilização na atenção ao parto. Os serviços começaram a seguir a lógica da produção e da produtividade, e a qualidade da assistência declinou. Para Tanaka (1995), o paciente permaneceu não sendo atendido em suas necessidades, mas tomado como um “número” a mais a ser faturado (TANAKA, 1995).

Numa situação de superlotação dos serviços, as mulheres peregrinavam de um hospital ao outro muitas vezes em trabalho de parto, o que gerava muitas mortes. Em números, um estudo das mortes de mulheres na região sul do estado de São Paulo, em 1995, revelou que das 52 mortes maternas que tiveram como causa as complicações próprias da gestação, 55,1% passaram por dois ou mais hospitais em busca de atendimento, 10,2% não se tem informação se passaram por mais de um, e somente 34,7% foram internadas prontamente (TANAKA, 1995).

O trabalho de parto e o período expulsivo são os momentos que carecem de maior atenção no ciclo gravídico-puerperal, e justo nesta situação é que muitas mulheres se encontravam tendo que buscar atendimento em mais de uma instituição sem sucesso, muitas vezes até a morte. O setor público nunca possuiu o número de leitos suficientes para atender à maternidade. Estes serviços eram complementados com o setor privado. Com o pagamento sendo feito por procedimento e o valor do parto muito inferior aos gastos necessários para uma assistência adequada, o que aconteceu foi que os serviços conveniados ao SUS começaram a desqualificar a assistência, aumentando os

procedimentos cirúrgicos, estes mais rentáveis. Ainda nesse raciocínio, para o hospital não seria conveniente ter pacientes que pudessem ter complicações, pois estes demandam internação mais longa, ocupando por mais tempo o leito hospitalar. De acordo com essa lógica, Tanaka destaca como uma das principais causas de morte materna no Brasil o sucateamento do serviço público. Pois se uma mulher chega em trabalho de parto e com alguma complicação, é melhor para o hospital que ela siga para outro hospital, pois ali não teriam condições de internar. Já se a mulher chega em trabalho de parto, sem complicações, mas não está num estágio avançado de dilatação, é mais favorável para o hospital que este parto vire uma cesárea pois o tempo de ocupação do leito será menor. No entanto, é importante alertar que a incidência de morte materna na cesárea, em comparação com o parto normal, é 3,5 vezes maior (SUS, 2009).

A mortalidade materna no Brasil é um problema grave de saúde pública, que só começa a receber mais atenção com a política de humanização (que será vista em detalhes abaixo), por isso, dedicaremos mais atenção à temática pela ótica da biopolítica para a melhor compreensão das nuances e jogos de força presentes na questão.

### **2.3 – Da política à biopolítica**

Analisaremos os jogos de força envolvidos nos mecanismos de poder do médico sobre os ciclos da vida dos pacientes para melhor compreendermos de que modo o parto foi capturado como um evento estritamente médico na sociedade atual, sendo naturalizado como um evento altamente instrumentalizado e medicalizado.

Com a modernidade e a industrialização, grande parte dos países deixou de ser regida pela monarquia, tornando-se democracias, na qual o poder estatal regula o comportamento dos indivíduos. Com esta mudança temos o surgimento do que Foucault chamou de biopolítica, a qual, de modo simplificado, pode ser compreendida como o controle exercido de modo indireto pelo Estado sobre os corpos e comportamentos dos indivíduos. O parto institucional, fazendo parte da ciência médica se torna alvo desta política e tem sua base de funcionamento calcada nas noções de

“norma” e de saúde servindo como mecanismos de controle e regulação dos corpos, como veremos ao longo desta seção. Por este motivo será realizada uma explanação detalhada a respeito da criação da biopolítica:

Por biopolítica entendemos o surgimento de uma tecnologia regulamentadora da vida, o biopoder. Enquanto na teoria clássica da soberania, o soberano tinha o direito sobre a vida e a morte dos seus súditos, ou seja, o poder de “fazer morrer ou deixar viver” (FOUCAULT, 1999), com o advento da modernidade, começa a se constituir a noção de população e o poder de “fazer viver ou deixar morrer”. O indivíduo, a princípio, não é alvo do poder; apenas a partir da decadência do poder do soberano –que se tornou incapaz de organizar de maneira eficaz o corpo econômico e político numa época de aumento populacional e de industrialização –que emergiu esta nova tecnologia de poder, que começa a surgir a partir da segunda metade do século XVIII. Esta nova tecnologia, o biopoder –diferentemente do poder sobre o corpo individual –se dirige aos homens e atinge massas populacionais, intervindo sobre problemas da ordem da natalidade, reprodução, longevidade, mortalidade, com o objetivo de tratar as incapacidades biológicas e seus efeitos. A partir daí a biopolítica extrai seu saber e define seu campo de intervenção.

A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como um problema biológico e como problema de poder. (FOUCAULT, 1999)

Deste modo, a sociedade moderna se apresenta como “sociedade da norma”. Nela prevalecem os controles reguladores responsáveis por instituir a coesão social. Instaura-se sobre o homem, com auxílio da tecnologia do biopoder, um poder contínuo, científico, de “fazer viver”. Como foi dito, o biopoder funciona no sentido contrário da soberania, ou seja, ele é responsável pelo “fazer viver ou deixar morrer” e, mais que isso, o biopoder instaura “o direito de intervir para fazer viver, e na maneira de viver” (FOUCAULT, 2002). Assim, o principal foco do biopoder é a gestão da vida e de seus ciclos através de mecanismos contínuos de regulação e correção, que Foucault denominou regulamentação da vida.

De acordo com Foucault, dentro da biopolítica, norma não é aquilo que se entende

quando falamos em legislação, mas trata-se sim de um conceito que passa pelo julgamento social sobre aquilo que é entendido como normal, uma referência de medida, que o indivíduo utiliza para autorregular suas atitudes diante das questões que são trazidas em consideração a respeito de sua própria vida.

Neste contexto, o parto institucionalizado se desenvolve e com ele a medicalização do corpo feminino. A medicalização confunde-se aqui com a própria história da sociabilidade moderna: pois não só vai alterar a relação entre o visível e o invisível, como já foi visto, como também vai, através do corpo e seu esquadramento positivador, atingir o próprio sujeito. A experiência médica, pronunciando sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica, situa a formação de sujeitos e seu autorreconhecimento no centro das questões sociais. Dito de outra forma, o biopoder estabelece a criação de uma subjetividade calcada na normatividade. Normatividade esta, estabelecida pela medicina que começa, a partir da modernidade, a abranger cada vez mais aspectos da vida humana, dentre eles o nascimento (FOUCAULT, 2001). A medicina moderna instaura assim, uma nova ordem e inaugura uma nova lógica de produção de subjetividades medicamente organizadas. O discurso médico estabelece uma ordem ampliada, que estende seus domínios a diversos campos da vida, e até mesmo da morte. O modo de ser do homem no mundo passa a ser organizado a partir de então pela ótica da medicina. A ordem médica se presentifica, assim, em todos os espaços da vida, e se constitui como um discurso a respeito do homem (CLAVREUL, 1987). Dentro deste contexto, estabelece-se a criação de um sujeito aparentemente livre. Liberdade aparente, pelo fato de que, apesar do sujeito ter seu direito de escolha, suas escolhas são fortemente influenciadas por uma ordem de subjetividade regida pela ciência e pela medicina, que informa comportamentos adequados socialmente dentro da cultura insurgente.

Deste modo, o parto capturado como um ato médico passa a ter todas as suas etapas reguladas medicamente. E aquilo que constitui a norma, dentro do julgamento social, é uma crença de que as intervenções médicas sobre o parto são sempre benéficas e desejáveis e quanto mais tecnológico, mais protegido está o nascimento. O hospital é visto como ambiente no qual o nascimento encontra-se melhor regulado, controlado e seguro. Como principais fatores para o fortalecimento desta concepção,

evidenciamos a força do discurso científico/biomédico. A medicina moderna, consolidada por meio desta racionalidade científica e do biopoder, se constitui como um discurso sobre esta nova visão de homem insurgente. Segundo Clavreul (1987), a medicina é o reflexo que a sociedade pretende apresentar de si própria. Neste sentido, o que é dado como norma na medicina de uma época é um excelente instrumento para a análise das subjetividades desta época.

Deste modo é que o saber médico se estabeleceu como um discurso fundamentalmente normatizador, na medida em que classifica comportamentos e normatiza condutas que devem ou não ser adotadas pelos indivíduos para que os mesmos possam se adaptar a um certo padrão de normalidade. Importante destacar que é justamente através da instituição de padrões de normalidade que a medicina garante sua efetividade e sua homogeneidade, que são, por sua vez, responsáveis por gerar o ordenamento social. Através deste caráter regulador, a medicina se utiliza de um discurso que:

(...) opera através de pequenas fórmulas, com imperativos afirmativos e categóricos, tendo como objetivo exercer pressão, modular gestos, inventar necessidades e abolir outras, atrair e desviar vontades (CLAVREUL, 1987).

O corpo passa a ser entendido desta maneira como uma máquina que pode ser analisada através de suas peças, e a doença significa nada mais do que o mau funcionamento dos mecanismos biológicos. A intervenção sobre o corpo objetiva assim o restabelecimento do bom funcionamento destes mecanismos. (CLAVREUL, 1987) Na tentativa de se manter o bom funcionamento dos mecanismos do parto, desenvolveu-se uma ampla classificação das distócias (do grego, parto disfuncional, anômalo), que compreendem as complicações e os acidentes do parto (REZENDE, 1974). Com inspiração nas ciências naturais e fazendo evidente analogia às leis da mecânica, as distócias foram definidas em três tipos: de *trajeto*, de *motor* e de *objeto*. O trajeto corresponderia ao percurso que o bebê atravessa no corpo da mulher no parto; o motor seria o útero propriamente, o órgão responsável pelo funcionamento normal do parto, e por último; o objeto ou produto, que seria o feto (REZENDE, 1974).

Assim, podemos dizer que a modernidade trouxe consigo, não apenas transformações na política (na qual a monarquia perde espaço para a democracia),

como também na economia (através da industrialização) e na ciência (através da descoberta da anatomopatologia e do controle positivador sobre corpo humano). As transformações nestas três instâncias significativas da vida em sociedade conseqüentemente produziram um novo olhar sobre a saúde que da cultura hegemônica da medicina atual, da qual faz parte a obstetrícia.

### **2.3.1 –Mortalidade materna no Brasil: A epidemia silenciosa sob a ótica da biopolítica**

Giorgio Agamben (2010), inspirado na obra de Michel Foucault (assim como também no trabalho de Hannah Arendt (1964) sobre a banalidade do mal), dedicou-se a compreender os desdobramentos da biopolítica na sociedade contemporânea posteriormente ao horror das Guerras Mundiais (momento em que o Estado de Exceção, estabelecido pela guerra, permitia que muitas vidas fossem perdidas para a manutenção da ordem vigente). Para Agamben, os mecanismos de poder exerceram tamanho controle sobre a vida natural do homem que as idiossincrasias e particularidades que singularizam a própria condição humana foram progressivamente sendo reduzidas, restringindo a vida humana a seu aspecto puramente biológico. A essa redução das dimensões humanas, ele nomeou “vida nua”.

A restrição da vida humana a seu caráter puramente biológico tem sido dominante na condução da saúde da população na atualidade, a ponto de a medicina, por meio de seus imperativos categóricos e seu discurso dominante, decidir a vida que tem e a vida que não tem valor. Para ele, a sociedade contemporânea vive como se estivesse em um Estado de Sítio permanente. Esta situação faz com que a dimensão biológica da vida (*vida nua*) seja capturada pela política, tornando-se “sujeito-objeto estatal” de modo a permitir que a biopolítica vá até suas últimas conseqüências<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Um exemplo da fusão do poder soberano com o poder biomédico aconteceu nos campos de concentração nazista, os quais são a representatividade máxima da *vida nua*. Na Segunda Guerra Mundial e no holocausto, a civilização presenciou o nascimento desta “vida sem valor” (Agamben, 2010). Hannah Arendt (2013), sobre este tema, afirma que a conduta de extermínio dos alemães tratada como tarefa de caráter burocrático e rotineira do Estado Nazista caracteriza o que a autora chamou de banalidade do mal, na qual o cumprimento do dever é superior à empatia e compaixão pela vida de outro ser humano. O eugenismo nazista legitimou a realização de experimentos científicos feitos em seres humanos dentro dos campos de concentração, em que pesquisadores, médicos e cientistas participavam em nome de uma “raça perfeita”. Este período histórico demarca a junção entre a medicina e a política,

No século XX observou-se um crescente entusiasmo com relação às possibilidades do desenvolvimento industrial que atingiu todos os setores da atividade humana. O componente técnico passou a ser privilegiado em lugar do cuidado, e uma racionalidade mecânica, industrial, focada na produtividade, foi aplicada também no âmbito da saúde através de uma analogia do corpo humano como uma máquina. O corpo humano passa a ser tomado então, como uma unidade humana cuja existência tem fins produtivos que podem ter seus potenciais mensurados e otimizados (RATTNER, 2009).

É neste contexto da medicina atual do Brasil e do mundo que consideramos importantes os apontamentos colocados por Agamben, nos quais a “vida nua” aparece em prol do desenvolvimento econômico e técnico-científico. Foucault (2001) exemplifica bem esta questão em seu livro “*O nascimento da clínica*”, quando, citando Demangeon, apresenta o modo de funcionamento da clínica de partos de Copenhague. No relato, o autor explicita como a biopolítica com o passar do tempo foi trazendo também ao hospital uma visão mercantilista e moralista, na qual o indivíduo pobre ou mal visto socialmente –como as mulheres desquitadas –“paga”com seu corpo para que os médicos possam, através dele, aprender a salvar a vida dos ricos.

Contra todas as objeções de pudor ou discrição, que nela sóse recebem mulheres não casadas ou que se anunciam como tais. Parece que não se poderia imaginar nada melhor, pois éa classe das mulheres cujos sentimentos de pudor são reputados como menos delicados. Assim essa classe moralmente desarmada, e socialmente tão perigosa, poderáservir para maior utilidade das famílias honradas, a moral encontrarásua recompensa no que a escarnece, pois as mulheres, não estando em condições de exercer beneficência, contribuem pelo menos para formar bons médicos e pagam a seus benfeitores com usura (FOUCAULT, 2001).

Nesse trecho fica evidente aquilo que Agamben chama de “vida nua”, a vida sem valor, a qual, tendo sido excluída da política, foi, ao mesmo tempo, incluída e capturada através dessa exclusão para servir àpolis. Essa forma de exclusão, que ao mesmo tempo inclui, atinge seu ápice na biopolítica moderna, analisada por Michel Foucault,

---

associadas atéhoje, que são a marca da biopolítica moderna. Nele, médico e o soberano confundem seus papéis na decisão sobre a vida nua, produzindo um sujeito meramente biológico, do qual os avanços da própria medicina vai depender e se beneficiar. Neste sentido éque o saber da medicina científica écapaz de tomar poder sobre a vida e exercer uma biopolítica que corre o risco de, através de seus imperativos categóricos, tornar-se totalitária (Agamben, 2010).

em que o cuidado e a decisão sobre o indivíduo enquanto simples corpo vivente (vida nua) se tornaram aquilo que estão em jogo nas estratégias políticas. (AGAMBEN, 2010).

Resulta daí uma espécie de animalização do homem posta em prática através das mais sofisticadas técnicas políticas. Surgem então na história seja o difundir-se das possibilidades das ciências humanas e sociais, seja a simultânea possibilidade de proteger a vida e de autorizar seu holocausto. (FOUCAULT, 1994).

Os indicadores de saúde materna são muito sensíveis às desigualdades sociais. Assim, as diferenças de classe social, gênero, raça/etnia estão estritamente relacionadas com determinantes sociais de saúde. A maioria das morbidades maternas severas, assim como as mortes, está relacionada a causas consideradas evitáveis, como, por exemplo, a hipertensão, hemorragia, infecções ou complicações de abortamento. Esta situação evidencia que se o acesso a uma assistência à saúde humanizada e de qualidade fosse oferecido a todas as brasileiras, muitas mortes por questões reprodutivas seriam evitadas (XAVIER et al, 2013). Segundo levantamento feito pelo Ministério da Saúde, mais de 90% destas mortes poderiam ser evitadas (RATTNER, 2009).

A problemática da mortalidade materna torna-se ainda mais grave quando se trata de mulheres das camadas econômicas mais baixas da população, apresentando-se como um claro reflexo da reprodução da desigualdade/discriminação de gênero, social e racial do país. Dentre as mulheres grávidas, as que mais morrem são negras no Brasil (OLIVEIRA, et al, 2014). Os riscos que as mulheres sofrem durante o trabalho de parto e parto podem ser maiores ou menores dependendo do grau de suporte ou opressão a qual esta mulher está sujeita na sociedade – e são uma expressão bastante clara das desigualdades de gênero, social, racial e das violências estruturais contra a mulher. A mortalidade materna de uma sociedade pode, assim, indicar o grau de desenvolvimento da mesma (SOUZA, PILEGGI-CASTRO, 2014).

A *Epidemia Silenciosa* no Brasil, principalmente das mulheres de classes mais baixas e negras, associada à ausência de políticas públicas efetivas para a redução dessas mortes, pode ser entendida como a “vida nua” (AGAMBEN, 2010), uma vida que parece não ter valor, cuja morte não é vista ou reconhecida como um problema. Trata-se de uma epidemia silenciosa, pois mesmo sendo um problema grave de saúde pública, pouco se fala ou se sabe sobre o assunto (OMS, 1996).

Esta noção nos ajudará a compreender a assistência prestada às mulheres na maternidade pesquisada. Tratando-se de uma maternidade de ensino, é inegável que o corpo da mulher é utilizado como objeto de transmissão de conhecimento para os alunos. Interessa-nos saber de que modo, na maternidade pesquisada, as mulheres são tratadas; se elas têm direitos e desejos ouvidos e se sua condição social, econômica e étnica influencia a assistência prestada; se os riscos de vida que correm aparecem associados às questões supracitadas.

Tanaka (1995), em seu livro *“Maternidade: dilema entre nascimento e morte”*, analisa o problema da moralidade materna e ressalta que, se por um lado, o aumento de cesárea não gerou benefício para a mãe e para o bebê, por outro lado, tem proporcionado uma receita maior para as instituições e os profissionais. Com a institucionalização do parto e o aumento progressivo da demanda pela cesariana, a atenção à saúde no Brasil se tornou um modo de produzir riqueza, na medida em que também ela se tornou um “objeto” de consumo (RATTNER, 2009).

Assim, independentemente da saúde das mulheres, a economia ao menos se garante. Nas classes médias e altas, com ajuda da velocidade e da alta tecnologia da cesariana, os lucros são infinitamente superiores ao parto normal. Os planos de saúde criam resistência para o financiamento dos partos normais e a cesárea se estabelece em quase 100% dos nascimentos no setor particular, demonstrando, mais uma vez, que a vida da mulher, suas escolhas, direitos e idiosincrasias estão reduzidas à sua vida biológica, a qual, moldada pelo discurso médico, serve antes à ciência e à economia do país do que a sua própria saúde e bem-estar físico e emocional. Assim é que a cesárea ganha mais e mais espaço mesmo sendo um procedimento, que quando usado desnecessariamente, aumenta em três vezes o risco de morte materna e em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o bebê (LUZES, 2007).

Para lidar com o desafio de enfrentar a morbimortalidade materna no país a discussão sobre risco reprodutivo associada com as questões de vulnerabilidade da mulher se fazem fundamentais à saúde pública (XAVIER et al, 2013). O número expressivo de mortes maternas no país poderia ser evitado através de ações dos serviços de saúde, por uma melhoria da atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento. O fato de a assistência no Brasil ser predominantemente institucionalizada

não tem garantido por si só que a mortalidade materna seja reduzida tanto quanto o esperado, o que é considerado um paradoxo perinatal (DINIZ, 2009). Este paradoxo se configura na medida em que, mesmo que boa parte dos avanços tecnológicos e científicos que os hospitais vêm aderindo apresentem condições reais para a prevenção de morbidade e mortalidade materna na assistência aos partos de risco, esses procedimentos não têm sido capazes de diminuir as complicações. Pelo contrário, muitas vezes as complicações são causadas pela generalização da necessidade do uso das técnicas produzindo seu uso abusivo (SODRÉ & LACERDA, 2007). Esta generalização está relacionada ao modelo tecnocrático e hegemônico utilizado na atenção obstétrica e neonatal, no qual o nascimento é naturalmente observado como um processo patológico (PASCHE, VILELA, MARTINS, 2010), como veremos abaixo.

#### **2.4 – O modelo tecnocrático de parto e a noção de risco**

O modelo tecnocrático de assistência ao parto é hegemônico na sociedade contemporânea. Analisamos as condições sócio-históricas que permitiram o seu surgimento e dominação no mundo ocidental. No entanto, segundo Davis-Floyd (1998), há mais dois modelos de assistência na cultura ocidental: o humanista (ou humanizado) e o holístico. Discorreremos sobre as principais características de cada um dos três modelos.

O modelo tecnocrático ou biomédico tem como principais características: uma visão cartesiana, na qual a mente e o corpo são compreendidos separadamente e há uma constante analogia do corpo a uma máquina, de modo que a paciente é percebida como objeto. Diante da percepção mecânica do corpo, a fisiologia do parto passa a ser vista como deficiente, e a tecnologia por sua vez, é supervalorizada como modo de correção das deficiências fisiológicas. Como consequência, há alienação da paciente diante do processo de cura, as intervenções externas tecnológicas se avolumam em intensidade e profundidade. E no fim do processo a mulher acaba por ser segmentada, particionada e desmembrada em peças avulsas de uma máquina (por exemplo: compreendida como um útero que não contrai) que pode ser regulada e controlada pela tecnologia (DAVIS-FLOYD, 1998, 2001). Este modelo não trata de opor

as mulheres e as máquinas, mas sim de “recriar discursivamente e na prática, a máquina de parir perfeita –uma combinação da mulher e da tecnologia, um cyborg”(DAVIS-FLOYD & MUMMIT, 1997 *apud* DINIZ, 2001).

O modelo humanista entende o corpo humano como um organismo, a palavra organismo vem do grego e significa conjunto. Portanto, é considerada a conexão entre mente e corpo, na qual há constante interação entre os aspectos somáticos, fisiológicos, psicológicos, sociais e até mesmo espirituais do indivíduo. Assim, este modelo se afasta da visão unicamente biológica do indivíduo e pensa no paciente como um sujeito relacional, no qual há resgate da empatia como ferramenta de trabalho para melhor conexão entre médico e paciente. O modelo humanista de atendimento trabalha em um equilíbrio entre os desejos da instituição e os da paciente, no qual as decisões são compartilhadas. A tecnologia se faz presente nos casos em que de fato é necessária e existe uma abertura para outras modalidades (DAVIS-FLOYD, 1998).

Já o modelo holístico vai considerar o corpo humano, uma unidade entre corpo e espírito, um sistema de energia que está interligado a outros sistemas de energia. A cura do indivíduo é considerada em sua integralidade no contexto da vida como um todo (DAVIS-FLOYD, 1998). Esse modelo se aproxima da forma tradicional de encarar o parto e o nascimento pelos olhos das parteiras, na qual o toque, o olhar, a massagem e a emoção se faziam fortemente presentes na assistência. Uma íntima conexão que existia entre a mulher que paria e a pessoa que assistia o parto foi substituída na modernidade pela interpretação distante das linhas e pontos em um gráfico –a “substituição do *high-touch* pelo *high-tech*” (SANTOS, 2002). O modelo holístico abarca uma variedade de abordagens e técnicas, desde a medicina chinesa até métodos que visam a trabalhar diretamente na energia do indivíduo (SANTOS, 2002).

As fronteiras que existem entre o modelo humanista e o modelo holístico são claramente maleáveis, a ponto de misturarem-se e fundirem-se no ponto de vista de alguns autores. Já com relação ao modelo tecnocrático esta fusão é um pouco mais difícil. Ainda assim, há profissionais tecnocratas incorporando elementos do humanismo, assim como o modelo holístico engloba em diversas dimensões o modelo humanista e mesmo o tecnocrata (DAVIS-FLOYD, 1998).

Na maioria dos países Ocidentais, o modelo de assistência obstétrica e neonatal caracteriza-se por lidar com a saúde como se ela, em si, já se tratasse de um problema, o que significa dizer que a vida está cheia de riscos e em constante perigo. Assim, o nascimento é considerado um problema médico e todas as gestações são consideradas patológicas até que se prove o contrário (WAGNER, 1994).

Neste modelo, o corpo da mulher é entendido como uma máquina complexa, que deve ser desvendada através do método científico separando as partes do todo. Também parte-se do pressuposto de que a gestante/parturiente é incapaz de compreender as nuances médicas e científicas que envolvem as decisões por cada procedimento, por isso muitas vezes são excluídas dos processos decisórios. No que diz respeito à tecnologia utilizada, este modelo dissemina a crença de que para aumentar a eficiência da 'máquina imperfeita' (leia-se corpo da mulher) são necessárias várias outras máquinas (WAGNER, 1994). A concepção biomédica do parto tem como foco a incorporação de tecnologias no atendimento, tanto como forma de insumos, quanto na organização taylorista do ambiente e dos processos de trabalho (PASCHE, VILELA & MARTINS, 2010).

A este modelo Robie Davis-Floyd (1994) deu o nome de parto tecnocrático. Segundo esta autora, o centro do sistema de valores de uma sociedade é visível em diversas áreas da vida cultural e, com relação ao parto, isso é sobretudo mais aparente, uma vez que ele diz respeito ao tratamento do corpo de um novo membro social de cujo desenvolvimento da sociedade depende. Assim, garantir o futuro da sociedade nestes termos, não se refere apenas a garantir uma continuidade física, mas principalmente uma continuidade dos sistemas de crenças e valores que estabelecem o meio para os novos membros decodificarem o mundo ao seu redor. Neste sentido, os procedimentos obstétricos atuais funcionam como uma ritualística que tem como objetivo manter a mitologia atual da tecnocracia. Como toda mitologia coesa e hegemônica, o modelo tecnocrático funciona como um poderoso agente de controle social, moldando e desafiando valores individuais, crenças e comportamentos.

O principal ritual da mitologia que se evidencia na prática obstétrica do modelo tecnocrático é conhecido como "*one-two punch*" (nome dado a um golpe de boxe, no

qual uma combinação de dois socos rapidamente sucessivos é aplicada no adversário, o que significa dizer uma combinação especialmente forte ou eficaz de duas coisas em sequência). Nele, o primeiro golpe transforma um mecanismo natural em algo disfuncional por meio da tecnologia, enquanto o segundo oferece um modo de consertar a disfuncionalidade, também por meios tecnológicos. Como exemplo, a autora cita o salmão nadando contra a correnteza, o que é de sua natureza. O “primeiro soco” seria o de tornar esta subida disfuncional, através do bloqueio da passagem do peixe impedindo-o que atinja sua altura de desova. Já o “segundo soco” seria de, por meio da tecnologia, fazer com que o salmão fora da água, através de uma máquina, faça sua desova, deixar que as ovas cresçam em bandejas, e então despejar o peixe rio abaixo novamente próximo ao oceano.

Assim o ritual “*one-two punch*” destrói o processo natural para reconstruí-lo como processo cultural, gerando como resultado uma supervalorização da sociedade tecnocrata e da supremacia da tecnologia sobre a natureza (DAVIS-FLOYD, 1994).

A *tecnocracia* é, de acordo com Reynolds, a ideologia da sociedade industrial moderna, na qual diplomacia social e debates políticos presumem modelos científicos de natureza e sociedade, e o conhecimento é reduzido às descrições e descobertas científicas. A essência das pesquisas e das descrições científicas, por sua vez, está baseada na separação dos elementos de sua composição geral, como o humano da natureza, a mente do corpo, a mãe de seu filho. Estas distinções conceituais são efetuadas por meio de atos ritualísticos que vão produzir transformações fundamentais na visão de mundo dos indivíduos. Também segundo Reynolds, *prótese* seria um termo médico utilizado para se referir às substituições artificiais de funções ou partes do corpo perdidas, no entanto, no ritual tecnocrático, a cultura é quem produz tanto a mutilação quanto a prótese que irá substituí-la.

O modo de gerenciar a cultura de nascimento é um perfeito modelo do “*one-two punch*”, assim como uma perfeita expressão cultural do cerne do sistema de valores tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 1994). Evidentemente este modelo tão forte de expressão cultural não é tão facilmente visível a olhos nus. O modelo tecnocrático aparece travestido de um projeto de saúde plena, através da gestão de todos os possíveis

perigos e riscos que uma mulher pode vir a sofrer, durante a gestação e o parto. Assim, a medicina e suas técnicas apresentam-se fortemente protetoras e cuidadoras quando olhamos da superfície, mas ao analisamos em profundidade, o conceito de risco é justamente o “primeiro soco” que modifica o corpo e o funcionamento natural do parto, em um processo disfuncional.

A noção de risco na atualidade está fortemente associada aos parâmetros de tomada de decisões médicas relativas ao tratamento, e principalmente à prevenção e a promoção da saúde, mas isso não foi sempre assim, este fenômeno tem data marcada. Segundo Foucault, uma das principais mudanças com relação aos diferentes instrumentos de controle e organização, que se desenvolveu no campo da saúde no século XIX, foi a utilização do cálculo das probabilidades para a administração da saúde e das populações. Começou-se a calcular as diferentes eventualidades relativas às doenças e contaminações que levaram a morte dos indivíduos. A partir disso, a doença começa a aparecer através de casos entre a população e a ser circunscrita em um tempo e local específico. Assim surge a noção de caso, mas não no seu valor de caso individual, e sim como um fenômeno coletivo. Os casos passam a ser organizados em média, e essa média irá compor a estatística dos casos de uma região se tornando instrumento de gestão do corpo social. A própria noção de população neste sentido é modificada e passa a ser vista como um conjunto de processos e dados a serem geridos. É através da análise das distribuições dos casos que se torna possível identificar os riscos de um indivíduo ou de um determinado grupo.

Pode-se então, para cada indivíduo, dada a sua idade, dado o lugar que mora, pode-se igualmente para cada faixa etária, para cada cidade, para cada profissão, determinar qual é o risco de morbidade, o risco de mortalidade (FOUCAULT, 2008)

Assim, a noção de risco tornou-se uma noção central no campo da saúde. E a ideia de perigo passa a fazer parte do repertório do biopoder. É justamente no lugar da prevenção de riscos que se organiza a biopolítica da contemporaneidade, na qual na lógica do fazer viver e deixar morrer, o risco é objeto por excelência do discurso médico através das técnicas de prevenção.

Segundo Castel (1987), a partir da segunda metade do século XX um tipo de

transformação começou a se operar nos dispositivos utilizados no campo da saúde. Esta transformação se caracterizou por um deslocamento das questões de ordem política e econômica para o campo das relações interindividuais. Deste modo, as questões sociais começaram a se diluir nas questões relacionais, gerando uma grande dificuldade de reconhecimento dos interesses políticos e de poder em jogo neste processo.

Esta transformação no campo da saúde é que deu base para o desenvolvimento de novas formas de estratégias preventivas na atualidade, nas quais a noção de sujeito desaparece e é substituída por uma combinação de fatores construídos, os fatores de *risco* (CASTEL, 1986). “O risco é definido pela presença de uma ou mais de uma associação de critérios, uns de ordem médica, outros de ordem social” (CASTEL, 1987, pp. 114).

As estratégias preventivas se desdobram dispensando o “face a face” entre o médico e o paciente como era comum na terapêutica, para dar lugar a um controle alicerçado pelo mapeamento de um perfil, no qual a verdade sobre o sujeito se produz através de uma série de referências e riscos abstratos formando a “população de risco”.

As novas estratégias médico-psicológicas e sociais se pretendem, sobretudo preventivas, e a prevenção moderna se quer, antes de tudo, rastreadora dos riscos. Um risco não resulta da presença de um perigo preciso, trazido por uma pessoa ou um grupo de indivíduos, mas da colocação em relação a dados gerais e pessoais ou fatores (de risco) que tornam mais ou menos provável o aparecimento de comportamentos indesejáveis. (CASTEL, 1987, pp. 125).

Assim se instaura uma progressiva liquefação da fronteira entre o normal e o patológico, e todos os comportamentos humanos começam a ser considerados como portadores de algum risco à saúde. Deste modo, todos os indivíduos passam a considerar como função pessoal, a busca pelo controle dos seus riscos e a manutenção de hábitos saudáveis.

Dentro do processo do nascimento institucionalizado, isso não poderia ser diferente, cálculos relativos a médias populacionais estabelecem o que transforma uma gestação saudável em uma gestação “de risco”. Em cima desta noção, novos parâmetros retiram o parto do percurso comum da vida colocando-o no lugar de um acontecimento potencialmente perigoso, o que nos remete ao primeiro soco na visão de

Davis-Floyd (1994). Esse perigo potencial do parto desencadeia a “necessidade” de intervenção para o controle de seus riscos no qual uma série de procedimentos e vem ganhando cada vez mais espaço para o controle do processo (segundo soco).

Um documento da Organização Mundial de Saúde (1996), a respeito da assistência ao parto normal denominado *Maternidade Segura* questiona em um dos seus primeiros itens a chamada *abordagem de risco em Obstetrícia*. Neste documento é explicitado que o que constitui a base para uma boa tomada de decisão em relação ao parto, é chamado de “potencial de parto”. No entanto o documento relata que a chamada “abordagem de risco” é a que vem há décadas dominando as decisões sobre o parto, sobre o local onde deve acontecer, sobre o tipo de parto que deve ser e sobre os serviços e prestadores de serviço envolvidos (OMS, 1996).

O documento segue trazendo uma observação muito característica da abordagem do risco, que é uma classificação desproporcionalmente alta das mulheres que estariam dentro da classificação “de risco”, o que exige, conseqüentemente, um alto nível de intervenção no parto. Ainda se discute a qualidade de algumas formas de avaliação como, por exemplo, a definição de risco obstétrico através de fatores demográficos, como paridade e altura materna, que por ter baixa especificidade faz com que muitos partos não complicados sejam rotulados e tratados como de alto risco (OMS, 1996).

Em uma revisão exaustiva de pesquisas sobre a assistência ao parto, Enkin (1995) afirma que a abordagem médico-cirúrgica do parto superestima os riscos inerentes ao processo, o que frequentemente implica na “substituição do risco potencial de resultados adversos pelo risco certo de tratamento e intervenções duvidosos”. Segundo Haverkamp e colaboradores (1979), em uma análise crítica sobre os métodos de avaliação dos riscos na assistência perinatal apontam que os sistemas de avaliação de risco apresentam alta sensibilidade e baixa especificidade, trazendo como resultado o tratamento de algumas mulheres como portadoras de um perfil de alto risco quando de fato não o são. Os autores identificam os riscos à saúde de mulheres e crianças como provocados pelos próprios sistemas de avaliação do risco perinatal, demonstrando que o manejo do parto baseado nesses sistemas estimula as intervenções sobre o parto. Assim, uma situação paradoxal se estabelece, pois é justo

na tentativa de gerir e controlar os riscos da gestação que parecem se estabelecer as intervenções. Esse processo tem como resultado o que chamamos de iatrogenia. O termo, derivado do grego (*iatros*: médico, curandeiro e; *genia*: origem, causa), refere-se a doenças ou alterações patológicas decorrentes de efeitos colaterais da intervenção médica classificadas por Illich (1975) em três tipos: clínica, social e cultural. A iatrogenia clínica cresceu tanto na década de 90, que se tornou recentemente a terceira maior causa de morte nos Estados Unidos (STARFIELD, 2000). Segundo Davis-Floyd (1992), a estimativa de doenças iatrogênicas depois da admissão no hospital é de 25%.

Esta questão alarmante vem ganhando visibilidade entre os pesquisadores e conseqüentemente o reconhecimento de potencial danoso para a sociedade, assim é que um conceito cunhado por Jamouille (Médico de Família e Comunidade belga) chamado prevenção quaternária vem ganhando força dentro da categoria médica vinculada à ética do cuidado na profissão (NORMAN & TESSER, 2009). Baseada no conceito clássico de divisão em três níveis de prevenção de Leavel & Clark (primária, secundária e terciária), Jamouille propôs a prevenção quaternária, que estaria relacionada não com o risco potencial de aquisição de uma doença, mas sim do risco de aquisição de uma doença especificamente iatrogênica. (NORMAN & TESSER, 2009). Assim, de forma resumida: na prevenção primária, médico e paciente concordam não haver doença; na secundária o médico considera e pode tentar convencer o paciente de que ele está doente, uma vez que o mesmo se acha de boa saúde; na terciária ambos concordam com a existência de uma doença e a necessidade de um tratamento ou prevenção de complicações e, por fim, a quaternária que seria a situação em que o paciente sente-se enfermo e o médico não o considera doente, situação frequentemente arriscada para o paciente.

Assim, o conceito de prevenção quaternária pode ser condensado em um conjunto de atividades empregadas na intenção de identificar indivíduos que estejam sob risco de hipermedicalização e, conseqüentemente, reduzir as intervenções desnecessárias ou excessivas, a fim de minimizar as iatrogenias e sugerir alternativas eticamente aceitáveis. A prática da prevenção quaternária tem como máxima, deste modo, um dos fundamentos centrais da medicina: *Primum non nocere* (primeiro não lesar).

As três principais situações que a prevenção quaternária abarca são: o excesso de rastreamento e de solicitação de exames complementares e abusos na medicalização de fatores de risco. Frequentemente ocorrem excessos de medidas preventivas e diagnósticas em assintomáticos e doentes, em adultos e também em crianças. No entanto, as intervenções médicas não beneficiam as pessoas da mesma maneira, e quando excessivas e desnecessárias podem prejudicar o paciente. A atualidade vem trazendo uma tendência da promoção de drogas como medida de prevenção e com isso, o número de pacientes atingidos é muito grande. É importante levar em consideração que esta expansão da exposição às drogas pode causar danos significativos (NORMAN & TESSER, 2009).

A medicalização de estados anteriores à doença e dos fatores de risco vem se tornando cada vez mais comum, como por exemplo, as linhas que determinam hipertensão, obesidade, colesterol ou osteopenia. Assim, expande-se de modo radical o mercado de drogas a partir da perspectiva de comercialização de medicações já existentes, agora também para as pessoas saudáveis. Se por um lado a qualidade de vida é reduzida, uma vez que uma pessoa saudável passa a ser tratada e a se tratar como doente, por outro lado aumentam-se os custos para a sociedade e os lucros em serviços de saúde.

Como consequência, cada vez existe menos tolerância para variações no processo individual de saúde-doença o que torna as intervenções médicas cada vez mais precoces. A margem de normalidade vai ficando cada vez menor e os diagnósticos se expandem. Assim também a margem entre risco e benefício diminui, aumentando a probabilidade de dano desnecessário por conta de um excesso de recursos de prevenção, diagnóstico e terapêutica.

No início da institucionalização do parto, houve uma redução da mortalidade materna, à qual Souza e Castro (2014) deram o nome de “transição obstétrica”. Os autores afirmam que nos estágios finais desta transição, quando a mortalidade materna passa a ser menor do que 50 por 100 mil nascidos vivos, tornam-se mais explícitos os riscos relacionados à hipermedicalização da maternidade. Assim, no contexto da saúde materna e perinatal, a prevenção quaternária é indissociável da prática baseada em

evidências científicas, da humanização e da luta contra a violência obstétrica, que discutiremos adiante.

O modelo biomédico predominante na assistência ao parto e a utilização acrítica do conhecimento técnico, principalmente nos hospitais, submete as mulheres a regras e rotinas rígidas, as quais desrespeitam seu corpo e o ritmo natural do trabalho de parto e parto, impedindo-a de exercer o protagonismo no parto, situação que vem sendo reconhecida como iatrogenia cultural (PASCHE, VILELA E MARTINS, 2010). Por outro lado, aquelas que buscam resgatar o protagonismo no parto, devido a esta interiorização tão profunda do discurso do risco pela sociedade, acabam muitas vezes sendo vistas como imprudentes e irresponsáveis, uma vez que na sociedade atual a palavra “risco” acaba servindo como um catalizador para a prevenção por meio da intervenção.

#### **2.4.1 – As Intervenções médicas do modelo tecnocrático**

Tendo compreendido de que modo as instituições, o discurso médico e a política são capazes de capturar o parto, veremos a seguir as principais intervenções que ocorrem no parto hospitalar, que muitas vezes configuram o que tem sido caracterizado aqui como hipermedicalização, à qual a prevenção quaternária se dirige.

##### **2.4.1.1 –A cesariana**

A cesárea é uma intervenção cirúrgica que foi criada originalmente para aliviar as condições maternas na presença de riscos para a mulher, o feto ou ambos durante o processo de parto. Em seus primórdios era realizada apenas em mulheres mortas na intenção de salvar a vida dos fetos. A primeira cesárea realizada em mulher viva relatada ocorreu em 1500, em uma cidade chamada Sigershaufen, na Suíça. Foi realizada por Jacob Nufer, em sua própria esposa. Jacob não era médico; era um homem humilde que tinha apenas prática na castração de porcas. No momento do parto de seu primeiro filho, algum problema ocorreu e a criança não nascia. Treze parteiras foram chamadas para tentar ajudar no caso, porém todas sem sucesso.

Jacob, vendo o desespero de sua esposa, resolveu tentar ele mesmo realizar o parto através de uma incisão no abdômen da parturiente. Com ajuda de duas parteiras, Jacob retirou o bebê em seguida fechou o corte, tal como fazia com as porcas que castrava. A recuperação da mãe ocorreu sem intercorrências e o parto não causou nenhum problema ao bebê, que se desenvolveu naturalmente. Depois deste fato, a esposa de Jacob teve ainda mais cinco filhos, todos de parto normal (REZENDE, 1974).

Foi apenas no século XVIII que a cesárea tornou-se de fato uma prática obstétrica, e ainda assim ocorria apenas em casos muito especiais, pois tinha alta incidência de morte materna. Com o aprimoramento desta cirurgia e do uso de antibióticos, diminuiu-se a quantidade de mortalidade e de riscos (REZENDE, 1974). O aumento da segurança e a praticidade da cesárea levaram à disseminação de sua prática acompanhada da imagem de um procedimento aparentemente inócuo, principalmente através da mídia por meio da supervalorização da tecnologia (REZENDE, 1974). Um fator que contribuiu para a visão positiva do uso da cesariana na cultura brasileira está relacionado ao fato de que as primeiras mulheres submetidas a este procedimento situavam-se no topo da hierarquia social, assim a cesariana foi associada como uma representação da classe dominante tornando-se símbolo de status social e contribuindo para a legitimação do procedimento (MELLO E SOUZA, 1994). O aumento das cesarianas no país teve início na década de 70 (justamente na mesma época em que a maioria dos partos no Brasil se tornou hospitalar). De 1970 a 1980, a cesariana cresceu nos hospitais públicos de 7,9% para 18%. Nos hospitais privados o crescimento foi maior, de 14,6% para 31%, durante o mesmo período (MELLO E SOUZA, 1994). A frequência no país seguiu aumentando e os últimos dados apontam crescimento de 20% ao longo da última década, de 37,8% em 2000 para 52,3% em 2010, enquanto a taxa de cesárea mundial encontra-se em 18%.

A disseminação da cesárea como uma intervenção 'benéfica' e 'vantajosa' vem trazendo como resultado o alargamento das indicações médicas de cesárea além da criação de novas indicações para o procedimento (FREITAS et al., 2008). Embora a cesariana seja indicada em determinados casos, a via vaginal continua sendo o método mais seguro de dar à luz. Dentre os benefícios do parto normal, tanto para a mãe quanto para o bebê, podemos relatar uma melhor recuperação e redução de infecção

hospitalar e diminuição da incidência de complicações respiratórias para o recém-nato (SUS, 2009).

Em 1985, a OMS preconizou que não há justificativa médica para que, em nenhuma especificidade geográfica do mundo, a taxa de cesárea ultrapasse 15%, alertando que o excesso de cesariana aumenta o índice de mortalidade materno-infantil. Pesquisadores (WAGNER, 2008) denominam esse evento como o “efeito U”, pois, de acordo com os dados estatísticos, quando a taxa de cesárea é muito inferior a 5%, a taxa de mortalidade é alta. Quando a taxa de cesárea é de 5% a 15%, a mortalidade diminui significativamente. Mas, quando a média passa de 15%, a mortalidade começa a aumentar novamente. Apesar disso, um aumento global das taxas de cesárea vem ocorrendo, sendo o Brasil o país que apresenta as mais altas taxas de cesárea do mundo, segundo a UNICEF (2013).

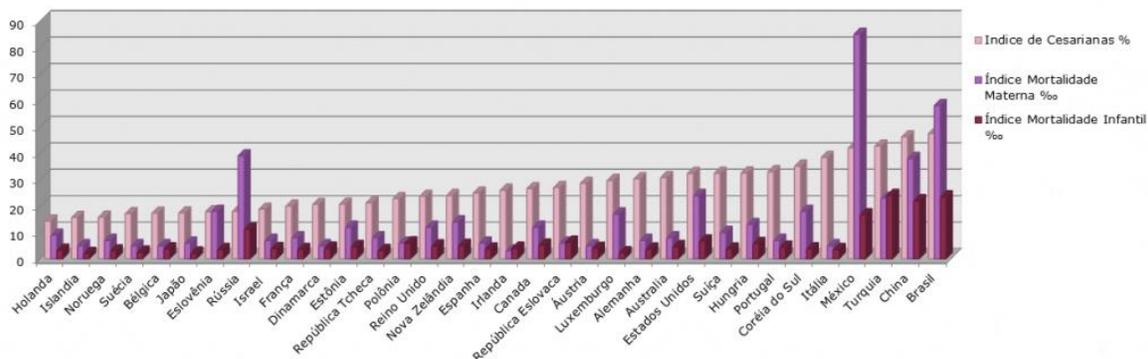
Apesar dos esforços para a redução da incidência de cesárea criados pelo Ministério da Saúde já vistos acima, os resultados atingidos têm sido contraditórios. Mesmo sendo o aumento da cesariana um fenômeno comum em quase todos os países do mundo, em nenhum país a curva de aumento é tão acentuada quanto no Brasil, assim como nenhum país atingiu níveis tão altos da cirurgia. Em alguns serviços no setor privado, a taxa se mantém acima de 90%, o que explica porque, em hospitais, costuma-se dizer que quando partos normais ocorrem é por que os bebês “pregaram uma peça no médico; foram mais rápidos do que eles”. Enquanto os profissionais que lutam por manter o parto vaginal neste contexto adverso são considerados com frequência pelos colegas como “trouxas”. (DINIZ, 2001)

Com base no crescimento constante da operação cesariana no Brasil, alguns pesquisadores já se referiam na década de 80 a este fator a partir do termo “cultura de cesárea” (PINOTTI & FAUNDES, 1988; BERQUÓ, 1993; MELLO E SOUZA, 1996). Aproveitando-se da visão positiva da cesariana na cultura do país, muitos médicos têm mascarado motivos escusos (os seus interesses próprios, a popularidade e a conveniência) para a utilização da cesariana, alegando uma preocupação ética com base na noção de melhor interesse da paciente (MELLO E SOUZA, 1994). Esta cultura encontra benefícios de manutenção não apenas no fato da cesariana ser mais rentável para os serviços e cômoda para os profissionais, como também por estar de acordo

com a cultura industrial e tecnológica da nossa sociedade, marcada pela produção em série e pela crença da inocuidade do procedimento (CHIARAVALLOTI & GOLDENBERG, 1998 *apud* DINIZ, 2001).

O alargamento das indicações de cesariana no Brasil está também relacionado à formação em obstetrícia no Brasil. Professores renomados e formadores de opinião indicam a cesárea a pedido como uma forma de tratamento chamada “neurose de ansiedade” que o parto pode causar. Assim como também através da ótica “preventiva” das supostas lesões genitais do parto (DINIZ, 2001).

As indicações absolutas para a realização de uma cesariana são apenas aquela em que a mulher ou o bebê corre risco eminente de morte (como o caso do prolapso de cordão ou da ruptura uterina), no entanto, além das indicações absolutas, há também as indicações relativas, as quais estão relacionadas à personalidade, idade e experiência do médico que está assistindo o parto; assim como também a questões protocolares da instituição, influências ambientais; padrão de vida social da paciente e até mesmo as informações midiáticas e jornalísticas que circulam no país. Por isso, há tanta disparidade nas taxas de cesárea entre médicos, hospitais e países (HADDAD & CECATTI, 2011). A seguir, uma tabela que identifica a taxa de cesárea, de mortalidade materna e de mortalidade infantil em diversos países pelo mundo.



Índice de cesarianas: dados de 2009 Índice de Mort. Materna: dados de 2008 Índice de Mort. Infantil: 2005 a 2010

Fonte do gráfico: (MERCER, 2013)

De acordo com a tabela, na maioria dos países em que a taxa de cesariana é elevada, verifica-se também uma elevação nas taxas de mortalidade materna e infantil, apontando para possíveis casos de hipermedicalização do parto acompanhados

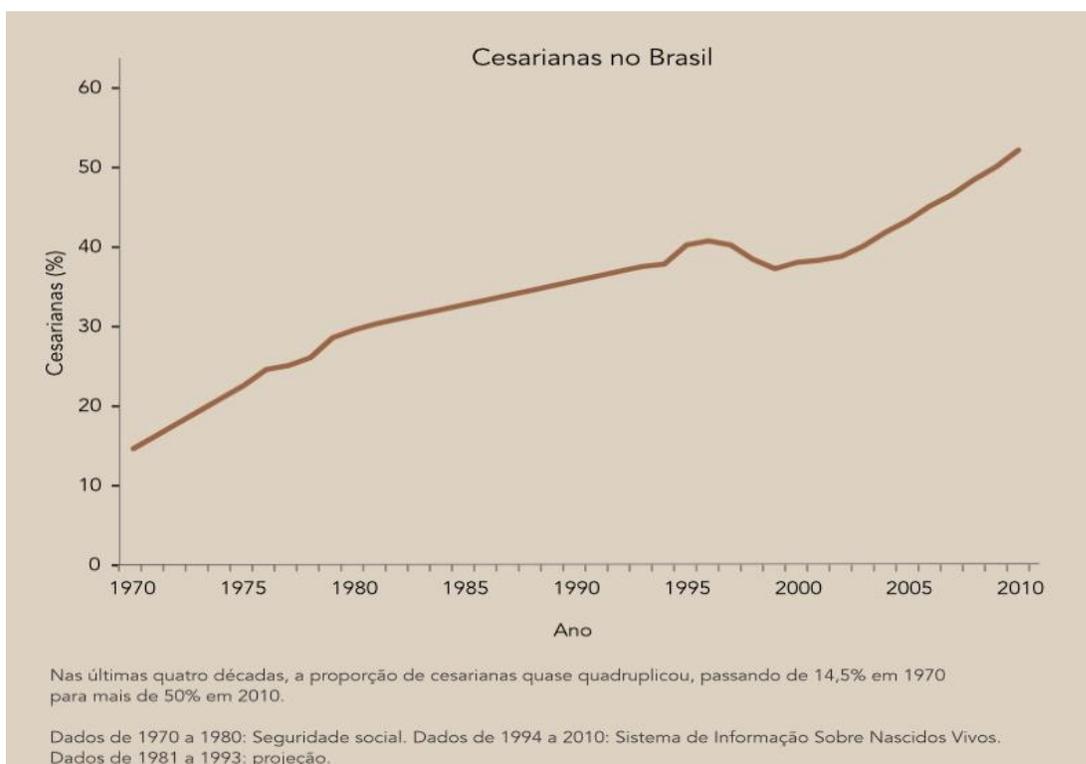
de complicações. Segundo o Ministério da Saúde (SUS, 2009), comparando os resultados neonatais da cesárea com o parto normal, temos que na cesariana ocorre uma frequência maior de infecções e hemorragias, assim como aumenta também a possibilidade de laceração acidental de algum órgão como bexiga, uretra e artérias, ou mesmo do próprio bebê no momento do corte do útero. Cabe ainda considerar questões relacionadas ao vínculo mãe-bebê. Por ser uma intervenção que implica numa rotina de separação do bebê que é levado a observação, o contato inicial entre ambos, que é fundamental para o estabelecimento do vínculo maternal, deixa de acontecer no primeiro momento da vida (RATTNER, 2009). Já há evidências recentes que demonstram como a via de nascimento do bebê repercute em sua saúde futura, aumentando o risco de algumas doenças como obesidade, diabetes, asma, alergias e outras doenças não transmissíveis (LEAL et al, 2014).

Um dos principais problemas relacionados à cesárea atualmente tem sido o aumento de prematuridade iatrogênica, complicação decorrente de um engano na idade gestacional do feto. É muito comum nos dias de hoje o agendamento da cesariana na intenção de prevenir possíveis complicações do parto normal. No entanto, por conta da baixa precisão da ultrassonografia para detectar a idade gestacional no fim da gestação (o aparelho tende a superestimar a idade gestacional), muitas vezes a cesárea é agendada antes da maturidade do feto. Este acontecimento resulta na prematuridade iatrogênica, que, nos hospitais particulares, tem taxa assustadoramente elevada (UNICEF, 2013).

O Brasil está na décima posição entre os países onde mais nascem prematuros, com uma taxa de 11,7% dos recém-nascidos. Segundo a OMS, em 2010, nasceram 15 milhões de crianças prematuras em todo o mundo. O percentual de prematuridade do Brasil o coloca no patamar dos países de baixa renda, nos quais a prevalência é de 11,8%. Segundo a OMS (2012), os países de renda média têm um percentual de 9,4%. De acordo com estudo (que teve apoio da UNICEF e do Ministério da Saúde), a prematuridade é hoje a principal causa de mortalidade neonatal. Assim, apesar de os coeficientes de mortalidade infantil terem decrescido significativamente nos últimos 30 anos, o número de óbitos neonatais teve reduções menores, por conta do aumento nas taxas de prematuridade (VICTORA et al, 2011). A taxa de mortalidade de crianças de

até um ano no Brasil em 2013 era de 16 por mil nascidos vivos, segundo a Rede Intergeracional de Informações para a Saúde (Ripsa) (UNICEF, 2013). O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2013) indica a relação entre o aumento de prematuridade e a realização de cesarianas. As maiores taxas de prematuridade se encontram nas regiões Sul e Sudeste, que têm os percentuais de 12% e 12,5% respectivamente. Nestas regiões, a taxa de cesárea também é mais alta (RATTNER, 1996).

O gráfico abaixo ilustra o aumento de cesáreas no Brasil nos últimos anos.



É estimado que a cada ano no Brasil, quase um milhão de mulheres são submetidas a cesarianas sem indicações obstétricas adequadas. Nesta situação, além de perderem a oportunidade de serem protagonistas do nascimento de seus filhos, as mulheres e os bebês são expostos a maiores riscos de morbimortalidade, sem contar com o maior custo que a intervenção cirúrgica acarreta (LEAL et al. 2014).

A taxa alarmante de cesáreas no Brasil tem chamado atenção tanto de pesquisadores quanto da população. Alguns autores vêm apontando a existência de uma construção sociocultural no Brasil que estabelece a cesárea como parto ideal e mesmo sinônimo de status social (MELLO E SOUZA, 1994; RATTNER, 1996;

FAUNDES E CECATTI, 1991; HOTIMSKY, 2005). Alguns dos principais fatores relacionados são o maior retorno financeiro, pois mesmo tendo sido estabelecida uma equivalência na remuneração entre parto normal e a cesárea, esta última toma um tempo muito inferior de trabalho no dia do profissional; a conveniência e segurança que a cesárea traz para o médico, uma vez que no nascimento programado o médico pode escolher a melhor hora do dia e da semana para realizar a intervenção sem correr o risco de o parto acontecer de madrugada ou em um feriado; a cesariana como “desculpa” para a realização da ligadura tubária; além da gratificação simbólica do médico em realizar uma cesárea numa cultura que enaltece a tecnologia e o controle sobre o corpo da mulher (MELLO E SOUZA, 1994).

Assim é que nos hospitais privados a cesárea está próxima de atingir 100% dos nascimentos (RATTNER, 2009), pois, aparentemente, é a melhor opção: o hospital lucra mais, o médico ganha tempo, a família é poupada da tensão da espera e a mulher tem a conveniência de não experimentar qualquer dor relativa às contrações, de decidir a hora e o dia exatos do nascimento e assim poder ajustar os detalhes práticos ao agendar a cesárea (FAUNDES & CECATTI, 1991).

A explicação popular para o aumento de cesárea no Brasil tem sido a de que a grande maioria deseja a cesariana. No entanto, pesquisas já vêm comprovando que a maioria das mulheres deseja o parto normal (MELLO E SOUZA, 1996; LEAL et. al., 2014). No ano de 2014, foi publicada a importante pesquisa quantitativa coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz: “*Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*”. Com participação de pesquisadores renomados, a pesquisa foi realizada em maternidades públicas e privadas e mistas do país, computando 266 hospitais de médio e grande porte, localizados em 191 municípios, entre capitais e cidades do interior de todos os estados do país. A pesquisa teve como objetivo conhecer os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto; assim como descrever a motivação das mulheres a respeito do tipo de parto que desejam; conhecer as complicações médicas durante o puerpério e o período neonatal e; descrever a estrutura das instituições hospitalares quanto à qualificação dos recursos humanos, disponibilidade de insumos, medicamentos, equipamentos e unidade de terapia intensiva para adultos e neonatos. A pesquisa entrevistou o total de 23.894

mulheres e os dados foram coletados entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. O número temático dos *Cadernos de Saúde Pública* foi publicado no ano de 2014, com 14 artigos originais (LEAL et al., 2014). A pesquisa evidenciou que 52% das mulheres tiveram o nascimento de seus filhos por meio da cesariana. Levando em consideração apenas a rede privada, este número aumenta para 88%. Com relação ao desejo das mulheres, 70% delas desejavam o parto vaginal no início da gravidez, no entanto, poucas foram atendidas neste desejo. Com relação às mulheres que foram atendidas na rede privada e pariam o primeiro filho, apenas 15% foram atendidas no desejo pelo parto normal (LEAL et al., 2014).

Uma revisão bibliográfica realizada por Faúndes e Cacatti, aponta ainda outras causas como o medo que a mulher tem da dor durante o trabalho de parto e parto. Na cultura contemporânea, vemos uma crescente tentativa de evitar a dor e o sofrimento, e isso obviamente reflete também no parto. A crença de que uma cesárea eletiva (agendada com antecedência) é capaz de proporcionar um parto sem dor é muito forte no imaginário social. No entanto, para a ausência de dor seria necessária uma grande quantidade de anestesia que, ainda assim, não garantiria a eliminação da dor no pós-parto (FAÚNDES & CECATTI, 1991). Existe também a crença de que uma intervenção cirúrgica seria capaz de possibilitar a manutenção da fisiologia da vagina e do períneo, enquanto se imagina que o parto vaginal causaria alterações sensíveis na relação sexual. Essa interpretação um tanto quanto mecânica da relação sexual tem sido disseminada até mesmo por professores renomados, o que acaba por reafirmar e manter este como o conceito prevalente. (FAÚNDES & CECATTI, 1991).

Essa situação se agrava ainda mais com a prática comum a alguns médicos de realizarem o chamado “ponto do marido” nos procedimentos de episiotomia (corte da vagina com tesoura) em partos vaginais. O tal “ponto do marido” teria como função restabelecer à mulher uma condição de “semivirgindade”, que pode acabar por tornar as relações dolorosas para a mulher. Em alguns países, esta prática já é condenada (LUZES, 2007). O conceito popular de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que a cesárea é ainda muito forte. Deste modo, quando temos um resultado neonatal ruim é comum vermos esse fato associado ao médico não ter optado por uma cesárea. Já quando o oposto ocorre, a tendência é atribuir à ocorrência a ideia de fatalidade:

“apesar da cesárea, houve fracasso”. Mas não se questiona se houve fracasso “por causa” da cesárea. Este tipo de crença acaba por influenciar o médico na escolha pelo tipo de parto (FAÚNDES & CECATTI, 1991).

Outro problema é a falta de treinamento obstétrico com relação ao parto normal que muitos médicos vivenciam no Brasil. Por ser um país cesarista, grande parte dos partos acompanhados durante a residência médica são cesáreas, dificultando o contato dos médicos com as possibilidades diversas de parto que podem ocorrer na via vaginal. Parto pélvico ou cordão enrolado no pescoço, por exemplo, são duas possibilidades de parto normal que hoje não são mais consideradas por conta da falta de prática e desconhecimento dos médicos sobre como proceder (ODENT, 2004; LUZES, 2007). Assim, na hora de escolher a via de parto, muitos médicos se preocupam com o risco de hipóxia ou trauma fetal, pois não se sentem seguros com relação ao parto vaginal. Por esse motivo também é que Faúdes & Cecatti (1991) afirmam que em muitos hospitais apenas os trabalhos de parto mais rápidos e fáceis evoluem para um parto vaginal e uma mínima distócia (dificuldade na evolução de trabalho de parto) real ou imaginária acaba por resultar na decisão da realização de uma cesárea.

A forma como a prática obstétrica é realizada em nosso país também pode ser associada a uma das causas para esse número excessivo de cesáreas no Brasil. O pré-natal deveria ser um preparatório para a situação que será vivida no parto, no entanto, ele deixa muito a desejar, pois as orientações acabam trabalhando muito mais a favor de uma cultura do medo e da insegurança do que a favor de seu esclarecimento. O contexto social e a própria mídia reforçam este mesmo medo. A mulher, já no início do trabalho de parto, deveria receber apoio psicológico, prática, inclusive, recomendada pela OMS (1985). Mas, no Brasil, este apoio é praticamente inexistente. Este cuidado com o emocional e com o acolhimento da mulher é comum entre parteiras e doulas, o que hoje só uma camada muito pequena da sociedade tem acesso. Essa carência contribui para a perda da noção de trabalho em equipe, deixando o cuidado basicamente no nível individual (Luzes, 2007).

Para além da intervenção da cesariana, o parto normal no Brasil também sofre outras fortes interferências e restrições médicas. No estudo *Nascer no Brasil*, também foi encontrado que dentre as mulheres que tiveram o parto vaginal, observou-se uma

predominância do modelo de atenção extremamente medicalizado, o qual desconsidera as melhores evidências científicas disponíveis. As mulheres em sua maioria foram submetidas a excesso de intervenções e restrições. Dentre elas, as principais: privação de alimento e de caminhar durante o trabalho de parto, uso de medicação para indução do parto (ocitocina), uso da episiotomia (corte do períneo), posição litotômica e manobra de Kristeller. Dentre todas as mulheres que tiveram parto vaginal, apenas 5% não sofreram intervenções (LEAL et al. 2014).

Estas intervenções muitas vezes acontecem em sequência, configurando um fenômeno que ficou conhecido como “cascata de intervenções”, situação na qual uma primeira intervenção acarreta uma segunda e assim sucessivamente até que, em última instância, seja necessária a intervenção cirúrgica (MELLO E SOUZA, 1994; DINIZ, 2004; LUZES, 2007). Este excesso de medicalização e restrições no parto normal também pode contribuir para que a mulher, fragilizada no momento do parto, acabe apresentando maiores medos com relação à ameaça de risco e medo da dor, do sofrimento e da morte. A cesárea passa a ser vista pelas mulheres como uma possibilidade de fuga e proteção, tendo em vista que o parto normal no hospital é considerado degradante (PASCHE et al, 2010).

#### **2.4.1.2 –A anestesia de parto**

A visão do parto no mundo ocidental produzida pelo catolicismo é muito relacionada ao pecado, e a dor e o sofrimento da mulher associados à expiação de seus pecados. A obstetrícia médica, a partir do século XX, na intenção de proteger as mulheres desse sofrimento, começa a conduzir o parto com o *apagamento* da experiência através de sedação (DINIZ, 1997). Assim foi realizado em muitas mulheres de classe média o parto totalmente inconsciente, sob sedação total (conhecida como “sono crepuscular” ou *twilight sleep*). Este tipo de parto teve início na Europa e nos EUA nos anos 10 e era um tipo de parto muito bem visto pelos médicos e pelas mulheres da elite. Para sua realização, era injetada morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de amnésico, a escopolamina. Deste modo, a mulher tinha total anestesia do corpo assim como o absoluto esquecimento do evento. Para a evolução do trabalho de parto, geralmente era utilizada a indução por ocitócitos, a dilatação do

colo por meio de instrumentos e a retirada do bebê através do uso de fórceps altos. Além disso, pelo fato de a escopolamina ser também um alucinógeno, muitas mulheres ficavam fortemente agitadas, sendo necessária sua imobilização para que não se debatessem intensamente correndo o risco de se ferirem. Por conta desta situação vergonhosa na qual se encontravam as mulheres nesse momento, os leitos dos hospitais eram cobertos por uma barraca (WERTZ, *apud* DINIZ, 2005). No Brasil, para o parto inconsciente, Magalhães desenvolveu uma mistura de morfina com cafeína, que foi denominada “Lucina”. O modelo de sedação completa só começou a ser abandonado depois de várias décadas, no momento em que a alta morbimortalidade materna e perinatal passou a ser vista como um problema a ser tratado (DINIZ, 1997).

Com o desenvolvimento da técnica de anestesia, nos anos 60 estas passaram a ser utilizadas no parto do modo como hoje conhecemos. Mas se por um lado, a anestesia parece ajudar a mulher no trabalho de parto por diminuir suas dores, muitos problemas podem ser acarretados por seu uso. Já há evidências científicas que comprovam que o uso da anestesia peridural ou epidural está envolvido no prolongamento do trabalho de parto, pois interfere na liberação da ocitocina endógena, principal hormônio responsável pela contração uterina (RAHM et al, 2002). Sob efeito da epidural aumentam as chances de que seja requerida a utilização do fórceps, ocitocina sintética e mesmo a cesariana (BALASKAS, 1993).

Com relação ao recém-nato, diferentemente do que se acreditava no passado, foi descoberto que a anestesia ultrapassa a barreira hemato-placentária e chega até o bebê. Como resultados já documentados, há uma dificuldade do recém-nato anestesiado em buscar espontaneamente o peito da mãe, de modo que o aleitamento pode ser dificultado (RIGHARD, 1990). A anestesia peridural dificulta assim o contato entre mãe e filho no pós-parto imediato, pois tanto a mãe quanto o bebê, na maior parte das vezes, encontram-se sonolentos assim que ocorre o nascimento.

A OMS afirma que a analgesia de rotina não é requerida e que deve ser evitada (1985). No entanto, um problema que ocorre no Brasil é que a maioria da população, além de não ter conhecimento das possíveis complicações derivadas do uso da anestesia, desconhece ou desvaloriza uma série de métodos alternativos para o alívio

da dor, como a acupuntura, a imersão ou banho em água quente, massagens, técnicas respiratórias entre outras (CASTRO & CLAPS, 2005). Deste modo, a maioria dos profissionais considera o parto sem analgesia uma má-decisão e até mesmo “medicina para pobre”. Esta noção mais uma vez aproxima o uso da tecnologia ao padrão de consumo relacionado à renda ou à classe social da paciente (DINIZ, 2001), fortalecendo os preceitos da cultura tecnocrática.

### **2.4.1.3 – Episiotomia**

O primeiro relato feito a respeito da episiotomia foi em 1741, por Ould. Tratava-se de um método de prevenção contra lacerações severas para ser utilizado em situações excepcionais. Entretanto, dois eminentes ginecologistas passaram a recomendar sistematicamente esta técnica: De Lee (1915), que indicava o uso da episiotomia de incisão médio-lateral rotineiramente, e Pomenoy (1918), que tinha preferência pela incisão mediana ou periotomia para evitar roturas perineais extensas, principalmente entre as primigestas (MATTAR, ALQUINO E MESQUITA, 2007). Porém, este procedimento foi sustentado apenas por convicções pessoais e não por comprovações científicas (LUZES, 2007).

A episiotomia consiste na incisão perineal (área muscular entre a vagina e o ânus) feita com tesoura. Tem a extensão média de três a cinco centímetros, e objetiva ampliar o canal de parto para a expulsão do bebê. O método começou a ser utilizado como prevenção de traumas perineais, redução de morbimortalidade infantil, diminuição da retocele e cistocele (prolapso do reto e da bexiga, respectivamente) e relaxamento da musculatura pélvica. No Brasil, esse modelo vem sendo adotado e largamente ensinado em obstetrícia como uma conduta universalmente aceita e bem estabelecida. Tendo como base a justificativa de que o método seria capaz de prevenir o trauma perineal severo e possíveis danos no assoalho pélvico feminino, objetivando, assim, evitar futuros prolapso genitais e incontinência urinária. Os médicos crentes do benefício da episiotomia consideram que estes benefícios compensariam a dor causada na mulher pela incisão, assim como também as eventuais complicações que o procedimento pode causar (MATTAR, ALQUINO & MESQUITA, 2007).

Um movimento recente que busca aproximar a prática médica das evidências científicas consistentes providenciou uma revisão sistemática para avaliar a prática rotineira de episiotomia no período expulsivo do parto. Publicadas pela biblioteca Cochrane em 2006, a revisão concluiu que a episiotomia seletiva está associada ao menor risco de trauma perineal posterior, à menor necessidade de sutura e a menos complicações na cicatrização em comparação com a episiotomia rotineira (ou seja, aquela adotada protocolarmente em todos os partos) (MATTAR, ALQUINO & MESQUITA, 2007).

Além disso, diferente do que se acreditava, a revisão demonstrou que o uso rotineiro de episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo (as de 3º e 4º graus, que atingem profundidade de músculo e osso respectivamente), também não previne lesões no polo cefálico fetal ou produz uma melhoria nos escores de Apgar dos recém-natos, e tampouco reduz o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e a dor perineal pós-parto. E ainda há de se considerar o aumento significativo da perda sanguínea por parte da mãe, por conta do corte (CARROLI & BELIZAN, 2006). Como único benefício evidenciado com relação ao uso sistemático de episiotomia, foi encontrada uma diminuição do risco de traumatismo perineal na região anterior, no entanto, este tipo de laceração normalmente sangra menos, não necessita de sutura e é menos dolorosa do que os traumas de períneo posterior. A conclusão da revisão indicou ser mais benéfico o uso da episiotomia seletiva e que suas indicações seriam nos casos de sofrimento fetal, apresentação pélvica, progressão insuficiente de parto e ameaça de laceração perineal de terceiro grau (CARROLI & BELIZAN, 2006).

A combinação do uso da episiotomia com a posição litotômica (decúbito dorsal) e o uso de perneira produz um aumento significativo da possibilidade de o corte ocorrer (aumento da laceração), ou seja, o procedimento tenta evitar algo que, do modo como é feito na maioria dos lugares, acaba por produzir o que desejava evitar (DAVIS-FLOYD, 1992). Outra questão importante a ser colocada é o fato de que a episiotomia não é um procedimento que requer consentimento prévio da mulher, como é o caso da anestesia. (MATTAR, ALQUINO & MESQUITA, 2007). Assim, muitas vezes as mulheres são cortadas com o uso de anestesia local e nem sequer sabem que o procedimento

ocorreu, conferindo uma situação de desrespeito à integridade física e também moral da mulher, por conta do autoritarismo da conduta.

Mesmo já tendo sido comprovado que o uso rotineiro da episiotomia não constitui um bom exercício da obstetrícia, este procedimento ainda tem prevalência elevada e varia muito de acordo com cada região do mundo. Enquanto nos Estados Unidos é estimado o uso da episiotomia em 62,5% do total de partos do país, a Europa tem a ocorrência em 30% dos partos, e já na América Latina, na maioria dos lugares, ela ainda vem sendo utilizada como uma intervenção de rotina nas primíparas (MATTAR, ALQUINO & MESQUITA, 2007).

Ainda está se estabelecendo, através de pesquisas, qual seria a média adequada para a utilização da intervenção. O Ministério da Saúde, apesar de recomendar seu uso seletivo, ainda não determinou a taxa ideal a ser atingida. Alguns autores estimam que a frequência ótima deveria ser entre 10% à 30%. Um estudo publicado pela revista *Birth*, em 2005, aponta a taxa de 20% ou menos como a apropriada (GRAHAM et al, 2005).

Infelizmente, a maioria dos obstetras, mesmo aqueles responsáveis pelo ensino médico, os quais tem uma maior responsabilidade por estarem fundamentando a prática dos futuros médicos, não conseguem abandonar a episiotomia, pois ela lhes foi ensinada nos bancos universitários e eles estabeleceram o costume de utilizá-la rotineiramente (MATTAR, ALQUINO & MESQUITA, 2007).

#### **2.4.1.4 Ocitocina**

Historicamente, o uso de extratos da hipófise posterior já tem sido feito desde 1901 nas situações de hemorragia pós-parto. No ano de 1928, este extrato foi diferenciado em duas frações: a ocitocina e a vasopressina. Apesar da estrutura da ocitocina ter sido definida em 1953, a ocitocina pura começou a ser utilizada para a prática clínica em 1957 (YAMAGUCHI, et al. 2007). A ocitocina endógena tem três principais funções no corpo da mulher, são elas: a ejeção do leite, a contração uterina e o orgasmo. A ocitocina está presente também em todos os momentos relacionados ao vínculo emocional e social na vida do ser humano, pois trata-se do neurotransmissor

relacionado à sensação de apaixonamento (ODENT, 2002). No trabalho de parto, a ocitocina é o principal hormônio que orquestra o funcionamento de todos os outros. O principal acontecimento durante o trabalho de parto é a abertura do cérvix, um músculo muito forte que vai se dilatando lentamente até que atinge a abertura máxima de 10 centímetros. No início do trabalho de parto este processo é bastante lento, podendo durar muitas horas. Apenas após se atingir por volta de 4 a 6 centímetros de abertura do cérvix é que entra-se em parto ativo e o processo é mais rápido.

As contrações provocadas pela ocitocina endógena são ritmadas. Então, a mulher atinge um pico de ocitocina, no qual a contração fica forte e em seguida há uma baixa do hormônio, permitindo que ela relaxe e reestabilize a oxigenação para o feto. Quando a ocitocina sintética é administrada, a sua circulação na corrente sanguínea é contínua, aumentando a dor e gerando uma contração constante, não permitindo o absoluto repouso uterino entre uma contração e outra, o que muitas vezes provoca a exaustão da mulher e diminui o aporte de oxigênio para bebê, gerando o sofrimento fetal, que é uma das indicações para cesariana. Além disso, o aumento da contração gerado pela ocitocina sintética aumenta o risco de ruptura uterina, diminui os escores de Apgar do recém-nato e aumenta os riscos de hemorragia na retina e lesão cerebral de variados graus no recém-nato (DAVIS-FLOYD, 1992). Davis-Floyd, em recente documentário sobre parto, fala deste assunto:

O problema com a indução com este hormônio é que ele faz as contrações durarem mais, serem mais fortes e muito mais dolorosas. As contrações mais fortes e dolorosas diminuem o suprimento de sangue e oxigênio para o bebê, e algumas vezes colocam o bebê em sofrimento. Aí você sai correndo para uma cesariana por “sofrimento fetal”, que foi causado, em primeiro lugar, pela ocitocina administrada. O médico e a mãe dizem “graças a Deus temos o hospital; graças a Deus temos a tecnologia. Meu bebê teria morrido sem eles”. Enquanto na verdade foram a tecnologia e o hospital que criaram o problema desde o início. (DAVIS-FLOYD em depoimento no documentário Parto Orgásmico, 2008).

No Brasil, a administração de ocitocina no trabalho de parto é bastante comum. Muitas vezes o seu uso vem em decorrência da anestesia, que tem como um dos efeitos colaterais a redução da contração uterina. Outra questão relacionada a ocitocina é que sua secreção é antagônica à adrenalina, ou seja, quando uma está em alta a outra necessariamente é diminuída. Os mamíferos, quando sentem-se observados, liberam adrenalina. A ocitocina, por outro lado, é um hormônio que é liberado em situações de

intimidade e acolhimento. Assim, o próprio ambiente hospitalar favorece a produção de adrenalina em detrimento da ocitocina e, com isso, acaba por contribuir para a diminuição da contração uterina, uma vez que a mulher, na maioria das vezes, encontra-se totalmente exposta a vários profissionais, sob luz forte e exames regulares (ODENT, 2006). Para compensar a baixa de ocitocina endógena é administrada a ocitocina sintética, que além das questões já apontadas, não possui a função de apaixonamento, por não passar pela barreira hemato-encefálica, prejudicando o vínculo que se estabelece entre mãe e bebê no primeiro momento de vida. Pesquisas recentes vêm associando o uso da ocitocina ao aumento de doenças como o autismo (KIRSCH et al., 2005). A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o parto não seja induzido por conveniência médica, restringindo o procedimento apenas às especificações médicas precisas. Não há razão para que a taxa de ocitocina seja superior a 10% em nenhuma região geográfica (OMS, 1985).

#### **2.4.1.5 – Amniotomia**

Amniotomia, também conhecida como amniorrexe ou ruptura de bolsa, teve seu início com a entrada dos homens no trabalho de parturição, no século XVIII (DAVIS-FLOYD, 1992). A amniotomia precoce, ou seja, a ruptura da bolsa no início do trabalho de parto, com poucos centímetros de dilatação, com o objetivo de indução de trabalho de parto, é um método controverso. Com relação às vantagens do método, pode-se incluir a redução no tempo de trabalho de parto (que é uma vantagem relativa, uma vez que um parto mais demorado não necessariamente significa risco para mulher ou bebê) e a detecção precoce de mecônio no líquido amniótico.

Uma desvantagem trazida pelo método é a intensa compressão que o feto, desprotegido pela bolsa passa a vivenciar. As possíveis complicações acarretadas pela amniotomia são o sofrimento fetal (devido à compressão da medula, prolapso, ou por conta de uma diminuição temporária do fluxo sanguíneo uterino) e ainda infecção e sangramento de vasos fetais ou placentário. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a ruptura de bolsa não é necessária até os estágios finais do parto. A ruptura precoce de bolsa não tem justificativa científica (OMS, 1985).

#### **2.4.1.6 –A posição ginecológica para o parto**

As posições verticais sempre foram utilizadas para o parto. A partir do momento em que o parto começou a ser assistido por médicos no hospital, esse quadro mudou drasticamente (CARVALHO & LIMA, 2014). A posição ginecológica (deitada em decúbito dorsal com uso de perneiras) é mais comumente utilizada nos hospitais tradicionais do Brasil atualmente. Entretanto, já faz mais de 20 anos que os pesquisadores Scott e Kerr demonstraram as desvantagens de ter o peso do útero gravídico sobre a parte posterior do abdômen, pois esta condição provoca a compressão da veia aorta e da veia cava inferior, o que diminui o débito cardíaco (volume de sangue bombeado pelo coração por minuto), reduzindo, assim, o aporte de oxigênio também para o feto (BALASKAS, 1993).

A posição de cócoras é preferida pelas mulheres quando elas têm a liberdade de escolha (CARVALHO & LIMA, 2014). Comparando o decúbito dorsal com a posição de cócoras, foi demonstrado que a superfície da área do corte transversal do canal do parto pode aumentar em até 30%, quando uma mulher passa da posição deitada para a posição de cócoras facilitando a saída do bebê (RUSSEL, 1969). Uma metanálise de 22 estudos randomizados controlados com 7.280 mulheres comparou o uso de qualquer posição vertical ou lateral com a posição supina no segundo estágio do parto. As posições verticais estiveram associadas à redução da duração do relato de dor grave neste estágio e redução na taxa de episiotomia, assim como pequena redução no número de partos assistidos instrumentalmente e menos anormalidade no padrão de frequência cardíaca fetal. Entretanto, houve um pequeno aumento na incidência de lacerações perineais de segundo grau e um aumento no risco estimado de perda sanguínea superior a 500 ml (GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012). As evidências indicam que as mulheres devem ser encorajadas a escolherem a posição mais confortável durante o período de expulsão.

A OMS recomenda que a mulher tenha o direito de escolher a posição que lhe faça sentir melhor na hora do parto. No entanto, isso não tem sido respeitado nos hospitais muitas vezes para facilitar a assistência médica e outras vezes pelo fato de os

hospitais não dispõem de estrutura, como as cadeiras obstétricas ou camas que permitam a mudança de posição da mulher.

#### **2.4.1.7 –Monitoramento eletrônico fetal**

O monitor eletrônico fetal foi criado para prevenir a intervenção excessiva no parto, no entanto, o resultado de seu uso acabou produzindo exatamente o oposto (DAVIS-FLOYD, 1992). Através do monitor eletrônico fetal, a frequência cardíaca fetal é medida por meio de um dispositivo de Doppler, colocando um transdutor, acoplado a um cinto sobre a barriga da mãe durante o trabalho de parto. Este dispositivo, ligado a um monitor eletrônico, quantifica a frequência cardíaca fetal e a registra em papel, ao mesmo tempo que um transdutor de pressão registra a frequência e a duração das contrações uterinas (CORDOBA et al. 2011). O que diferencia a avaliação fetal de um parto sem risco e um parto de risco gestacional é a complexidade da tecnologia necessária. No caso das gestações de alto risco a avaliação via monitoramento eletrônico fetal se faz necessária na maioria das vezes. Uma vigilância rigorosa da vitalidade fetal pode contribuir para a evolução segura do parto vaginal, que é mais indicado para a maioria destas gestantes (HADDAD & CECATTI, 2011).

Já no caso de uma gestação de baixo risco a ausculta intermitente tem se mostrado mais eficiente. Uma revisão sistemática do monitoramento eletrônico fetal em pacientes de baixo risco esteve associada à redução da ocorrência de convulsão neonatal, no entanto não apresentou diferenças significativas para a ocorrência de paralisia cerebral, mortalidade neonatal ou qualquer outra medida padrão de bem-estar perinatal. Além disso, a monitorização eletrônica em partos de baixo risco esteve associada a maior incidência de episiotomia e cesariana comparada à ausculta intermitente dos batimentos fetais (ALFIREVIC et al. 2006). O uso indiscriminado do monitoramento eletrônico fetal além de tirar a liberdade de posicionamento da mulher, aumenta a quantidade de intervenções desnecessárias, pois nos casos de baixo risco a incidência de falso positivo que o aparelho produz chega a 60% dos casos. O que significa dizer que o aparelho *produz* risco, pois diagnostica casos não reais de sofrimento fetal. (LUZES, 2007). No entanto, apesar da ausência de evidências que defendam o uso rotineiro da monitorização contínua, esta ainda é muito utilizada em

diversos hospitais, assim o sofrimento fetal agudo é umas das justificativas mais frequentes utilizadas para a indicação de cesárea quando não existe uma indicação médica confirmada (HADDAD & CECATTI, 2011).

Quando o monitor fetal foi introduzido nos EUA, a taxa de cesárea era de 6%. Após dez anos de seu uso, a taxa já atingia 23% (DAVIS-FLOYD, 2008). Segundo a OMS (1985, 1996), não há evidências de que haja qualquer benefício para o bebê ou para a mãe no uso do monitoramento eletrônico fetal. Após observar detalhadamente características significativas do modelo tecnocrático de parto, fica evidente uma forte dicotomia entre os avanços técnico-científicos e a dimensão do cuidado, havendo uma grande dificuldade de comunicação entre ambos os lados (CREPALDI, 1999). Além do sofrimento físico e emocional causado por esse tipo de assistência, o uso indiscriminado de tecnologia estabelece um paradoxo, uma vez que é justamente o uso excessivo de tecnologia que não permite muitos países reduzirem suas taxas de morbimortalidade materna e perinatal (DINIZ, 2005).

## **2.5 – Da resistência: o modelo de humanização**

Segundo Foucault (2010), o poder trata das estratégias de dominação, as quais funcionam como uma rede que entrelaça todos os agentes sociais, tanto dominantes quanto dominados. Essa rede não possui regras muito claras para os que dela participam e justamente por meio dessa rede instável de práticas é que resistências são formadas, estabelecendo um jogo de forças que estão constantemente se sobrepondo uma a outra. O comportamento de todos que compõe esta rede é regulado e, em larga escala, determinado por regras e práticas que muitas vezes não foram formuladas racionalmente pelos indivíduos, das quais possivelmente os indivíduos estão sequer cientes (OKSALA, 2007).

No entanto, o poder não é um sistema determinista. É justamente por se tratar de uma rede instável que podemos afirmar que onde há poder, há também resistência. Assim, compreende-se que a resistência é uma prática dentro da dinâmica do sistema de dominação. Ao diferenciar os tipos de relação de poder, Foucault as dispôs em duas linhas: as relações estratégicas entre indivíduos, e os estados de dominação. Nas

relações estratégicas há uma relação em que um indivíduo tenta determinar a conduta do outro, neste tipo de relação existe um consentimento mútuo assim como a possibilidade de inversão dos papéis na relação.

Já na relação de poder denominada como Estado de Dominação, os indivíduos dominados são incapazes de subverter ou ao menos alterar a relação de poder. Isso acontece quando estas relações de poder tornam-se sistematizadas e enrijecidas por meio da institucionalização. É a partir dos estados de dominação que se abre espaço para o desenvolvimento das formas de resistência, que seriam instâncias que lutam para transformar as relações de dominação em relações estratégicas, na qual os jogos de força entre os dois lados encontram-se mais equilibrados (OKSALA, 2007).

É neste lugar de resistência contra a cultura hegemônica de assistência ao parto no Ocidente que situamos o modelo de humanização. Trata-se de uma cultura contra-hegemônica, que luta por seu espaço dentro da cultura institucionalizada e solidificada na sociedade, a qual buscaremos compreender sobre sua formação e sobre seus preceitos a seguir:

No decorrer das décadas de 70 e 80 ocorreu uma crise no modelo médico hegemônico, o modelo tecnocrático. Como fatores que contribuíram para esta crise podemos citar: o aumento dos gastos em saúde sem as respectivas melhorias prometidas pela assistência, a falta de consenso sobre os melhores procedimentos, assim como a grande divergência de opiniões nas diferentes regiões do planeta (DINIZ, 2005). Esta crise abriu espaço para o fortalecimento de um modelo contra-hegemônico que surgiu na década de cinquenta. Profissionais de saúde começaram nesta época a propor uma mudança profunda na assistência ao parto. Como pioneiros do movimento podemos citar Dick-Read (1942), autor do livro *Parto sem medo*, e, posteriormente, os métodos de Lamaze e Leboyer, este último autor do livro *Nascer Sorrindo* e do *Parto sem violência* (1976). Também foram fundamentais as ações dos movimentos feministas, a abordagem psicossocial de Sheila Kitzinger (1985) e o trabalho de Michel Odent, obstetra francês que tornou-se conhecido após introduzir o parto na água em uma maternidade francesa, que resultou em excelente aceitação por parte das mulheres que utilizaram o serviço. Este médico é um dos nomes mais importantes do

modelo humanista do parto no mundo, escreveu 12 livros sobre o tema, os quais foram traduzidos em 21 línguas.

O modelo humanista vem ganhando força no Brasil, principalmente a partir da década de 70, e por estar associado às evidências científicas recentes ganhou espaço recentemente, nas políticas públicas. O Sistema Único de Saúde (SUS) acolheu a humanização como modelo padrão de assistência, apresentando protocolos e recomendações para a prática obstétrica no país. No entanto, a implantação deste modelo não tem sido simples, e obteve sucesso concreto de seu estabelecimento em poucas instituições do país (como o hospital Sophia Feldman, em Minas Gerais). Esta dificuldade de implantação de um novo modelo obstétrico demonstra como as dimensões culturais, da qual fazem parte as questões institucionais, corporativas, econômicas e reprodutivas, têm dominância nas determinações na organização das práticas de saúde no Brasil (MUNIZ, 2013).

Ao falar de humanização na atualidade, há uma gama de interpretações possíveis do termo, uma vez que o movimento ganhou força, e também ramificações, cada uma com sua particularidade. A título de esclarecimento, apresentaremos os principais atores relacionados à humanização no Brasil, traçando um histórico breve de seu surgimento, para em seguida chegar ao modelo de humanização preconizado pelo SUS e pelo Ministério da Saúde, que é o modelo de referência da presente pesquisa.

### **2.5.1 – A origem da humanização no Brasil**

No Brasil, na década de 70, Galba de Araújo, no Ceará, e Moisés Paciornick, no Paraná, desenvolveram modos de pensar o parto totalmente distintos dos moldes de sua época. No Rio de Janeiro, em 1977, a criação do Instituto Aurora trouxe uma série de terapias alternativas para a gestação e parto. A criação do Hospital Pio X, em Goiás, referência nacional da humanização em saúde pública, também representou marcos importantes da história da humanização no Brasil (MUNIZ, 2013).

Em abril de 1985 ocorreu uma Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto em Fortaleza (Ceará), realizada pelos escritórios regionais da OMS na Europa e nas Américas. Esta conferência, composta por profissionais de diversas

áreas da saúde, dentre médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, foi marcada pelo apelo de saúde pública e de defesa dos direitos da mulher e teve como resultado a Carta de Fortaleza, a qual deu origem às 21 recomendações da OMS acerca do parto e do nascimento, organizadas no documento *Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth* (LUZES, 2007). Este documento aponta os direitos da população à assistência pré-natal e às informações a respeito de cada uma das várias tecnologias utilizadas no parto; descreve o papel das instituições de saúde sobre o parto e o nascimento; critica o uso excessivo de tecnologia no parto e apresenta questionamentos sobre a cientificidade de tecnologias invasivas utilizadas rotineiramente no modelo biomédico de assistência ao parto (PROGIANTI & MOUTA, 2009).

Em 1992, ocorreu a Reunião Internacional da Eco 92 e, em 1993, a Criação da Rede de Humanização pelo parto e Nascimento (ReHuNa). A partir destes eventos, uma quantidade significativa de informações começa a ser disseminada, demonstrando que o modelo de atenção ao parto no Brasil se configurava inadequado por utilizar um número excessivo de intervenções e desrespeitar os direitos da mulher. Iniciativas isoladas do modelo de humanização nas instituições já estavam se consolidando em alguns hospitais, como, por exemplo, o Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, e o Hospital Pio X, na cidade de Geres, em Goiás (RATTNER, 2009).

Os direitos de cidadania feminina estabelecidos na conferência da OMS de 1985 foram restabelecidos pela Conferência do Cairo em 1994. No mesmo ano, a humanização entrou em cena no Rio de Janeiro como política pública assumida para implantar os modelos de assistência humanizada na maternidade que se localizava dentro do Hospital Raphael de Paula Sousa, que foi renomeado para maternidade Leila Diniz (PROGIANTI & MOUTA, 2009). Em 1998, o Rio de Janeiro, em uma ação pioneira, publicou uma resolução que determinava o direito obrigatório da presença de um acompanhante da escolha da mulher durante o trabalho de parto e o parto nos hospitais municipais (Rio de Janeiro, 1998).

Em 1996, foram publicadas pela OMS, recomendações sobre as tecnologias adequadas para o nascimento e parto, classificando as práticas em quatro grupos, com

base nas evidências científicas. Estes grupos são: Grupo A, no qual estão organizadas as práticas que são benéficas e devem ser incentivadas; Grupo B, no qual se encontram as práticas danosas ou ineficazes que devem ser abandonadas; Grupo C, práticas com evidências insuficientes que precisam ser mais pesquisadas e; Grupo D, práticas que têm sido usadas de modo inadequado (RATTNER, 2009).

As associações e conselhos profissionais vêm se apresentando como polo de opiniões e de criação de propostas para mudanças. Dentre estes, podemos citar: a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiras Obstetristas (ABENFO) e o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP). Este último lançou em 1997 a campanha “Natural é parto normal”, que ganhou extensão nacional e, com apoio da FEBRASGO, lançou uma publicação intitulada *Ética em Ginecologia e Obstetrícia* (CREMESP, 2002). Tal revista rompe com a postura que o Conselho Federal de Medicina vem representando, apresentando uma defesa à promoção dos direitos sexuais e reprodutivos na assistência tocoginecológica.

Em 1998, O Ministério da Saúde passou a adotar a medida de aumentar em 160% a remuneração do parto vaginal, instituiu o pagamento de analgesia de parto e, para coibir o abuso de cirurgias cesarianas no Sistema Único de Saúde, foi criada a portaria que limita o pagamento de cesáreas em hospitais em 40%, para o segundo semestre de 1998, com redução semestral gradativa, até atingir 30% em 2000 (RATTNER, 2009).

### **2.5.2 –A Política Nacional de Humanização da Assistência ao Parto**

O Brasil é um dos 189 países que em 2000 assinaram um termo da ONU conhecido como *Oito objetivos do Milênio*, dentre os oito objetivos estava o compromisso em reduzir a mortalidade materna para no mínimo um terço dos valores de 1990 até o final deste ano, 2015 (LEAL, 2008). No entanto, apesar dos avanços produzidos por meio das medidas tomadas pelo governo na atenção de nível básico à gestante, estima-se que o ritmo da queda na mortalidade materna no Brasil não será suficiente para atingir a meta no tempo estabelecido (CARNEIRO, 2015). “As principais causas vigentes de morte continuam a ser hemorragias e hipertensão arterial, ambas

evitáveis por meio de assistência de qualidade ao pré-natal e ao parto" (LEAL, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde atualmente o Brasil tem 62 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos e a meta estabelecida pela ONU era de 35 mortes por 100 mil nascimentos. O ponto central para a adoção do modelo humanizado de assistência por parte do Ministério da Saúde foi o problema de elevada taxa de mortalidade materna do país (já largamente discutida acima). Como foi visto, apesar dos avanços tecnológicos, esta taxa continua a ser um fator de preocupação no Brasil, que se configura como um paradoxo na assistência do país e aponta para o risco de hipermedicalização do parto (MORSE et al, 2011).

Em vista deste cenário, o Ministério da Saúde, tendo como objetivo principal a redução da mortalidade materna no país, lançou em 2000 o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento –PHPN, introduzindo pela primeira vez o nome de *humanização* na assistência ao parto na política pública federal. Neste programa, o sentido adotado pelo termo humanização é de *equidade/cidadania*: estabelecendo que toda gestante tenha atendimento pré-natal integral completo: seis consultas e a de puerpério, exames, vacinas, antitetânica e garantia de vaga para o parto (RATTNER, 2009).

A criação da Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão no SUS (PNH), em 2003, se organizou em torno de uma preocupação metodológica: como intervir em certas maneiras de conceber, organizar e realizar os processos de trabalho em saúde, buscando solucionar os seguintes problemas: modos hierarquizados e autoritários de gestão; verticalização da comunicação; relações de trabalho debilitadas; tratamentos invasivos e desrespeitosos; procedimentos que alijam as pessoas de suas redes sociofamiliares; ações ‘terapêuticas’ que focam na doença e na sua extirpação, desconsiderando o indivíduo, suas necessidades, projetos de vida e condições particulares; sucateamento da rede pública de saúde; carência de insumos; degradação do local de trabalho; desarticulação entre os serviços de saúde, entre outras questões. Nesta direção é que a humanização trabalha, objetivando compor vias para a operacionalização de ações integrais, de modo a intervir, analisar e produzir mudanças nos processos de trabalho, na atenção e na gestão do SUS (MARTINS et al 2014).

Em 2004, o Ministério da Saúde promoveu 30 seminários de atenção obstétrica e neonatal humanizada e baseada em evidências científicas em todos os estados do país. Os seminários tiveram a participação de 1.857 profissionais de 457 instituições de saúde do SUS. No programa, houve apresentações e debates sobre as políticas do Ministério da Saúde; sobre os fundamentos éticos e filosóficos da assistência; sobre práticas obstétricas e neonatais baseadas em evidências científicas; sobre o modo como deve proceder a atenção ao parto nos diferentes estágios; análise crítica da via de parto; atenção ao puerpério; assistências às principais causas de óbito materno; prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; assistência ao recém-nato; atenção humanizada à mulher em situação de abortamento e pós-aborto, entre outros temas.

Ainda no ano de 2004, foi estabelecida, em parceria com todos os níveis de governo (federal, estaduais e municipais) e também com representantes da sociedade civil, a criação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. A Organização Mundial de Saúde, em 2006, outorgou ao Pacto o prêmio de reconhecimento *International Highlight in Social Mobilization and Dialogue to Promote the Millennium Development Goals*. Além dessas iniciativas, o Ministério da Saúde vem trabalhando com larga publicação e distribuição de livros, cartilhas e vídeos que apresentam normas e técnicas baseadas em evidências para o atendimento humanizado (RATTNER, 2009).

Em 2009, houve a criação do Plano de Qualificação de Maternidades (PQM) e Redes Perinatais da Amazônia Legal, que teve como objetivo qualificar 26 maternidades e aprimorar as redes de cuidados perinatais de 16 estados da Amazônia Legal e do Nordeste durante os anos de 2009 (formulação), 2010 e 2011 (execução). Em 2011, o Governo Federal lançou a Rede Cegonha (RC), que teve como baliza o PQM. O programa se configura como uma rede de cuidados para assegurar à mulher e ao recém-nato o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do SUS. Esta tarefa se realiza através da criação de políticas institucionais e técnicas para mudanças de processos de trabalho - acolhimento em rede com classificação de risco/vulnerabilidade, congestão, direito ao acompanhante de livre escolha da gestante. O foco das ações são a qualificação da gestão e da atenção materna e infantil, a humanização do cuidado, a

garantia dos direitos (sexuais e reprodutivos) das(dos) usuárias(os), implantação de Centros de Parto Normal (CPN) e Casas da Gestante, Bebê Puérpera (CGBP) e a diminuição da taxa de mortalidade neonatal e materna (BRASIL, 2012).

No Rio de Janeiro, foi criado o projeto Cegonha Carioca pela prefeitura, em 2011. O objetivo do projeto é a humanização e a garantia de melhores cuidados à mulher e ao bebê desde o pré-natal até o parto, na intenção de reduzir a mortalidade materno-infantil e incentivar a realização de exames de pré-natal. Na sua criação o projeto alcançava as regiões da Rocinha e de Santa Cruz. A partir de 2012, passou a funcionar em toda cidade (RIO DE JANEIRO, 2014). Por meio deste programa, as gestantes são alocadas nas maternidades de acordo com áreas programáticas. As gestantes fazem visitas à maternidade onde vão parir, recebem um enxoval para o bebê e são estimuladas a fazerem o pré-natal completo. Cada maternidade, hospital ou casa de parto acolhe determinados bairros pré-estabelecidos. Assim o sistema tem funcionamento no qual o bairro em que a paciente mora é que vai determinar o local de atendimento ao seu parto.

Não faltam esforços do Ministério da Saúde para a modificação da prática obstétrica brasileira. Porém, não bastam as políticas de saúde. Segundo Robie Davis-Floyd (2001), as mudanças das práticas obstétricas dentro da cultura hegemônica caminham a passos curtos e estão inseridas na necessidade de uma mudança paradigmática também da ciência. É preciso que haja disponibilidade para mudança por parte dos profissionais envolvidos. E, neste sentido, a resistência médica parece ser o principal entrave para a humanização.

## **2.6 – A ética na prática médica**

Na última década do século XX e início do XXI, o tema de educação em direitos humanos ganhou bastante relevância. Mas, já em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU), foi proclamado que a educação teria como propósito a plena expansão da personalidade humana, o reforço dos direitos humanos e das liberdades fundamentais e ainda, o favorecimento da compreensão da tolerância e da amizade entre nações, etnias e religiões (REGO, 2010).

No início do século XXI, três organizações de medicina interna, o *American Board*

of Internal Medicine Foundation, o American College of Physicians Foundation e a European Federation of Internal Medicine, elegeram os “Princípios Fundamentais do Profissionalismo Médico para o Século XXI”:

1. Princípio da primazia do bem-estar do paciente –“baseado na dedicação para servir ao interesse do paciente”(p.520);
2. Princípio da autonomia do paciente –“[...] médicos devem ser honestos com seus pacientes e empoderá-los para tomarem decisões esclarecidas sobre seus tratamentos [...]”(p.520);
3. Princípio da justiça social –“a profissão médica deve promover a justiça no sistema de saúde, incluindo a justa distribuição dos recursos de cuidado àsaúde [...]”(p.520). (*American Board of Internal Medicine Foundation, o American College of Physicians Foundation e a European Federation of Internal Medicine*)

Assim, estes princípios, quando postos em prática, garantem ao paciente a dignidade e o respeito dos direitos humanos. A relação baseada nestas premissas estaria respeitando e valorizando a autonomia do paciente, prezando por suas particularidades e dissipando possíveis discriminações.

No entanto, é importante ter clareza de que não são legislações, tratados ou códigos de ética que vão garantir o profissionalismo médico. Não se pode considerar o bastante decorar as condutas éticas; é preciso assimilá-las na prática, compreendê-las em sua essência para que seja possível sua real execução. Infelizmente, grande parte das recomendações, princípios e práticas que vêm sendo produzidas ainda ficam, na maioria das vezes, no papel e há uma forte dificuldade de diálogo entre a teoria e a prática (REGO, 2012).

O *expertise* técnico do médico é indispensável, no entanto, é preciso perceber que este não é a única dimensão essencial na formação médica. No Brasil, como já vimos, tem havido uma homogeneização da forma de parir, seja por um parto normal altamente medicalizado (comum às instituições públicas), seja pela chamada via alta, ou seja, cesariana (principalmente nas instituições particulares). Como justificativa principal para a alta incidência de cesárea, é comum os médicos atribuírem o desejo da própria mulher como fator preponderante. No entanto, muitas pesquisas já demonstraram que a minoria das mulheres afirma ter desejado a cesariana, mesmo tendo sido esta a via de nascimento de seus filhos (MELLO E SOUZA, 1996; LEAL et al. 2014).

Sob o aparente acordo da ética da medicina, encontram-se significativas

diferenças culturais. Embora a ética ocidental venha sendo amplamente difundida, assim como também a medicina ocidental e seu modo de organização social, os valores sociais que moldam as decisões médicas são também perpassados pelos valores particulares da cultura de cada região (MELLO E SOUZA, 1994).

No Brasil, a base ética dos médicos para priorizar a cesariana está fundamentada na noção de beneficência e direitos da paciente. Assim a justificativa de respeitar o medo da paciente diante da dor do parto tem sido justificativa para conceder-lhes uma cesariana. Nestes casos a questão ética acaba por se misturar com motivos e valores particulares, como os interesses pessoais dos médicos, sua popularidade e conveniência (MELLO E SOUZA, 1994). O fato de o Brasil hoje ser o campeão mundial de cesarianas (OMS, 2012) é um bom exemplo para demonstrar como muitas vezes os riscos relacionados à saúde podem tornar-se secundários, diante de outros valores reconhecidos e estimados na sociedade atual como a estética do corpo e o status que confere um parto tecnológico em uma sociedade tecnocrata.

Os sociólogos costumam relacionar algumas profissões como ícones da profissionalização. Entre elas estão a medicina, a engenharia e a advocacia. Essas profissões requerem um longo e complexo período de formação e estão de acordo com uma prática que é chamada de “ideal de serviço”, que consiste em colocar os interesses da clientela à frente de seus próprios interesses (REGO, 2012). Porém, o que tem sido visto no Brasil, muitas vezes, são os interesses dos médicos relacionados ao comodismo, à agilidade e à praticidade, que favorecem a banalização da cesariana (FAÚNDES & CECATTI, 1991).

As mulheres de classes média e alta no Brasil tiveram suas noções de corpo, de maternidade e de sexualidade capturadas pelo discurso médico (MELLO E SOUZA, 1994). E este fator, associado à não disponibilização por parte dos médicos a respeito dos riscos de cada intervenção, acaba produzindo prioridades supérfluas para justificar o uso de intervenções médicas desnecessárias. Evidentemente, esta conduta médica, quando realizada, fere e distorce a ética médica, uma vez que o conhecimento médico é utilizado para seus interesses próprios e não em pleno benefício da saúde da mulher e do bebê.

Além das questões éticas relacionadas ao abuso de intervenções, existem os

problemas relacionados a maus tratos por parte dos médicos para com as parturientes. Recentemente, no Brasil, um termo se tornou popular para denominar ambos os casos: “violência obstétrica”. Muitos estudos científicos apontam este tema na assistência brasileira, demonstrando que a violência contra a mulher é uma realidade comum a este tipo de atendimento (DINIZ, 2003; PEREIRA, 2004; LEAL, 2005; GOMES ET AL, 2008; WOLFF E WALDOM, 2008; HOTIMSKY, 2009; AGUIAR E D’OLIVEIRA, 2011; MUNIZ, 2013).

A violência obstétrica, presente em muitas instituições no Brasil, para a maioria dos profissionais de saúde se apresenta como um processo invisível. Já para as mulheres, a violência sofrida se situa no lugar do “indizível”. Este silêncio é a marca da opressão das mulheres enquanto sujeitos dentro do jogo de poder presente na dinâmica das instituições (MUNIZ, 2013). Esta violência demonstra uma realidade cotidiana que vai de encontro aos princípios dos direitos humanos (MATTAR & DINIZ, 2012).

Em novembro de 2013, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo produziu um panfleto informativo para as mulheres a respeito da violência obstétrica. Neste documento, o termo é definido de acordo com as leis (já existentes) da Venezuela e da Argentina que condenam a violência obstétrica:

Caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através de tratamento desumanizado, abuso da medicação e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (SÃO PAULO, 2013)

Um desafio para o Governo Federal e para as autoridades do Ministério da Saúde é trazer a agenda dos Direitos Humanos para a base do campo da formação médica para que seja possível diminuir os abismos estabelecidos entre o sistema de saúde e a formação médica, e entre a tecnologia dura e o cuidado humanizado.

E esta é uma das bases do projeto de humanização nos hospitais: o de resgatar a atenção e o acolhimento conferido pela assistência médica sem que se coloquem em xeque os avanços da ciência e da medicina moderna. Segundo Berlinguer (1996), o ideal a ser atingido é a associação bem sucedida entre um atendimento cientificamente

correto e altamente humanizado. E a ciência é um campo em que a dimensão ética tem ganhado força particularmente significativa nos últimos anos.

Apesar desse tema já estar sendo largamente discutido, ainda se encontra longe de ser um tema esgotado, principalmente no Brasil, onde a resistência às modificações, as violências obstétricas e o desrespeito aos direitos da mulher no atendimento ao parto são eventos cotidianos na maioria dos hospitais do país.

## **2.7 – Ensino obstétrico brasileiro: os paradoxos entre as evidências e o hábito**

Apesar de todos os estudos recentes, das diretrizes estabelecidas pela OMS e de todo o extenso material desenvolvido para servir de base ao atendimento do Sistema Único de Saúde, o modelo de atenção ao parto mais comum no Brasil, principalmente nos hospitais de ensino, é altamente intervencionista, ancorado em práticas desatualizadas e centrado no profissional médico e na instituição hospitalar (ANDRADE & LIMA, 2014). O distanciamento entre a prática obstétrica no Brasil e as evidências científicas recentes também se explica pelo modo como a transmissão do conhecimento obstétrico se dá nas universidades do país. Isto porque os processos de ensino-aprendizagem utilizados na formação médica são baseados em currículos arcaicos, marcados pela dissociação entre teoria/prática, básico/clínico e pela ótica biologistica do processo de saúde-doença (CEZAR et al. 2011). Esta dificuldade de acolher as transformações se relaciona com a cultura tecnocrática, uma das características deste modelo de assistência é a intolerância frente a modelos alternativos de assistência (DAVIS-FLOYD, 1998)

Sonia Hotimsky (2007) realizou recentemente uma etnografia sobre o processo de ensino e aprendizagem no âmbito teórico e prático da formação em obstetrícia, em dois hospitais-escola conceituados da cidade de São Paulo. Com relação à parte teórica da formação médica, ela encontrou, como recomendação de material didático, livros bastante antigos, com edições das décadas de 1980 e 1990. Novas edições, com materiais mais atualizados, não eram recomendadas.

Mas os problemas da formação obstétrica não se restringem ao material teórico, às grades de disciplinas dos cursos ou à aprendizagem formal dentro das salas de aula. Nos estágios e nas práticas regulares (como nos internatos oferecidos pelas

universidades) –onde, aliás, os alunos são preparados para se tornarem profissionais e adquirir segurança nas tarefas de seu trabalho (REGO, 1995) –a transmissão de conhecimento também revela questões importantes. Nas instituições médicas de ensino, os profissionais mais antigos e experientes servem de exemplo para os residentes e internos. Neste ambiente, muitas vezes a formação se estabelece em um âmbito informal, pois muitos médicos do *staff* da instituição, mesmo não tendo cargos docentes dentro da mesma, realizam as práticas demonstrando para os alunos didaticamente como fazer (HOTIMSKY, 2007).

Neste quesito, nas instituições pesquisadas por Hotimsky havia uma tendência de valorização da transmissão oral de conhecimentos e memória (apresentação de narrativas clínicas) em detrimento da leitura de material teórico e dos prontuários. Também foi encontrado que as condutas rotineiras são questionáveis com relação às evidências científicas (HOTIMSKY, 2007). Assim, o ensino prático do partejar durante a residência e internato, para além das aulas e das instruções mais específicas que ocorrem por meio de livros *eguidelines*, se dá de um modo muito mais vivencial e despido, não apenas da formalidade, mas também de material didático específico. Neste modo de transmissão de conhecimento, a educação acontece por meio da socialização dos alunos à realidade institucional e profissional. Para compreender este modo de apreensão de saber, é necessário analisar, com maior rigor, o próprio conceito de educação e o modo como a aprendizagem se estabelece nas instituições.

Entendemos educação como o processo pelo qual o indivíduo se introduz em determinado âmbito cultural preexistente. A cultura, por sua vez, está relacionada à realidade que se cria a partir dos afazeres humanos. A cultura não pode ser passada geneticamente, mas, sim, transmitida de uma geração a outra por meio de normas e valores da sociedade em questão (RAMOS E SILVA, 2013). A educação vai muito além dos momentos em que o ensino está sendo transmitido formalmente, pois o estabelecimento da educação se dá como resultado de todo o meio sociocultural em que um indivíduo se encontra, sobre os participantes deste meio. Assim, ela se instala dentro do domínio humano por meio de trocas de símbolos, gestos, intenções, padrões culturais e das relações de poder. Em todo processo educativo, existe um modelo específico de ser humano e, conseqüentemente, de comportamento e de sociedade. Os

indivíduos possuem faculdades que lhes possibilitam a aprendizagem e o desenvolvimento criativo de realidades novas, e é através desta qualidade mental que eles se apropriam de ideias, costumes, saberes e técnicas que já foram desenvolvidas por outras gerações (LOURO, 2007).

É fundamental que tenhamos um embasamento a respeito da maneira como a experiência subjetiva da realidade se constrói para que possamos compreender de que modo os internos e residentes da maternidade pesquisada são socializados com a cultura institucional. Assim, construção subjetiva da realidade, ou seja, a construção da realidade tal como cada sujeito experiencia interiormente, se desenvolve de acordo com o meio social. A sociedade estabelece com o sujeito uma interação dialética que é composta de três momentos: exteriorização, objetivação e interiorização. Esses três momentos não ocorrem necessariamente numa ordem temporal, mas são simultâneos e inerentes a todos os processos sociais. Assim, pode-se dizer que em toda vivência em sociedade está imbuída a dialética da sociedade (BERGER & LUCKMANN, 2008).

Entretanto, os indivíduos não nascem já participando da sociedade e, para serem integrados, é preciso, em primeiro lugar, que vivenciem um processo de interiorização, no qual ocorre a apreensão ou interpretação imediata de um acontecimento objetivo como dotado de sentido para o indivíduo. Este processo, de modo geral, é o que permite que os indivíduos comecem a produzir alguma interpretação a respeito da expressão da subjetividade dos indivíduos que o cercam. Assim, em um primeiro momento da interiorização, o indivíduo começa a compreender seus semelhantes para, em uma segunda etapa, apreenderem o mundo como realidade social dotada de sentido. Ao atravessar este processo de interiorização, o sujeito começa a compreender os processos subjetivos momentâneos do outro e, mais do que isso, é capaz de compreender o mundo em que o outro vive e sentir-se parte do mesmo (BERGER & LUCKMANN, 2008).

A partir desta primeira interiorização é que o indivíduo torna-se membro da sociedade e, a este processo, dá-se o nome de socialização primária. Por socialização entende-se a “ampla e consciente introdução de um indivíduo no mundo objetivo de uma sociedade ou de um setor dela” (BERGER & LUCKMANN, 2008).

A socialização primária pode ser resumida, em termos gerais, como a primeira socialização que o indivíduo vivencia em sua vida e, a partir da qual, torna-se membro da sociedade. Cada indivíduo vai receber uma socialização primária de acordo com o mundo social específico em que vive, ou seja, a família em que nasceu, a classe social em que se situa, a região em que vive etc. É neste cenário que a criança vai criar suas primeiras identificações com os outros, o que geralmente acontece com os pais ou outras pessoas que sejam significativas para ela. Por meio desta identificação com o outro –que acontece não só no nível cognitivo, mas também no emocional –é que a criança torna-se capaz de identificar também a si mesma e adquirir, assim, uma objetividade subjetivamente coerente e plausível. A identidade definida num dado local se adequa à realidade social específica daquele local, construindo o primeiro mundo do indivíduo.

Posteriormente a socialização primária, o indivíduo já socializado, ao longo da vida, vai sendo introduzido a novos setores do mundo objetivo de sua sociedade, e nestes momentos estabelece-se a socialização secundária (a qual nos interessa propriamente para esta temática). A socialização secundária se torna necessária em uma sociedade a partir das distribuições sociais do conhecimento. Deste modo, entende-se por socialização secundária a aquisição do conhecimento de funções específicas, as quais, direta ou indiretamente, têm suas origens na divisão do trabalho. A socialização secundária requer a aquisição de vocabulários específicos de funções, ou seja, a interiorização de campos semânticos que vão dar estrutura para as interpretações e condutas de rotina em uma área institucional (BERGER & LUCKMANN, 2008). Dentro da área médica (a qual nos interessa aqui), para que um estudante seja capaz de compreender o mundo médico, a primeira coisa carecida por ele é que adquira todo um vocabulário de técnicas precisas e específicas desta área de conhecimento, que vão compor este universo social. Assim, o aluno se tornará médico, não apenas pela aquisição de habilidades exigidas à profissão, mas, mais do que isso, por ser capaz de utilizar e compreender a linguagem médica (BERGER & LUCKMANN, 2008). Evidentemente, esta situação estabelece uma identificação subjetiva com a função e suas normas adequadas. O indivíduo passa a se sentir médico e a reconhecer sua função no mundo a partir da capacidade de relacionar-se de maneira inteligível com

seus semelhantes.

Assim, os estudantes de medicina, ao se inserirem na hierarquia médica dentro das equipes, aprendem, por meio da própria prática, modos de percepção, linguagens, formas narrativas e maneiras de criar os julgamentos que, no contexto local, são considerados culturalmente apropriados para a realização do trabalho clínico, reproduzindo o sistema vigente (HOTMSKY, 2007). Deste modo, são as características específicas dos médicos que se encontram no ambiente de socialização secundária do indivíduo (instituições de ensino) que vão estabelecer as funções, a linguagem, a técnica e os comportamentos que serão reconhecidos e interiorizados como adequados para exercer o papel da profissão médica. No entanto, pesquisadores apontam o fato de não existir um sistema cultural biomédico homogêneo (GOOD & GOOD, 1993; ATKINSON, 1995; CARAPINHEIRO, 1993; HOTIMSKY, 2007), de modo que cada instituição estabelece uma experiência clínica que é contextualizada socialmente por meio das práticas específicas de cada equipe de trabalho. O mesmo pode-se dizer a respeito da forma como cada equipe de cada local específico lida com as evidências científicas, no que diz respeito àquais informações privilegiam e quais informações consideram menos relevantes (ANGELL, 2001 *apud* HOTIMSKY, 2007).

A forma como a aprendizagem se estabelece por meio da experiência partilhada na prática das instituições de ensino parece produzir no aluno o fenômeno chamado de *efeito da mera exposição* (ZAJONC, 1968). De acordo com esta teoria, um indivíduo, quando exposto repetidas vezes a uma imagem, cria certa familiaridade com ela, e essa familiaridade, por sua vez, estimula sentimentos positivos para a mesma.

Em 1968, Robert Zajonc desenvolveu um estudo, no qual expôs um grupo de pessoas a uma sequência de imagens aleatórias, em uma velocidade tão rápida que não era possível realizar a distinção consciente de cada uma delas. Ao final da exposição, era solicitado que os participantes visualizassem um grupo de figuras e escolhessem uma entre elas. Como resultado, Zajonc notou que existia uma preferência absoluta pelas imagens às quais as pessoas já haviam sido expostas. Assim, sem que o indivíduo sequer note, seu subconsciente estabelece uma preferência emocional que vai influenciar de forma direta em suas decisões. De modo

análogo, os alunos de obstetrícia, expostos à constante experiência de ver seus professores realizando parto altamente medicalizado e instrumentalizado, como, por exemplo, o parto a fórceps, com uso da episiotomia, ou mesmo a cesariana, mantêm certa afeição pelos procedimentos e assim, conseqüentemente, os reproduzem (GARCIA-MARQUES, 2012).

Ainda com relação à socialização secundária, é relevante mencionar que o caráter de cada socialização secundária está relacionado ao status do corpo de conhecimento em questão. Assim, o status social do médico se sustenta justamente em suas peculiaridades linguísticas, que são absolutamente inteligíveis entre os médicos, mas fortemente obtusas para o sujeito leigo. Esta situação acaba por estabelecer um certo grau de superioridade do médico em relação ao seu paciente, que, por muitas vezes, subjuga este último, alijando-o das decisões a respeito de seu próprio corpo por não compreender a linguagem e a conduta médica (BERGER & LUCKMANN, 2008).

O “mundo básico” adquirido na socialização primária dá a noção de realidade central para o indivíduo, enquanto a socialização secundária vai ser responsável por compor uma realidade parcial, que é efetiva em um contexto social específico. Esta situação muitas vezes acaba sendo um problema para a socialização secundária, uma vez que a realidade interiorizada na primeira socialização tende a persistir e ter mais força com relação à socialização secundária, o que muitas vezes é compensado por meio de um aparelho legitimador para essa segunda socialização, que vai expressar-se na criação de símbolos, materiais e rituais específicos. Além disso, muitas vezes a estipulação institucional de aprendizagens sequenciais garante um reforço de prestígio à função em questão. Com relação à medicina, além de sua longa formação, é estabelecida a especialização e até mesmo a subespecialização em cursos cada vez mais restritos, cercando a profissão médica de um valor sociocultural positivo e reconhecido (BERGER & LUCKMANN, 2008). Os possíveis entraves que a socialização primária pode gerar no estabelecimento da socialização secundária parecem ser amenizados pelo longo tempo de exposição do médico à cultura institucional. Este conceito nos ajudará a compreender de que modo a mudança de sistema de crenças e paradigmas se desenvolve ao longo da formação dos médicos na instituição.

Segundo Becker (1992), “tornar-se médico é atravessar um dos rituais de passagem mais longos do mundo ocidental”. Assim, a aprendizagem do exercício da medicina parece ir além do processo de aquisição de conhecimentos científicos ou da discussão dos aspectos técnicos, e marca a iniciação a um novo status profissional, a produção de uma nova subjetividade marcada pela cultura médica.

O conhecimento de cada indivíduo com relação a sua ocupação profissional é bastante rico e específico dentro daquela determinada profissão e, enquanto este conhecimento funciona satisfatoriamente para a realização das tarefas rotineiras, é comum que se suspenda qualquer possibilidade de dúvida quanto à eficiência do mesmo. Somente quando as máximas falham em cumprir o prometido àquilo que foram destinadas a cumprir é que se estabelece uma questão para o profissional (BERGER & LUCKMANN, 2008). A postura de resistência médica perante as novas evidências científicas parece seguir este raciocínio, uma vez que a relação entre a intervenção utilizada e o fracasso em um atendimento não se apresentam de forma evidente e direta, como já foi visto. Por conta da cultura intervencionista do país, a tendência é que, quando acontece um resultado negativo no trabalho de parto e parto, seja desconsiderada no senso comum a possibilidade deste resultado ser decorrente de alguma intervenção. Assim, o “aparente” sucesso da medicina intervencionista garante aos médicos a suspensão de qualquer questionamento relacionado à prática a que já estão habituados a seguir.

Ao contrário do que se esperaria –que a universidade fosse o *locus* da busca do saber e do conhecimento e, portanto, que fosse a primeira a incorporar a prática baseada em evidências ao ensino, à assistência e à pesquisa –um dos maiores focos de resistência para a adoção do novo modelo é justamente a academia (RATTNER, 2009). Catedráticos de medicina de importantes universidades não apenas têm repudiado o modelo de humanização proposto pelo Ministério da Saúde, como têm publicado na mídia editoriais o desqualificando (RATTNER, 2009).

A cultura médica na qual os jovens profissionais são inseridos apresenta uma ideologia com duas dimensões distintas: a primeira denominada pelos autores de “competência”, que está relacionada ao conhecimento técnico e científico, ao fazer,

ação e; a segunda relacionada ao “cuidado”, que diz respeito às relações intersubjetivas, expressas na linguagem dos valores, da compaixão, da capacidade de se colocar no lugar do outro, ou seja, o quesito vincula à humanidade, a relação face-a-face entre médico e paciente (GOOD & GOOD, 1993). Estas duas dimensões ficam explícitas não apenas no ensino (GOOD & GOOD, 1993; MENEZES, 2001; HOTIMSKY, 2005) como também na própria prática obstétrica (SCHRAIBER, 1997).

Com relação ao modo como se articulam as competências técnicas/científicas e o cuidado/relação com as pacientes no ensino teórico prático na obstetria, Hotimsky (2007) observou que tanto no âmbito do ensino quanto na prática é dada uma maior valorização para o quesito técnico-científico, deixando o quesito inter-relacional como um aspecto secundário do trabalho e da socialização em medicina. Além disso, notou que as mulheres são excluídas dos processos decisórios acerca das condutas e dos tratamentos e, muitas vezes, não são sequer informadas a respeito dos mesmos; e que não existem parâmetros para a avaliação das atitudes dos alunos em suas interações com as mulheres. Ainda como ponto importante, evidenciou-se o conflito que se estabelece entre o diagnóstico clínico (que tem como suporte a entrevista e o exame físico) e a excessiva importância dada à tecnologia, defendida pelo complexo médico-industrial (HOTIMSKY, 2007).

Pelo fato de a experiência clínica ter se mostrado nas pesquisas recentes como um conhecimento heterogêneo moldado de acordo com a cultura de cada região, torna-se de fundamental importância que sejam realizadas análises sobre a formação médica por intermédio de etnografias realizadas em distintos contextos socioculturais, sendo considerados os sistemas culturais biomédicos locais (HOTIMSKY, 2007).

O processo de ensino e aprendizagem durante a residência ainda é muito pouco estudado e os estudos que existem se restringem a temas como a titulação do corpo docente, as condições de trabalho dos alunos e a forma como os programas são organizados, enquanto as questões relacionadas a como se desenrola o processo de aprendizagem ainda são muito pouco estudadas (REGO, 2010).

### **CAPÍTULO 3: UMA ETNOGRAFIA SOBRE A PRÁTICA E A TRANSMISSÃO DA CULTURA OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE BRASILEIRA**

No presente capítulo será abordada a pesquisa empírica realizada em uma maternidade de ensino. Será apresentado o método etnográfico, acompanhado dos dados relativos à pesquisa e à instituição em questão. Por fim, serão apresentados a análise e os resultados do material coletado no campo.

### **3.1 –Metodologia: A escolha do modelo etnográfico**

Para a pesquisa na maternidade, o método escolhido foi o etnográfico. A etnografia é uma ciência da descrição cultural do sistema de significados culturais de um determinado grupo. É comum que a pesquisa etnográfica seja associada à antropologia. No entanto, hoje em dia ela também tem sido utilizada por outras áreas de conhecimento como a educação e a psicologia social (GODOY, 1995). Segundo Fetterman (1989), a etnografia é “a arte e a ciência de descrever uma cultura ou um grupo”. Assim, a pesquisa etnográfica abrange a descrição dos eventos que ocorrem na vida em grupo, do comportamento dos indivíduos enquanto membros deste grupo e a interpretação do significado destes eventos para a cultura do grupo (GODOY, 1995).

A etnografia apresenta dois pressupostos básicos, que estão relacionados ao comportamento humano: o primeiro deles é uma hipótese naturalista-ecológica, na qual considera-se que o comportamento humano é significativamente influenciado pelo contexto em que ocorre; e o segundo é a hipótese qualitativo-fenomenológica, que vai afirmar ser quase impossível compreender o comportamento humano sem antes compreender o quadro referencial dentro do qual os indivíduos dão interpretações para seus sentimentos, pensamentos e ações (LUDKE, 1986).

No que diz respeito ao método da pesquisa etnográfica, ele é geralmente dividido em três etapas: 1) exploração, que consiste na seleção e definição do problema a ser pesquisado –que geralmente está associado à adoção (mesmo que provisória) de um modelo conceitual ou teoria –, do ambiente e dos contextos onde será realizado o estudo; 2) decisão, relativa à seleção dos dados que são necessários para a compreensão; 3) a interpretação dos fenômenos estudados, situando as descobertas num conceito mais amplo (LUDKE, 1986).

O pesquisador etnográfico deve se esforçar para ser um observador que tolera as ambiguidades, para ser capaz de trabalhar sob sua própria responsabilidade, para inspirar confiança e ser aceito. O trabalho de campo é realizado pessoalmente e o problema é descoberto no campo. Na medida em que os dados forem coletados, o pesquisador deve manter-se alerta para refutar ou corroborar com o modelo

anteriormente estabelecido levando à revisão ou à retomada do problema inicial sob uma nova ótica. A interação constante entre os dados reais e as possíveis explicações teóricas são fundamentais no trabalho etnográfico (GODOY, 1995).

Conta-se com vários tipos distintos de dados que são igualmente relevantes para o etnógrafo: a forma e o conteúdo das interações verbais entre os membros do grupo estudado, a forma e o conteúdo das interações não verbais entre os membros do grupo estudado, a forma e o conteúdo das interações verbais dos participantes com o pesquisador, comportamentos não verbais, padrões de ação/não ação, gravações, artefatos e documentos. Para a coleta, há igualmente uma diversidade dos métodos.

No caso da presente pesquisa, foram utilizadas a observação participante e entrevistas. A análise dos dados não consiste em uma etapa distinta do trabalho, mas, sim, permeia todo o processo de investigação, desde o momento em que o pesquisador seleciona o problema que será estudado, até o momento em que escreve a última palavra do relatório. No início do estudo há diversas questões e focos que com o seu desenvolvimento vão se afunilando e tornam-se mais diretos e específicos. O relatório etnográfico apresenta uma grande quantidade de dados primários, tendo em vista que o material de campo é o elemento mais importante da pesquisa etnográfica.

A metodologia da pesquisa etnográfica foi selecionada levando em consideração a riqueza de detalhes que este tipo de pesquisa pode captar frente à heterogeneidade do sistema de atendimento e condutas dos profissionais de acordo com cada instituição. O método qualitativo se mostra como uma excelente forma de se aproximar das nuances que se estabelecem no face a face entre médicos e pacientes, que conduzem às decisões das técnicas e dos procedimentos durante a assistência a um parto. É a partir do contato direto com o objeto de estudo que podemos observar de que forma as questões comportamentais e o ambiente hospitalar são capazes de influenciar os médicos na escolha de cada intervenção. Por outro lado, se temos apenas dados quantitativos, muitas questões são ainda relegadas a um nível especulativo, distante do que acontece de fato dentro dos hospitais.

### **3.1.1 –Dados relativos ao local e às condições de pesquisa**

Este estudo foi realizado em uma maternidade tradicional e consolidada, pertencente a uma instituição pública de ensino, localizada na cidade do Rio de Janeiro. A escolha deste campo se deu pelo fato de a instituição em questão ser uma das referências no campo da obstetrícia e ginecologia da cidade, e possuir tecnologia de ponta. Estas características lhe conferem certo *status* e, de certo modo, a instituição representa um "modelo" a ser seguido. Também o fato desta maternidade ser uma instituição de ensino, foi fator preponderante para sua escolha. Este fator permitiu que a pesquisadora entrasse em contato também com as questões relativas à transmissão de conhecimento prático entre os médicos antigos, os residentes e internos.

A investigação etnográfica foi realizada por meio de observação participante na maternidade, durante o mês de outubro de 2014, no qual a pesquisadora fez em média três visitas semanais à maternidade. As visitas aconteceram em dias, turnos e horários distintos, com permanência de sete horas em cada visita, totalizando aproximadamente 98 horas dedicadas à observação participante e às sete entrevistas realizadas no campo.

### **3.1.2 –Ética da pesquisa**

O projeto da pesquisa foi escrito, entregue e aprovado pelos Comitês de Ética do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro, assim como também pelo comitê de ética da Maternidade em questão. Formulários de consentimento livre e esclarecido específicos foram elaborados para cada grupo de entrevistados (internos, residente e *staff*<sup>5</sup>) e todos os participantes das entrevistas leram e assinaram seus respectivos termos. Quanto à observação participante, o esclarecimento e consentimento foram realizados verbalmente durante as visitas. Em cada serviço visitado foi pedida a concessão de autorização de observação de um dos

---

<sup>5</sup>*Staff* é um termo derivado do inglês que significa "pessoal". É um termo utilizado na maternidade para designar o grupo de funcionários que pertencem ao quadro de empregados da instituição.

alunos ou médicos no atendimento às pacientes. Preservamos o sigilo em relação à maternidade em que o estudo foi realizado, assim como a garantia do sigilo da identidade de cada um dos participantes envolvidos. Para isso, foram modificados os nomes e quaisquer outros dados que pudessem identificar os entrevistados, assim como os nomes e dados de todos os demais presentes nas observações participantes. Além disso, durante todo o processo, os dados da pesquisa foram acessados apenas pela pesquisadora, suas orientadoras e os membros do grupo de pesquisa.

### **3.1.3 –A observação participante**

A observação participante foi escolhida por ser um método que permite conhecer a rotina da maternidade - observando como as condutas são realizadas, como ocorre a interação entre os indivíduos, como são estruturados os plantões e o dia a dia da assistência –intervindo o mínimo possível em seu funcionamento. A observação foi realizada no centro obstétrico, nas unidades intensivas, no centro cirúrgico, na admissão, no ambulatório, nos corredores e nos demais serviços de assistência pré e pós-natal obstétrica oferecidos pela maternidade.

O método de observação participante tem sido utilizado na antropologia para estudar a formação médica, por ajudar na percepção de quais são as questões mais importantes e preocupações centrais envolvidas no processo (MENEZES, 2001; HOTIMSKY, 2007). A partir do contato com os médicos, acadêmicos e residentes, na fase de observação participante na maternidade, a pesquisadora teve a oportunidade de conhecer alguns profissionais e estudantes, os quais foram convidados a participar das entrevistas que constituíram a segunda etapa do trabalho.

### **3.1.4–As entrevistas**

Foram realizadas sete entrevistas semiestruturadas em profundidade nas dependências da maternidade em horários combinados com os entrevistados, estes foram selecionados durante o período de observação participante. Três das entrevistas realizadas foram com médicos do *staff* da instituição, duas com residentes em

obstetrícia e duas com estudantes da faculdade vinculada à instituição. Para cada um dos três grupos de entrevistados (*staffs*, residentes e internos) foi criado um roteiro específico para guiar as entrevistas. No entanto, mesmo com roteiro de antemão estabelecido, este não impediu a formulação de novas questões que surgiram durante a entrevista, mediante a necessidade de compreender melhor algumas das respostas dos participantes. Os roteiros das entrevistas encontram-se em anexo (Anexo 1). Cada entrevista teve um tempo médio de 90 minutos.

Para o registro dos dados, foi utilizado um celular com gravador digital, anotações complementares foram realizadas no diário de campo da pesquisadora. Após a gravação, as entrevistas foram transcritas integralmente para análise. Posteriormente às transcrições, as gravações foram destruídas e as transcrições armazenadas em banco de dados, protegido com senha.

### **3.1.5 – Os entrevistados**

Para a escolha dos entrevistados foram estabelecidos os seguintes critérios na intenção de possuir maior abrangência de variáveis: que metade dos entrevistados fosse do sexo masculino e metade do sexo feminino; que a variabilidade de idade dos entrevistados fosse a mais ampla possível (no caso, de 25 a 52 anos); que o grupo de entrevistados contasse com pelo menos dois internos, dois residentes e dois *staffs*. Ao final da seleção, um sétimo membro, outra médica do *staff* foi também convidada, tendo em vista que se interessou em participar e que apresentava pontos de vista bastante divergentes dos entrevistados anteriormente, posicionando interessantes contrapontos.

## **3.2 – O *ethos*<sup>6</sup> institucional como guia da prática e da formação obstétrica**

A cultura obstétrica ocidental contemporânea, nada mais é do que um reflexo da cultura biomédica atual como um todo. Esta cultura é marcada pela supervalorização da

---

<sup>6</sup>Entendemos por *ethos* uma síntese dos costumes e do modo de ser de um povo. Os traços que caracterizam um grupo humano, particularizando-o dos demais grupos, a partir do ponto de vista social. O *ethos* de uma comunidade é processado mediante as atividades humanas sob a forma de cultura apresentando os costumes característicos de determinada sociedade.

tecnologia e pela objetificação do paciente em prol de uma racionalidade mecânica, que reduz a complexidade humana às suas condições puramente biológicas.

Na cultura institucional da maternidade, a hipertrofia da medicalização é marcante, e há uma redução na autonomia dos pacientes frente à condução do tratamento. Deste modo, o médico está no lugar de protagonista do parto, enquanto a mulher é alienada dos processos e decisões do nascimento de seu filho. O parto é caracterizado como um evento potencialmente patológico e essencialmente médico, acompanhado da crença da necessidade indiscutível da tecnologia para “corrigir” as deficiências da fisiologia feminina. Isso se evidencia constantemente no modo como os partos são conduzidos com uma série de intervenções precoces no intuito de minimizar possíveis riscos, assim como através das falas dos médicos.

O culto à tecnologia e à velocidade (inerentes a sociedade atual) introduzem ao evento do parto uma série de intervenções e transformam a diagnose e a significação íntima e pessoal das questões da saúde individual das pacientes em problemas técnicos a serem resolvidos. Deste modo, o atendimento a gestante/parturiente na maternidade em questão, em muitos momentos, desconsidera sua subjetividade, seu bem estar emocional e psíquico, e resume o quesito cuidado da assistência à terapêutica da dor inerente ao parto.

Características fundamentais da cultura tecnocrática foram constatadas empiricamente na maternidade em questão. Os principais elementos que se destacam são: intervenções e tratamentos realizados com objetivo de reparar uma disfunção (curar a doença e não o doente), de modo que o corpo do doente é entendido como uma máquina; organização hierárquica da equipe na qual a autoridade está, sobretudo, nas mãos dos médicos, alijando as mulheres do direito de escolha; supervalorização da tecnologia dura por meio de um sistema dirigido pela economia e com foco em resultados rápidos; alienação do médico em relação a paciente, de modo que ela acaba sendo tratada como objeto da medicina e não como sujeito; intolerância com relação a modelos contra-hegemônicos (DAVIS-FLOYD, ST. JOHN, 1998).

No universo da obstetrícia da maternidade pesquisada, chama atenção também o fato de se mostrar recorrente e significativa a preocupação com processos judiciais, seja na conversa entre médicos ou para a tomada de decisões relativas à assistência. A

obstetrícia é a especialidade médica mais envolvida em processos disciplinares/judiciais (CREMESP, 2002). E em diversos momentos o raciocínio institucional se mostrou pautado na preocupação com o risco de processos judiciais, a tal ponto que algumas condutas na assistência foram baseadas antes nesta preocupação, do que em questões clínicas.

Para além da transmissão cultural como um todo, na qual a ritualística médica captura a percepção e a experiência da mulher diante da parturição (DAVIS-FLOYD, 2009), na maternidade pesquisada este processo se estende ao âmbito da formação profissional. O que significa dizer que os alunos da instituição são familiarizados e socializados em uma cultura hospitalar que supervaloriza a alta tecnologia e a velocidade, aproximando a assistência ao parto à produção industrial. A experiência do nascimento (momento tão único na vida de uma mulher) é então vista e tratada como mais um “problema” a ser resolvido por meios técnicos e tecnológicos.

A hierarquia institucional presente na maternidade em questão, além de posicionar os médicos num patamar acima dos outros profissionais de saúde –evidenciando uma série de desvalorizações do papel de outras áreas de conhecimento, como a dos enfermeiros –também posiciona os médicos mais antigos no lugar de forte influência sobre os mais jovens e os alunos. Assim, foi percebido que a transmissão de valores e conhecimentos, muitas vezes, acontece de modo informal, por meio da reprodução sistemática, por parte dos alunos, do modo de condução de atendimento à gestante/parturiente realizado pelos médicos mais velhos e autoridades da instituição.

Foi possível observar dentre os entrevistados diferenças com relação ao “tempo de casa”. Ou seja, os alunos recém-chegados à maternidade trazem informações e valores adquiridos em outras instituições (ou mesmo na formação teórica) que, por vezes, divergem da cultura institucional. Deste modo, ao entrarem em contato com a cultura vigente se comovem com situações que não estão habituados, como por exemplo, a violência obstétrica. Entretanto, com o tempo, eles vão se familiarizando com o *ethos* da instituição e, situações que no passado os sensibilizavam, são gradualmente naturalizadas e sistematizadas como rotina.

A intolerância aos modelos contra-hegemônicos também se apresenta crescente de acordo com o “tempo de casa”, se diferenciando entre os três grupos de

entrevistados. Enquanto os internos entrevistados tiveram uma visão majoritariamente positiva com relação ao modelo de humanização, os residentes já apresentaram maior intolerância. Esta intolerância aparenta ser resultado da socialização aos *ethos* institucional, e não de um conhecimento mais profundo. Em entrevista, os residentes apresentam posicionamento contrário a temas dos quais têm sequer conhecimento (como, por exemplo, ao falarem sobre as *doulas*, como veremos em detalhes). Por fim, o grupo de médicos entrevistados, em sua maioria, foi o que apresentou o maior grau de intolerância frente à humanização. Além disso, também apresentaram desconhecimento sobre temas que se colocaram contra. Foram observadas conversas exaltadas entre os médicos, com críticas agressivas ao modelo de humanização, por parte de autoridades da instituição.

A necessidade de transmitir conhecimento aos alunos resulta em trabalhos e partos e partos com muitos profissionais presentes, altamente instrumentalizados e com diálogos técnicos em linguagem biomédica. Tendo como consequência, um alijamento das mulheres na participação ativa das decisões relativas ao próprio parto e mesmo total alienação das etapas atravessadas durante o processo. Logo, a maioria das parturientes sente-se inibidas para fazerem perguntas ou pedidos durante a assistência. Esta situação reforça a noção de biopolítica que é marca das instituições contemporâneas, na qual a mulher é vista como simples corpo vivo e tem seu corpo manejado de modo a garantir a aprendizagem dos alunos (AGAMBEN, 2010). Assim, a violência obstétrica se evidencia constantemente na maternidade de forma silenciosa, em pequenas omissões, desvalorizações e lapsos que, aos olhos já condicionados dos profissionais, não são percebidos.

Para fins didáticos, este capítulo foi organizado da seguinte maneira: primeiramente será discutido a respeito das principais características da cultura institucional. Em seguida, compreenderemos o modelo hierárquico que organiza o comportamento dos sujeitos na instituição, assim como o modo que a transmissão dos valores culturais, conhecimentos e hábitos se dão entre os médicos mais experientes e os alunos. Para tal, nos valeremos de algumas situações ligadas à prática médica na maternidade. Por fim, discutiremos a respeito da intolerância institucional frente ao modelo de humanização. Esta organização foi estabelecida apenas para fins didáticos,

pois uma vez que os conceitos fazem parte de uma gama de características da cultura da instituição, a todo tempo eles se fazem presente e se entrelaçam ao longo do capítulo de resultados, sendo apresentados e retomados em momentos posteriores.

### **3.2.1 –A visão industrial da saúde e a patologização do corpo feminino**

Antes de iniciar a pesquisa de campo propriamente dita (na época da formulação do projeto de pesquisa –outubro de 2013), a pesquisadora esteve em uma apresentação feita por um dos médicos da maternidade em questão, em uma mesa redonda sobre Parto Normal e Cesariana. Esta palestra apresentou preliminarmente à pesquisadora a visão de mundo da instituição que, um ano depois, tornou-se campo de sua pesquisa. As principais forças representacionais que se explicitaram na ocasião foram: um sistema médico orientado pela economia, a mercantilização da saúde e a patologização do corpo feminino, como veremos a seguir.

O médico iniciou a palestra com a seguinte frase: “*Time is Money*”(tempo é dinheiro, em tradução literal). Em seguida, afirmou que não é a toa que a maior incidência de cesariana no Brasil acontece nas capitais do Rio de Janeiro e de São Paulo, sugerindo que a operação seria um modo de lucrar mais. Assim, o médico respalda o aumento da cesariana na economia de tempo. A visão do mundo pós-industrialização, que associou o nascimento à ótica mecanicista, se explicita aqui de modo incontestável. O médico segue dando uma série de explicações que seguem a lógica de patologização do corpo feminino para justificar a necessidade da alta incidência de cesárea no Brasil. Como por exemplo: afirma que o uso do salto pela mulher moderna é responsável pelo enfraquecimento do assoalho pélvico, tornando-a incapaz de dar à luz pela via baixa. Outro fator destacado pelo médico foi o fato de no Brasil existir uma pluralidade de etnias, produzindo “anomalias” como bebês grandes para a pelve pequena da mãe. Este primeiro contato com um membro antigo da instituição, reconhecido como autoridade, já nos apresenta o fundamento do sistema representacional de valores da maternidade em questão.

Dentro da cultura tecnocrata, a tecnologia é compreendida como bem de consumo e o corpo da mulher é compreendido como uma máquina disfuncional, que deve ser

corrigida e modulada pelo monitoramento e pelas intervenções médicas. E ao bebê, considerado como produto, é importante que esteja, tão rápido quanto possível, fora do corpo da mãe. Assim, o sistema, regido pela economia, não sofrerá prejuízos, e o bebê poderá ter sua saúde e vida sob o controle da medicina.

A força representacional que valoriza a velocidade do atendimento está estritamente relacionada à questão da patologização da fisiologia da gestação, do parto e do corpo feminino. Isso se evidencia em quatro circunstâncias que se apresentam ao longo da pesquisa de campo, são elas: a forma como é utilizada a ocitocina na instituição, a frequência com que ocorre a ruptura de bolsa, o tempo de trabalho de parto considerado “normal” e o tempo de gestação considerado “normal”.

Diferente do médico da palestra acima, que apresenta de modo explícito as características da instituição, entre os entrevistados, elas se evidenciam de modo discreto, por meio de relatos espontâneos e atos falhos. A fala do Dr. Antonio, residente entrevistado, é exemplar dessa sutileza. O médico utiliza o termo “acelerar” para se referir ao motivo do uso de alguma intervenção e, em seguida, tenta se corrigir, como veremos a seguir:

Essa paciente que já tem uma dilatação [que está] quase em período expulsivo, de quase 10 cm, e tem uma atividade uterina ruim. Para isso a gente pode utilizar ocitocina, pra tentar melhorar essa atividade uterina, e acelerar – não acelerar, mas continuar com o desenvolvimento normal do trabalho de parto. (Dr. Antonio, 25 anos, residente)

Uma das consequências da mercantilização da saúde se expressa na necessidade de agilizar os procedimentos, de modo que os leitos possam ser esvaziados e preenchidos por outras parturientes. Mesmo sendo uma instituição pública, a racionalidade voltada para a produtividade também se faz presente, de modo a evitar superlotações. Assim, mesmo que os médicos saibam que a velocidade não é o que garante o bom atendimento ao parto, ela está implícita como uma necessidade da assistência, o que se evidencia no relato do Dr. Antonio. Uma das principais intervenções utilizadas para acelerar o trabalho de parto é precisamente o uso da ocitocina sintética, o qual foi apontado pelo entrevistado. Dra. Manuela, residente entrevistada, conta como aconteceram, em geral, os atendimentos aos partos que realizou na instituição:

[Como foram os atendimentos ao parto que você realizou?] Se deu complicação, assim? [No geral, como eles foram?] No geral é normal, no geral é... chega em trabalho de parto, evolui... muitas vezes a gente precisa de ocitocina que é para ajudar na contração. Mas no geral evolui de uma forma boa. [Você já fez algum parto sem ocitocina?] Já. O de hoje foi sem. [Por quê?] Porque evoluiu rápido [três horas da admissão ao nascimento do bebê] ela contraiu bem, a evolução foi rápida num precisou. Às vezes acontece assim... até bastante. Assim, a ocitocina a gente não usa mais para todo mundo né? [Antigamente usava para todo mundo?] Ah teve uma época pelo menos assim, quando eu tava acompanhando lá no estágio era muito comum assim, de internar e taca ocitocina em todo mundo, mas desde que eu comecei a residência não é bem assim, por que a ocitocina é uma medicação então... tem os riscos também né? (Dra. Manuela, Residente, 28 anos).

Apesar de os médicos da maternidade afirmarem que a ocitocina tem indicação precisa e que só é administrada quando indicada, a pesquisa de campo na maternidade mostrou contrário: dos 18 partos observados, apenas no parto acima, relatado pela Dra. Manuela, a ocitocina não foi administrada. No relato da médica, chama a atenção a justificativa que ela utiliza para o fato de não ter sido utilizada a ocitocina, ela diz: “Por que evoluiu rápido” e não “por que não houve parada na progressão do trabalho de parto”. Fica implícito o uso da ocitocina nesta instituição com a função de acelerar o trabalho de parto.

Um dos internos entrevistados, Gabriel, conta sobre um parto em que o uso da ocitocina foi praticamente imediato à internação da paciente sugerindo, mais uma vez, a possibilidade desta intervenção ter sido utilizada, como o aluno diz, com a finalidade do trabalho de parto “evoluir bem rápido”.

Normalmente, com o uso da ocitocina o parto evolui bastante rápido. Por exemplo, hoje teve uma que a gente internou aqui as oito e, dando dez horas da manhã, já estava terminando. Ela chegou aqui com dois centímetros, e teve dilatação completa às dez horas então, duas horas de trabalho de parto. Tem casos que demora, 24 horas até. Hoje foi por causa da ocitocina que evoluiu bem rápido. (Gabriel, interno, 26 anos)

Outro procedimento que comumente acelera o trabalho de parto é a ruptura de bolsa (amniotomia). Dra. Manuela, ao explicar o motivo pelo qual a ruptura de bolsa é realizada, comete o mesmo lapso que o Dr. Antonio. A médica usa o termo “acelerar” e, em seguida, se corrige, afirmando que nada deve ser feito para acelerar o trabalho de parto, mas sim para “corrigir”.

Romper a bolsa é um assunto meio controverso, porque tem correntes que falam que, na verdade, você rompe a bolsa para um diagnóstico de sofrimento fetal. Você quer ver como estão líquidos que já é um sinal de alerta, às vezes não vai ser indicação de cesariana, mas é um sinal de alerta, se você rompe a bolsa e sai um líquido claro é sinal de que o bebê está bem, mas se sai um líquido com mecônio, assim, tinto de mecônio e tal, já indica algum sofrimento. Você já vai ficar mais atento e tal. Mas existem outras formas de acompanhar o sofrimento durante o parto, não precisa ser a amniotomia que é romper a bolsa. E outra linha que é mais comum, que é de você romper a bolsa para melhorar a contração porque a apresentação vai descer, vai para mais próximo do colo e vai estimular a contração, a acomodação do feto na pelve e vai **acelerar** o trabalho de parto. Então é uma das medidas para você **corrigir** a contração, corrigir a atividade uterina. É claro que você não vai fazer para acelerar o parto. Não se deve fazer nada para acelerar o trabalho de parto. Você tem que fazer para corrigir. (Manuela, 28 anos, residente) [grifos da pesquisadora]

Neste relato, além de ter sido mencionado, a princípio, a ideia de tornar o processo mais rápido, a residente também usa o termo “corrigir”. Para *corrigir* alguma coisa, subentende-se que esta coisa está fora do percurso natural e precisa ser regularizada. Assim, subliminarmente a palavra informa que o corpo da mulher é disfuncional, e deve ser corrigido pela tecnologia. Este ponto de vista se aproxima do modelo visto na fundamentação teórica, conhecido como “*one-two punch*,” no qual a medicina reconhece um procedimento fisiológico como disfuncional, para em seguida, corrigi-lo por meio da tecnologia (DAVIS-FLOYD, 2009).

Ainda sobre velocidade, Dra. Manuela fala a respeito do tempo “normal” para o trabalho de parto:

No geral o que tem descrito é de até dez horas de trabalho de parto. São dez centímetros, né? Mas esse início é muito diferente porque para ir de fechado para quatro centímetros não só demora 4 horas, né? Demora muito mais porque é ainda a fase latente do trabalho de parto. Mas assim, em média uma hora para cada um centímetro de dilatação durante a fase ativa do trabalho de parto. (Dra. Manuela, residente, 28 anos)

A divergência entre o que está descrito e o que a médica conta vivenciar no dia a dia aponta para uma característica comum da medicina moderna descrita por Canguilhem (1990) a patologização do normal. Um evento que no passado tinha como duração “normal” mais de vinte horas (DAVIS-FLOYD, 2008) hoje tem seu limiar de normalidade reduzido pela metade: dez horas. À medida que é disseminado este tempo mais curto de trabalho de parto do que o que geralmente acontece na realidade, a tendência é que seja conformado pelos médicos que o trabalho que vá além de dez horas precisa ser “corrigido” por meio da ocitocina. Na fala de um médico do staff, Dr.

Mauro, o tempo de oito a doze horas é considerado “normal” e, trabalhos de parto que tem maior ou menor tempo que este já são considerados por ele “variações”.

O trabalho de parto numa primípara [mulher que está parindo pela primeira vez] tende a ser um trabalho mais prolongado do que nas pacientes secundíparas. O trabalho de parto dura em média de oito a doze horas, enfim, há variações relacionadas à paridade e a outros fatores concomitantes. (Dr. Mauro, staff, 52 anos)

Levando em consideração que este médico é um dos com maior tempo de casa e que tem grande influência sobre os demais, suas afirmações fazem parte do sistema de valores que serão assimilados pelos mais jovens por meio da autoridade que sua figura imprime aos demais.

Já no caso do tempo considerado seguro para aguardar a entrada natural da mulher no trabalho de parto, sem que seja necessária a interrupção da gestação, Dra. Manuela diz:

Quarenta e uma semanas. Assim... nos livros vai até quarenta e duas, mas no Rio de Janeiro e na baixada é diferente. No Rio, a gente considera 41 semanas; na baixada, em alguns lugares vai até 42 semanas. Mas, em média, sem considerar nada de comorbidade materna e nem fetal, o prazo que a gente diz assim que pode ir uma gestação aqui no Rio é 41 semanas. (Dra. Manuela, residente, 28 anos)

Pelo relato da Dra. Manuela, se uma gestante de 41 semanas fosse atendida na baixada, seria considerada “normal”, já a maternidade em questão (situada na cidade do Rio de Janeiro) teria seu tempo gestacional considerado “anormal” (o que é por eles chamado de pós-datismo) e, protocolarmente, teria sua gestação interrompida. Vale lembrar ainda, que a maternidade em questão é uma instituição de ensino. Assim sendo, os alunos são socializados a partir da ótica de que é arriscado manter uma gestação para além de 41 semanas e, provavelmente, depois de formados, tomarão suas decisões individuais pautadas na conduta aprendida na instituição: interromper a gestação assim que ela atingir 41 semanas.

### **3.2.2 As intervenções preventivas do risco potencial**

Outra característica da cultura da instituição pesquisada é a assistência que toma os riscos potenciais do parto como diretiva para a tomada de decisão dos médicos. A ótica do trabalho de parto e o parto como eventos arriscados em si, associada

à necessidade de adequar o atendimento à parturiente ao processo de produção do hospital, resulta, na maioria das vezes, na tentativa de controle de todos os mecanismos do parto por parte dos médicos, levando a infundáveis interferências.

Os riscos potenciais como justificativa para as intervenções (ou mesmo para legitimar a indispensabilidade do parto hospitalar) foram apresentados em diversos momentos pelos médicos durante a observação participante e nas entrevistas. Uma das médicas entrevistadas, Dra. Larissa, discorre a respeito do monitoramento e do controle do trabalho de parto como um dos fatores responsáveis pela segurança do parto hospitalar na atualidade:

Você precisa, né, controlar [o parto]. Hoje é um processo muito menos arriscado e muito mais seguro. Mas muito mais seguro às custas de uma boa vigilância, de uma boa monitorização. (Dra. Larissa, staff, 37 anos)

No entanto, a monitorização excessiva é que, muitas vezes, respalda o uso de intervenções desnecessárias (como no caso da cardiotocografia como veremos abaixo). Um dos internos entrevistados, além de acreditar que o parto é mais seguro por conta da vigilância e da monitorização, associa o aumento da cesárea no Brasil à intervenção precoce e o desenvolvimento da assistência médica.

Acho que a evolução do atendimento médico no mundo inteiro tem feito com que você consiga fazer um diagnóstico de alguma complicação que antigamente você não conseguia. (...) Hoje em dia, com o desenvolvimento tecnológico e biomédico você consegue antecipar um risco que você não tinha antes, que vai fazer você indicar uma cesárea, entendeu? (Gabriel, interno, 25 anos)

A excessiva preocupação com o monitoramento e o controle do evento do parto, em geral, é que produz a avaliação do risco potencial no trabalho de parto/parto, e conseqüentemente a intervenção precoce. Mais uma vez, trata-se da expressão do ritual tecnocrático do parto “*one-two punch*”, no qual a própria tecnologia é responsável por desnaturalizar um evento fisiológico do corpo da mulher para “consertá-lo” a partir de um novo dispositivo tecnológico.

A maioria dos médicos entrevistados não leva em consideração as conseqüências dessa avaliação seguida de correções preventivas. Apesar de reconhecerem que intervenções (utilizadas na intenção de minimizar um possível risco) produzem novos

riscos, parecem não tentar evitá-las, mas sim, compreendem esse risco como parte inerente do processo. Na fala de um dos internos entrevistados, Gabriel, a sequência de procedimentos aparece bem naturalizada, sem muitos questionamentos. Listando as intervenções por ele consideradas comuns na maternidade durante a evolução de um trabalho de parto sem risco habitual, ele afirma:

A gente vai fazer analgesia para diminuir a dor da paciente, apesar que (a analgesia) dificulta o processo de contração... mas aí, se tiver algum problema com a questão da evolução do parto, a gente vai fazer a cesárea, ou vai fazer a ocitocina para poder estimular. (Gabriel, interno, 25 anos)

Dra. Mariana foi a única das entrevistadas que apresentou uma certa preocupação com as intervenções em sequência:

[A ocitocina] é um procedimento para acelerar o trabalho de parto. Algumas vezes, quando faz anestesia, o padrão de contração piora um pouco e aí você faz a ocitocina para corrigir o padrão da contração, para não parar, porque uma das complicações da anestesia é a parada de progressão, ela para de contrair.(...) [Eu sóvi um parto que não teve ocitocina.] Ocitocina não deveria ter em todos. Não deveria, ocitocina é um procedimento invasivo. Como eu te falei é um medicamento que a gente usa para acelerar o parto, se a paciente estiver no trabalho de parto evoluindo muito bem na velocidade dela, fisiológica, não tem por que botar ocitocina. [Mas éisso que costuma acontecer aqui?] Não, não porque eu acho que tem uma ansiedade muito grande para que aquilo se resolva, então eu acho que ansiedade da paciente e do médico. Na verdade não era para ser assim, você deveria ter visto mais trabalho de parto sem ocitocina. (Dra. Mariana, Staff, 36 anos).

Dra. Mariana, em específico, foi a médica que dentro do universo de entrevistados apresentou um ponto de vista mais abrangente e, muitas vezes, divergente da cultura institucional. No entanto, se na teoria ela apresenta opiniões distintas dos demais entrevistados, na prática ela tende a se adequar aos moldes culturais da instituição. Assim, a médica transita entre dois universos, e em entrevista, frequentemente estabeleceu diferenciações entre o que faz no atendimento particular, em seu consultório, e o que faz na maternidade em questão.

Concluindo o que foi visto sobre as intervenções para prevenir os riscos potenciais foi que apesar de existir a percepção dos efeitos colaterais de cada intervenção no corpo da mulher, na cultura institucional o monitoramento e o controle sobre os eventos do parto são considerados fundamentais, pois prevenir os possíveis riscos é considerado absolutamente necessário. Provocar um novo risco e intervir novamente

para corrigi-lo parece preferível do que deixar um risco potencial sem prevenção, principalmente porque as intervenções em sequência garantem um maior domínio do médico com relação ao desenvolvimento do parto. Assim, é comum que complicações (como a parada de progressão do trabalho de parto) aconteçam durante o atendimento à parturiente como consequência do uso de anestesia. E os já familiarizados com estes eventos não consideram que tais complicações careçam de reflexão sobre suas práticas. Pelo contrário, entendem como uma característica inerente ao processo, que será por eles mantido sob controle à medida que já existem tecnologias para repararem estas complicações (como, por exemplo, o uso da ocitocina sintética). Este processo, no qual um procedimento carece de outro, segue como um ciclo vicioso, gerando o que é conhecido como “intervenção em cascata”.

Como exemplo de uma máxima da intervenção em cascata, tomamos um parto acompanhado na íntegra que explicita a cultura vigente na maternidade no que concerne à tomada de decisão pautada no risco. Este parto apresenta as principais características observadas na grande maioria dos partos assistidos durante a pesquisa de campo. Dentre os 18 nascimentos observados, apenas em um não foi utilizada a ocitocina e, em nenhum dos partos normais foi evitada a ruptura de bolsa ou o uso da anestesia. Além da intervenção em cascata, o parto apresentado abaixo também demonstra claramente a violência obstétrica, na qual a falta de empatia para com o sofrimento da gestante, falas agressivas e grosseiras e a intimidade da parturiente discutida e julgada publicamente estão presentes.

Chego às 23:00 hrs na instituição para participar do plantão da noite, em um dia de semana. Enquanto estou em campo, uma jovem de 21 anos, Juliana<sup>7</sup>, chega à admissão à 1:10 da madrugada. Está grávida de seu segundo filho. Até este momento, o centro obstétrico estava vazio, o que permitiu que os médicos ficassem mais à vontade, conversando e assistindo à televisão. A paciente afirma estar com 40 semanas e seis dias de gestação. Os médicos, contrariados com o fato de serem interrompidos em seu ‘momento de folga’, ironizam a afirmação: “*Nossa! Ela é um expert sobre tempo de gestação, né?*”, diz a obstetra. Os médicos riem. Uma das residentes desce para atendê-la e, pelos exames, constata que ela está com cinco para seis centímetros de dilatação. Em seguida, a residente sobe novamente para a sala dos médicos e confirma que a paciente terá de ser internada. Comenta ainda que a paciente grita muito, que deu um grito tão alto na admissão que doeu os ouvidos dela. A

---

<sup>7</sup>O nome de todos os entrevistados, assim como o de todas as pacientes e acompanhantes foram alterados a fim de manter a identidade dos participantes em sigilo.

paciente chega ao Centro Obstétrico chorando alto e reclamando de muita dor. Os médicos, impacientes com seus gritos, logo perguntam se ela deseja uma anestesia. Não é explicado nada a respeito das possíveis consequências da intervenção; apenas é dito que *'vai parar de doer'*. A jovem aceita. Para que a anestesia seja realizada, a paciente assina um termo (este é o único procedimento na maternidade que requer termo de compromisso assinado pela paciente). A paciente assina, mas não o lê, o que é compreensível dentro da situação em que se encontra. A anestesista chega mal humorada e faz caretas ao ouvir os gritos da paciente. Comenta com a enfermeira: *"Nossa, essa vai dar trabalho! Vamos dar logo a anestesia, se não ela vai acordar todas as outras."* A anestesista trata a paciente de forma ríspida: *"Olha só, Juliana, se você não me ajudar eu não vou poder te ajudar! Você precisa ficar quieta!"*. Enquanto conduzem os procedimentos junto à parturiente, as residentes comentam, com surpresa – e em voz alta – que a paciente já teve outro filho aos 13 anos de idade. Ignorando a presença da parturiente, que ouvia a conversa, manifestam sua reprovação à pouca idade de sua primeira gestação: *"Ela é muito nova e já tem dois filhos!"*, ao que a outra responde surpreendida: *"Também não acreditei!"*. Minutos depois da anestesia, colocam a cardiocografia juntamente da ocitocina sintética [importante ressaltar que se tratava de uma paciente secundária de baixo risco e que estava em trabalho de parto ativo<sup>8</sup>, com contrações regulares e em uma gestação acompanhada por pré-natal regular e sem riscos habituais]. Após a analgesia, a paciente diz que está muito cansada e reclama de não estar sentindo nada. A anestesista se volta para a enfermeira e diz: *"Primeiro ela reclama de dor, agora reclama que não tem mais dor?!"*. A enfermeira responde: *"Analgesia dá nisso."* Pergunto para a anestesista qual tipo de anestesia foi ministrada e ela responde que foi mista. Em seguida, sem que eu pergunte nada, ela diz: *"Tem pacientes que chegam aqui muito desesperadas e a gente tem que ser ríspido para elas entenderem."* O marido da paciente entra no centro obstétrico para acompanhá-la e ela se acalma. Em seguida, rompem a bolsa, às 02h10. A enfermeira diz: *"Achei que depois da anestesia iam acalmar, mas aí romperam a bolsa... não vai ter jeito, esse parto vai pegar o meu plantão."* A médica então responde: *"Mas ela já está com nove! Tinha que romper!"*

Às 02h49 da manhã, o alarme de um dos aparelhos que acompanham a paciente começa a apitar. Pergunto à enfermeira do que se trata e ela afirma não saber. Pergunto à residente que está atendendo o parto do que se trata, ao que ela responde: *"Não sei, deve ser uma bomba!"* E ri.

Às 03h10, a paciente está com dilatação total. A médica conta as contrações usando o cronômetro do celular, mas não explica o que está fazendo. Parece distraída olhando para o aparelho enquanto atende a paciente. A vigília da madrugada muda às 03h00 e uma nova residente começa a atendê-la, acompanhando-a com mais cuidado. Incentiva-a e a estimula verbalmente durante as contrações. A chefe do plantão entra pela primeira vez desde o início do atendimento no Centro Obstétrico, às 3h23 e, ao ver o gotejar da ocitocina, exclama: *"Mas isso não é ocitocina!"*, (se referindo ao gotejar lento do hormônio) e acelera a descida do soro.

Às 03h29 são colocadas as perneiras e acendem refletores sobre a paciente. A chefe do plantão novamente pega a cardiocografia, liga, e, antes de aplicá-la à mulher, percebe que o aparelho está com defeito, dando sinal mesmo sem estar aplicado na paciente. A chefe e a residente riem. Espalha-se povidine pelas pernas e pela vagina da paciente. E às 3h40, a criança nasce. O

---

<sup>8</sup>O trabalho de parto ativo é o estágio do trabalho de parto em que há presença de contrações regulares, de cinco em cinco minutos em média e que se tornam cada vez mais frequentes e intensas. No trabalho de parto ativo, espera-se uma hora por centímetro de dilatação em média.

bebê é levado para os exames e limpeza. A placenta é extraída em seguida. É posta uma nova ampola de ocitocina no soro da mãe. Pergunto à médica por que isso foi feito, ao que ela responde: *“A ocitocina é para o parto acontecer mais rápido.”* Pergunto, então, o motivo do uso de ocitocina no pós-parto e ela segue: *“Ah, depois do parto a gente coloca para evitar a hipotonia do útero, que na verdade é muito raro de acontecer. Mas a gente faz por prevenção, né?”* (Diário de campo: plantão da noite de um dia de semana. Outubro, 2014)

Neste trabalho de parto e parto, no qual da admissão ao nascimento da criança foram contados no relógio exatas duas horas e trinta minutos, os médicos alteraram o processo natural do parto com quatro intervenções: a analgesia, a ocitocina, a ruptura de bolsa e o monitoramento eletrônico fetal. A questão do controle dos riscos potenciais se mostrou explícita para os processos de intervenção, pois as intervenções subsequentes à anestesia aconteceram mesmo antes da ocorrência de qualquer alteração na fisiologia natural do trabalho de parto. A ocitocina foi utilizada como consequência do uso da anestesia, mesmo sem ter sido constatada redução da contratilidade uterina. Também como consequência, ocorreu o uso do monitoramento eletrônico fetal e a amniotomia, que, por sua vez, também não foi precedida de indicação. Mesmo após o parto, a ocitocina foi mantida para evitar a hipotonia do útero, que segundo a médica que atendeu o parto, é algo “muito raro” de acontecer.

Com relação às tomadas de decisão deste parto, o que se nota é que a visão dos médicos está associada ao parto como um evento potencialmente perigoso –perigo este que eles preveem e tentam evitar por meio de intervenções. Seguindo este raciocínio, os possíveis efeitos colaterais de cada uma das intervenções são deixados em segundo plano. Assim, embora a noção de risco seja um fator marcante da perspectiva médica sobre o processo natural do parto, os riscos decorrentes das intervenções médicas nos processos de parto e parto são considerados habituais e apenas lhes conferem a justificativa à indicação de nova intervenção.

No geral, uma das primeiras intervenções que acontecem no parto na maternidade em questão é o uso da anestesia. Diante da cultura atual em que a dor e o sofrimento são vistos como problemas a serem erradicados da sociedade, é comum que grande parte das mulheres tenham medo e queiram evitar a dor do trabalho de parto. Assim é que a anestesia costuma ser muito bem vista por alguns profissionais como é o caso do *staff*, Dr. Mauro:

Eu acho muito interessante analgesia de parto. Óbvio. Embora haja pacientes que tenham alguma resistência. Tudo isso tem que ser conversado, tem que ter a aquiescência da paciente. (Dr. Mauro, staff, 52 anos)

Chama atenção o fato do Dr. Mauro colocar como óbvio o seu interesse pela analgesia de parto. Faz parte do *ethos* institucional a associação do cuidado com a paciente ao uso da anestesia (entraremos em detalhes abaixo). Por outro lado, métodos alternativos de alívio da dor, como massagens, banhos quentes (métodos que não acarretariam em efeitos colaterais sobre a progressão do trabalho de parto) não costumam ser valorizados e, portanto, não são utilizados. Dra. Mariana chega a citar estes métodos, no entanto, fala da dificuldade de administrá-los na maternidade em questão, não apenas pela disposição física da instituição, mas também pelo preconceito dos médicos diante dos métodos comuns ao modelo de humanização (contra-hegemônico). Sobre métodos alternativos de alívio da dor, Dra. Mariana diz:

[Existe algum outro método de alívio da dor além da anestesia?] Existe acupuntura, mas não é feita aqui. A gente tem uma anestesia aqui que faz acupuntura, mas para o trabalho de parto não é feita desta maneira, né? A acupuntura é feita antes. O que mais?...A gente tem chuveiro, a gente tem bola, uma bola de pilates que a paciente pode...esses exercícios podem diminuir a dor da paciente e retardar a necessidade de fazer anestesia da paciente, né? [Vocês usam essa bola aqui?] Essa bola existe aqui dentro! É uma bola vermelha e está lá embaixo, só que as pessoas não usam. (...) Ela tem apelido, né? Xerecoball. Ridículo, né? Horrível! Tem apelido, é muito feio isso! A bola...existe preocupação com a higiene da bola por que a bola fica no chão e a pessoa tá pelada, tá sem calcinha, mas mesmo assim é possível você botar um lençol em cima da bola, né? Não precisa botar a mulher para ficar no chão. Ela senta na bola. (...) O chuveiro eu uso muito! Botar a paciente no chuveiro. Também não é prático, você não tem um chuveiro para cada paciente. Você tem um banheiro. Então, se você botou uma paciente no chuveiro, e alguém quiser fazer xixi, o banheiro está ocupado, né? Mas às vezes a paciente tá evoluindo, o bebê tá descendo e aquele banho vai dar uma aliviada boa. Eu acho que vale a pena. Na Maria Amélia tem o cavalinho também, né? Uma cadeira que a pessoa fica fazendo uma posição que ajuda também. Aqui a gente não tem nada disso. (Dra. Mariana, staff, 36 anos)

A intolerância frente a outros modelos de assistência é também uma característica do modelo tecnocrático de assistência ao parto visto na fundamentação teórica. Esta intolerância se confirma em diversos momentos nas conversas dos médicos, como veremos na seção “Intolerância a outras modalidades: a humanização pela ótica da maternidade”. Mas aqui já temos o prelúdio do tipo de reação que a maioria dos

médicos da maternidade tem quando confrontados com práticas características dos modelos contra-hegemônicos de parto.

### **3.2.3 –O processo judicial como determinante na tomada de decisão dos médicos**

O medo de ser processado é tema recorrente na conversa entre os médicos, nas entrevistas e na própria sala de aula. Como foi visto, a obstetrícia é uma das especialidades médicas que mais sofre processos administrativos e/ou judiciais (CREMESP, 2002). E apesar desta temática não ter sido incluída nas perguntas do roteiro de entrevistas, ela apareceu por citação espontânea em grande parte das entrevistas em situações diversas. Segundo os entrevistados, o maior problema com relação aos processos em obstetrícia tem relação com o fato de a paciente não estar doente e, por isso, o que se espera é que ela saia saudável da maternidade, como explica Dra. Mariana.

Eu acho complicado na obstetrícia porque não se espera um desfecho negativo, nunca. Então a paciente (...) vem partindo do princípio que tudo vai dar certo e que vai ficar tudo legal, né? Então não pode complicar, né? Isso gera uma tensão, com certeza. Uma responsabilidade muito grande em você...é mais difícil você explicar um desfecho negativo. Se você trabalha no CTI, quando você interna um familiar no CTI, você espera até o pior e aí se acontece dele ficar bem, você fica muito feliz, né? E se tem um desfecho negativo você fica triste, decepcionado, mas você não vai com essa força toda em cima de quem está cuidando daquele paciente. Então na obstetrícia a gente tem essa tensão. Isso é complexo, a gente trata da paciente, da família da paciente, das expectativas daquele casal, né? (Mariana, staff, 36 anos)

O problema que Dra. Mariana aponta, também é citado por Dr. Mauro e Dra. Manuela. Já o interno Gabriel justifica seu desinteresse em seguir a especialidade de obstetrícia justamente pela dificuldade de lidar com as expectativas e frustrações da mulher e dos familiares:

[Você pensa em ser obstetra?] Não é que eu não goste de obstetrícia, mas a questão é que eu acho que a relação (...) com a mãe e com a criança, que tem todo aquele problema, e ainda tem o processo, aquele negócio todo, se qualquer coisinha acontecer vai igual uma bola de neve em cima do profissional, mesmo que o profissional tenha feito tudo certinho, sempre vai ter alguma coisinha, entendeu? (Gabriel, interno, 26 anos)

Gabriel aponta como principal razão para seu desinteresse com a especialidade, a frequência com que o obstetra é responsabilizado por problemas no parto. A residente Dra. Manuela, ao ser questionada sobre “os riscos do processo”(quando a pesquisadora se referia ao riscos de complicações do trabalho de parto) compreendeu a palavra processo como processo judicial. Vejamos seu relato a seguir:

[O que você acha dos riscos inerentes ao processo, o que você pode dizer sobre isso?] Ah, é horrível! Os processos que os obstetras podem ter, né? Ah é o pavor que todo mundo tem, eu acho. Porque você vê que os médicos no geral estão sempre muito fragilizados, fragilizados não, muito expostos. Porque, às vezes, você fala uma coisa, querendo explicar o que está passando, dá uma informação a mais para a paciente e a paciente, às vezes, distorce o que você fala. Então, a gente sempre fica num dilema de “não posso falar muito, mas não posso falar pouco”. Às vezes você fala muito, a paciente entende errado; às vezes você fala pouco e a paciente não entende o que você quer dizer. Então tem sempre esse dilema de como falar com o paciente (...) E o obstetra, de todos médicos que existem, é o que tem um dos maiores índices de processo, né? O obstetra e o cirurgião plástico, eu acho, pelo que eu já li. Então, dá sempre muito medo porque a impressão que dá é que todo mundo uma hora vai passar por isso, e alguma hora alguém vai ter que passar, né? É um medo que existe sim. (Dra. Manuela, residente, 28 anos)

Como explicitado pela residente, os riscos de ser processado parecem estar de fato bastante presentes no imaginário dos obstetras da maternidade, isso se explicita claramente em duas situações: na condução da aula de ética da disciplina de obstetrícia e na tomada de decisão relativa aos partos como veremos a seguir.

A pesquisadora teve a oportunidade de assistir uma aula, cuja temática era ética profissional, da disciplina de obstetrícia que é ministrada dentro da maternidade, para os alunos no 5º período:

Chego à sala de aula e o professor é um senhor de idade, que tem um tom de voz bem baixo. Os alunos optam por sentar no fundo da sala, local que a voz do professor torna-se quase inaudível. Apesar do pouco interesse dos alunos na aula, que estudam outras disciplinas em seus tablets e notebooks, o professor inicia a aula. Curiosamente, a temática da ética, na fala do professor, parece estar mais relacionada ao modo como os alunos devem proceder em suas consultas para evitar processos judiciais, do que uma apresentação voltada para as questões dos direitos e da dignidade humana. O professor diz que é preciso se proteger fazendo o paciente assinar termos de consentimento para não correr risco de ser processado. Em seguida, afirma que o paciente tem direito a autonomia em decidir sobre qual procedimento será usado, e que isso deve ser esclarecido “*A pessoa é livre para fazer as escolhas desde que esclarecidas, mas essa autonomia acaba com o risco eminente de morte. Neste momento, o médico é livre para decidir sem o consentimento do paciente.*” Durante toda a aula, o conceito base que se apresenta é o de como minimizar o risco de processo. O professor diz que o mais importante é a relação entre médico e paciente, e, ao justificar a afirmação, explica que se o médico estabeleceu uma relação legal com o paciente, lá na frente, se acontecer algum erro, é mais fácil de o paciente relevar. Em seguida, esclarece a diferença entre processos feitos à pessoa física e à pessoa jurídica, e termina a aula contando de um processo, no valor de R\$ 1 milhão, que a maternidade está sofrendo com relação ao pai de um bebê internado há mais de um ano na UTI neonatal. (Diário de campo: Aula de ética da turma de medicina do 5º período, ministrada na instituição. Manhã de um dia de semana. Outubro, 2014)

O fato de uma aula sobre ética ter tido sua temática original desviada para

preocupações referentes a processos judiciais evidencia a intensidade da preocupação dos obstetras com este problema. Assim como, paradoxalmente esclarece o fato de os médicos, em alguns momentos, se afastarem da ética médica na intenção e evitar possíveis processos. O empobrecimento da visão relacional do atendimento a gestante/parturiente nesta aula é explícito quando o professor associa uma boa relação com a paciente com a possibilidade de “livrar” o médico de problemas judiciais futuros.

Um atendimento à parturiente na maternidade exemplifica o quão significativa é esta questão para os médicos, a ponto de chegarem a extremos, no qual o cuidado com a mulher e mesmo as condutas médicas são pautadas, sobretudo, por esta preocupação. Para compreender a situação na íntegra, apresentaremos uma das políticas implantadas pelo Estado nas maternidades do Rio de Janeiro, explicitada por uma assistente social da maternidade em um grupo de acolhimento a gestantes que estavam chegando pela primeira vez à instituição. A seguir, o relato do diário de campo:

Uma das temáticas do grupo de acolhimento das gestantes recém-chegadas foi a apresentação de um nova política pública aplicada no município do Rio de Janeiro chamada Cegonha Carioca. A assistente social explica que há anos, a maternidade em questão apresentava um problema de superlotação. Com isso, muitas das gestantes que lá chegavam em trabalho de parto não encontravam vaga e eram obrigadas a peregrinar pelas maternidades buscando assistência. Para resolver este problema, criou-se, então, no município do Rio de Janeiro, o Projeto Cegonha Carioca, no qual a maternidade está inserida e que as gestantes participam. As mulheres têm assim de antemão estabelecido o local de atendimento aos seus partos de acordo com o bairro em que moram. (Diário de campo: Grupo de acolhimento de novas gestantes. Tarde de um dia de semana. Outubro, 2014)

A base do projeto é interessante, uma vez que intenciona resolver o sofrimento e os riscos que as mulheres vivenciam tendo que peregrinar de uma instituição à outra. Como já foi visto, esta precariedade do serviço público no país é um dos fatores responsáveis pela chamada “epidemia silenciosa”<sup>9</sup> pela qual o Brasil é atingido (OMS, 1996). Porém, se por um lado o projeto garante à mulher uma maternidade de referência a ser atendida, por outro lado, tira o direito de escolha da instituição em que a mulher deseja parir. No município do Rio de Janeiro existe grande disparidade na

---

<sup>9</sup>A epidemia silenciosa que aqui nos referimos, diz respeito ao alto índice de mortalidade materna no Brasil, largamente discutida na fundamentação teórica.

assistência entre as maternidades, casas de parto e hospitais públicos. Encontrando-se desde maternidades públicas com tecnologia de ponta (como é o caso da maternidade pesquisada) até lugares onde não há sequer uma maca adequada para atender as pacientes. Neste sentido, o Cegonha Carioca acaba funcionando de modo segregador, e beneficia as pessoas que têm moradia próxima aos polos de excelência de atendimento, prejudicando aquelas que têm moradia próxima a uma maternidade deficiente. Se por um lado o sistema evita as superlotações, por outro, ele limita as pacientes (principalmente as mais pobres, que não podem optar pela rede privada) a darem luz apenas na instituição de referência, independentemente da qualidade da mesma.

O relato do diário de campo abaixo exemplifica como a preocupação dos médicos frente aos processos judiciais chega a servir como determinante das decisões relativas à assistência. O modo como os médicos compreendem e cumprem as determinações do projeto Cegonha Carioca neste atendimento, acompanhado da dessensibilização frente ao sofrimento da paciente, acabam por paradoxalmente tornar a assistência antiética, como veremos a seguir:

Ao chegar à maternidade, num plantão da noite, às 23h20, vejo uma paciente reclamando no corredor próximo à admissão. A paciente está nervosa e grita pedindo que os médicos a atendam, argumentando que se trata de um hospital público no qual ela tem direito de ser atendida. Quando chego ao Centro Obstétrico, as quatro camas ali presentes estão vazias. Apenas uma paciente está sendo sulfatada em um dos quartos. Na sala de médicos, os três *staffs* e as duas residentes presentes conversam sobre o que se passa na admissão. Estão todos de acordo que a paciente não tem como ser atendida na maternidade, pelo fato de a instituição não ser referência da região onde ela mora. Às 23h45, telefonam da admissão avisando que a polícia se encontra na maternidade. Explicam que a paciente a chamou e acusa os médicos de omissão de socorro. Como não há nenhum parto acontecendo, os três *staffs* descem para conversar com a gestante. Antes de chegarem à admissão, combinam entre si que, caso sejam coagidos pela polícia, irão afirmar que é preciso repetir o exame para ver se, no momento presente, ela está em trabalho de parto. Já acordam, de antemão, que dirão que a situação mudou e que agora ela se encontra em trabalho de parto e pode ser internada na maternidade. Ao chegarem à recepção, convidam o esposo da paciente para conversar no consultório e pedem que ele explique o que se passa. Sua mulher permanece aguardando no corredor. Ele conta, então, que a prima de sua esposa foi atendida nesta maternidade e que, no início da semana, ele e sua esposa já tinham ido à maternidade para tentar que o parto acontecesse naquela instituição. Conta que, naquela visita, o atendimento foi realizado, mas que a assistente social afirmou que a paciente não poderia ter o bebê ali, tendo em vista que a área programática da maternidade não correspondia à região de residência do casal, a não ser que a paciente chegasse ao hospital já em trabalho de parto. O marido começa então a relatar o que se passou durante o

dia. Conta que desde que as dores da paciente começaram de manhã, o casal já havia passado por quatro hospitais. Porém, em todas as instituições de saúde, foi recomendado que a paciente retornasse a sua casa, sendo afirmado que ela não estava em trabalho de parto. Com a piora da dor, o casal decidiu, então, ir à maternidade. *“A assistente social disse que se fosse um atendimento de emergência, ela seria internada”*, diz. Entretanto, ao chegar à maternidade, a médica (residente) orienta o encaminhamento da paciente à outra unidade, a maternidade de Acari. A médica responde: *“Esse é o procedimento padrão, né?”* O homem pergunta se a palavra da assistente social não vale. A médica retruca dizendo que a assistente social disse que ela poderia ser atendida ali, e não ser internada. E que ele está fazendo confusão; que qualquer pessoa pode ser atendida, mas que para ser internada existem alguns critérios que devem ser seguidos. A discussão segue nessa temática: se a paciente tem o direito apenas ao atendimento ou também à internação. O segundo médico explica que se uma mulher chega em trabalho de parto avançado, de modo que a remoção não seja possível, a paciente é internada independentemente da área programática, mas que este não é o caso de sua esposa. Explica que o atendimento não foi omitido; que ela foi examinada e que o bebê foi examinado através da cardiocografia; que ambos passam bem e que, não sendo um caso de emergência, a internação não pode acontecer ali, pois não é a área programática deles.

O homem faz mais uma tentativa: *“Gente, mas ela está se contorcendo de dor!”*, ao que uma das médicas responde ríspida: *“Dor é uma coisa, trabalho de parto é outra!”* O homem ainda investindo como pode, diz: *“Falar é fácil, o difícil é estar vivendo o que eu estou vivendo aqui. Vocês não conhecem a maternidade de Acari, né? Que é a nossa referência”*. Os médicos respondem que não. Ele segue: *“Então, passa a conhecer que vocês não vão acreditar...vocês não têm noção do que eu estou falando”*. A médica diz que a maternidade tem uma área programática para atender e que a instituição é pequena (neste exato momento, a sala de parto estava absolutamente vazia). O homem já em desespero começa a contar que esteve na maternidade de Acari e viu uma mulher sair da maternidade sangrando, se contorcendo de dor e que nada foi feito. A médica finge não ouvir e pergunta por que ele chamou a polícia. Ele diz que, para ele, a situação se configura em uma omissão de socorro. Os médicos se exaltam afirmando novamente que a paciente foi examinada. O policial é chamado e toda situação é explicada para ele. Em uma última tentativa, o marido arrisca: *“Ninguém conhece a maternidade de Acari. Só na parte da manhã, na maternidade, tiveram três óbitos! Três óbitos!”* Uma das médicas responde: *“Infelizmente isso não vem ao caso, e também morrem pacientes aqui”*.

Ele retruca: *“Gente, mas lá é constantemente, procura ver! Ver direitinho! Procura na internet”*. [Segundo a prefeitura do Rio de Janeiro, em 2012, o hospital municipal Ronaldo Gazola (conhecido como hospital de Acari) teve uma taxa de óbito de recém-nato de 52 para 4591 nascidos vivos. A taxa de mortalidade materna não foi encontrada.]

A médica diz que entende a preferência do casal pela maternidade em questão –e não pela instituição de saúde de sua área programática –, porém, diz que isso não está no controle dos médicos. O policial diz, então, que é o procedimento da maternidade, e que não tem o que fazer. O médico reforça que a escolha não é da equipe técnica; que são ordens dos SUS, da prefeitura. A médica reafirma: *“A gente entende a sua situação, mas infelizmente a gente tem ordem para proceder desta maneira, a gente tem que obedecer a esse sistema”*.

Por fim, a paciente é chamada: entra na sala chorando e reclamando das dores da contração. Ela fala a mesma situação que o marido explicou: que já foram a

vários hospitais aquele dia e ela não foi internada. A médica explica que a internação acontece quando a paciente está em trabalho de parto; que hoje de manhã ela não estava e que por isso não foi internada. A mesma situação se repete. O marido insiste nos mesmos pontos. Os médicos justificam. A paciente, chorando, começa a falar do atendimento em Acari. Diz: *“Acontece que eu já fui em 500 maternidades e eu estou com 41 semanas e alguns médicos falam que vai passar do tempo. Esse é o meu medo. Vocês sabem que há muitas mulheres com dores que morrem; morre o bebê, morre a gestante e ninguém quer saber. E lá, deixaram a menina ir embora sangrando, é um descaso com a pessoa”*. A médica diz que não é para ela ficar nervosa, que é para ela entender a situação. Ela, chorando, diz: *“Mas eu fico nervosa”*. E segue: *“Eu não vou para aquele matadouro ali, aquilo é um matadouro, gente! Vocês não tem noção! Eu não vou para lá, eu vou para casa. Para eu morrer, prefiro ficar em casa!”* O marido diz que quando ela foi fazer o atendimento na maternidade de Acari, pediram para sua esposa sentar numa maca cheia de sangue, que não seria limpa. A paciente teria, então, questionado a médica, que a olhou *“como se ela fosse uma coisa”*, nas palavras da própria mulher. Ela diz: *“Eu não sou qualquer coisa, por isso que eu não vou para lá.”* A médica, então, pergunta: *“Mas ela te atendeu no sangue?”* Ela diz: *“Não, mas porque eu falei”*. A médica responde: *“Então pronto, isso é que importa”*.

A gestante segue: *“Eu conheço a maternidade, sei de muita gente que morreu lá. Aí a gente chega lá bem e sai toda ferrada por conta dos outros?”*

A médica repete que as pessoas morrem nesta maternidade também. Ela diz: *“Mas lá é muito mais, vocês não tem noção de quão horrível é aquele lugar! Morre mulher lá todo dia!”* A médica continua explicando seus pontos. A situação segue durante 40 minutos, até o extremo da súplica do casal, sem que os médicos retrocedam em um milésimo suas decisões. Até que a paciente, chorando, diz: *“Tudo bem, vamos embora Marcos, mas vamos para casa, porque pra lá eu não vou”*.

Os médicos então a orientam que continue aguardando pela cegonha (ambulância que vai levá-la até a maternidade referência de sua região). Terminam a conversa e se retiram para outra sala onde conversam entre si. O médico diz: *“Eu peguei o cartão da cegonha e mostrei para o sargento, que falou para ele [o marido] que ele pode ir para Acari, e que se Acari disser que não vai internar, o próprio sargento disse que vai lá”*. A outra médica debocha: *“É outro que está empurrando o trabalho para o plantão de outro, né? Porque, se tiver problema em Acari, não é ele que vai!”* (começa a rir). *“É isso em todas as profissões!”*

Outra médica diz que se ela repetisse mais uma vez que aquilo era omissão de socorro, ela diria que aquilo era calúnia e difamação, e começa a rir. Um dos médicos debocha, dizendo: *“É o sistema, né? Eu também gostaria de morar na Delfim Moreira, né? Poxa, por que eu não estou em Paris agora?”* As médicas riem: *“É! Leblon! Só quero Leblon! Quero morar na praia! Adoro gente!”*

Sobem deixando a paciente esperando pela Rede Cegonha no corredor da maternidade. Vão comemorar o aniversário do staff. Ele ri e diz: *“Isso é omissão de comemoração! Exijo o meu parabéns!”* Cantam parabéns, riem, comem bolo e salgadinho.

Depois do parabéns, a 1h25 da madrugada, resolvem que alguém deve descer para reexaminá-la, já que a cegonha ainda não chegou. Desço com uma das residentes para a admissão onde é realizado um segundo exame. É observado que o colo dilatou mais, a paciente está com duas contrações a cada 10 minutos e as contrações estão um pouco mais fortes, mas ainda com pouca duração. Está com quatro para cinco centímetros.

O tempo de espera estipulado pela rede Cegonha foi de quarenta minutos, porém o serviço foi acionado às 23h40 e, à 1:40 da madrugada, a ambulância ainda não havia chegado. À 1h50 a staff desce para a admissão e me diz que

está tentando ligar para a rede cegonha há dez minutos para pedir satisfação, mas não obteve sucesso. Afirma que o telefone toca sem parar e depois a ligação cai. Diz: *“À 1h00 da manhã foi a última vez que conseguiram contato, no qual foi avisado que estavam a caminho”*.

O *staff* resolve, enfim, interná-la, mas de antemão acorda com os outros médicos que, então, será uma cesárea de emergência, e justifica dizendo que com uma paciente dessa, que chama a polícia e que já teve uma cesariana [não sendo aconselhada a indução por este motivo], eles não podem correr o risco de ficar esperando. Em seguida, a médica sai para o corredor e diz para a paciente: *“Bem, devido à demora da cegonha e à evolução do seu trabalho, vamos te internar”*.

A paciente fica muito contente. A médica entra novamente na admissão para realizar os trâmites da internação, ao que o telefone toca: a cegonha chegou. A médica olha para mim e diz: *“Ai, tadinha da menina”*. Sai da sala e diz à paciente: *“A cegonha chegou. Então, como há a possibilidade de você ser internada na sua área, você deve ser encaminhada para lá”*.

A paciente novamente começa a chorar. Enquanto ainda se recompõe para se dirigir à ambulância, a médica se retira. No corredor, esbarramos com a residente que faria o parto. Ela dá um sorriso de canto de boca. Às 2h01 da madrugada, a paciente vai embora chorando. (Diário de campo: Atendimento a uma gestante durante um plantão da noite. Madrugada de um dia de semana. Outubro, 2014)

Este caso apresenta muitos detalhes e nuances que merecem nossa atenção. O primeiro deles é o fato de as indicações médicas estarem permeadas pela possível pressão policial. Enquanto não havia nenhum policial na maternidade, nenhum dos médicos de *staff* se dispôs a descer para ver a paciente. Ela foi examinada pela residente que subiu informando o problema. Com a chegada do policial, não apenas os três *staffs* presentes se prontificam a conversar com a paciente, como também já estabelecem que caso haja coação da polícia, um novo exame será realizado. O resultado deste exame, por sua vez, já é também pré-estabelecido: ele determinará que é necessária a internação da paciente. Do mesmo modo, já é decidido de antemão que, caso a paciente seja internada, o parto será pela via alta para que não se corra o risco de complicações com o parto normal, evitando assim, futuros problemas com “este tipo de paciente que chama polícia”. Ou seja, as decisões médicas relacionadas a este caso não estão pautadas nas questões relativas à saúde e ao bem estar da mulher, mas sim na preocupação dos médicos de terem problemas com as autoridades governamentais, seja com o policial ali presente, seja com processos posteriores, no caso de haver alguma intercorrência no parto.

A segunda questão que merece destaque é a prioridade dada à burocratização frente ao acolhimento do sofrimento humano. O fato de os médicos apresentarem, em

suas falas, a liberdade de “mudar o resultado do exame”, associado ao fato de o Centro Obstétrico estar vazio (com cinco médicos disponíveis), demonstra o quanto este atendimento se desviou da ética médica, independente da afirmação dos médicos de estarem cumprindo ordens superiores. Dois dos princípios fundamentais estabelecido no Código de Ética da Medicina são:

VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstancia ou sob nenhum pretexto renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

XVI – Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente (CREMESP, 2013).

Diante destes princípios, temos esclarecido que a não internação dessa mulher estava mais relacionada a uma questão de humanidade e sensibilidade ao sofrimento alheio, do que de fato a uma questão de cumprimento de ordens. Isso só se confirma mais uma vez, quando a chefe do plantão diz que, assim como eles, o sargento também está tentando “empurrar o trabalho para outro plantão”. Ainda com relação ao Código de Ética Médica, encontramos:

Responsabilidade Profissional – É vedado ao médico:

Art 1º- Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Art 7º- Deixar de atender em setores de urgência e de emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria (CREMESP, 2013).

Apesar de os médicos afirmarem que não se tratava de Omissão de Socorro, é preciso levar em consideração que o tempo que um trabalho de parto leva para evoluir é impreciso. E o risco que esta mulher corre de dar à luz na ambulância, sob condições precárias de assistência, é negligenciado pelos médicos. Além disso, a percepção de emergência para os médicos está estritamente relacionada com a fisiologia mecânica do parto. O fato de a mulher estar em franco desespero, claramente desestruturada e fragilizada num momento tão particular de sua vida, não é levado em consideração pelos médicos para determinar a emergência do caso.

A situação instaurada, na qual os médicos afirmam repetidas vezes que o procedimento padrão é a prioridade absoluta a ser seguida, representa uma situação

clara daquilo que Hannah Arendt chamou de banalidade do mal. Pois trata-se justamente da absoluta presteza em cumprir as ordens do sistema, associada a uma completa ausência de capacidade de se colocar no lugar do outro. Segundo Arendt (1964), a possibilidade de uma pessoa realizar um ato de maldade está relacionada a um ser humano que renunciou absolutamente da capacidade de se colocar no lugar do outro ou mesmo refletir sobre os atos que comete, restringindo-se simplesmente ao cumprimento de uma ordem superior. É assim que uma situação, que aos olhos da sociedade se apresenta claramente violenta, para estes médicos nada mais é do que o simples cumprimento de um procedimento padrão. A banalização do sofrimento alheio ganha total visibilidade quando os médicos, tão logo saem do atendimento, começam a proferir frases irônicas, classistas e discriminatórias contra a mulher: “É o sistema, né? Eu também gostaria de morar na Delfim Moreira, né? Poxa, por que eu não estou em Paris agora?” e “É! Leblon! Só quero Leblon! Quero morar na praia! Adoro gente!”

E mesmo uma festa de aniversário durante o expediente parece ser mais importante do que o sofrimento de uma família. A frase do médico: “Isso é omissão de comemoração! Exijo o meu parabéns!” faz parte da diversão dos médicos, enquanto a parturiente aguarda sentada, chorando no corredor da admissão.

Depois de todo o ocorrido, os médicos parecem se preocupar com o fato de a pesquisadora estar observando todo o processo. Dizem que esse é um problema recorrente na instituição, e que pelo fato do atendimento láser muito bom, as mulheres de todas as regiões chegam lá falando histórias horríveis de outros hospitais. Parecem dizer isso na tentativa de amenizar o que acabam de fazer. Eles contam que antes do Cegonha Carioca, a maternidade sofria de superlotação, e que agora o atendimento é tranquilo por atenderem apenas às regiões específicas. O que foi por esses médicos afirmado: que há uma grande quantidade de mulheres que tentam ser internadas na maternidade em questão, mesmo não sendo da área programática da instituição, parece de fato ser uma questão recorrente, tendo em vista que durante a pesquisa de campo de um mês, outro caso similar veio à tona. Durante um grupo de estudos dos residentes que a pesquisadora observou, organizado por uma das psicólogas da maternidade, o tema da área programática entrou em pauta. Abaixo, a conversa entre os residentes:

Residente 1: *“Pô, todo mundo quer ter filho aqui, e se não pode, fica chorando!”*  
Residente 2: *“É! ‘Eu não quero ir para a Maria Amélia! Todo dia morre alguém na Maria Amélia!’ elas falam.”*  
Residente 3: *“A gente teve uma, né, que falou que não ia sair daqui, então que ia nascer lá embaixo. E nasceu lá embaixo!”*  
Residente 2: *“Nasceu lá embaixo??”*  
Residente 1: *“É, nasceu na admissão!”*  
Residente 3: *“É, ela não queria ir para a Maria Amélia de jeito nenhum! Falou: ‘Não vou, porque lá eles colocam a gente numa bola!’”(todos riem)*  
Residente 4: *“Tem que colocar a nossa bola lá na portaria! Porque a ninguém vem!” Todos riem.*  
(Diário de Campo: Grupo de estudos dos residentes. Noite de um dia de semana. Outubro, 2014)

Neste exemplo, uma situação tão grave, que é negar o atendimento a uma mulher, ao ponto dela ter seu filho na admissão, torna-se, para estes jovens, motivo de piada. Isso demonstra como a socialização numa instituição em que esse tipo de conduta é comum entre os médicos antigos, se torna comum também para os novos. A formação dos profissionais que passam por esta instituição garante a reprodução deste *ethos*. Não se trata aqui de defender que todas as mulheres que apareçam na maternidade e que não são da área programática sejam lá atendidas a qualquer custo. O que chama atenção aqui é a forma como os médicos lidam com esta situação. O problema parece não sensibilizá-los, de modo que as situações acontecem e isso não é tratado com a devida seriedade. E, uma vez que estão “cumprindo ordens”, parecem mais preocupados em se proteger do risco que tanto os assusta: o de serem processados.

### **3.2.4 – Características da estrutura institucional: verticalização e hierarquia**

A organização de uma cultura passa pelo modo como foi construída e sistematizada a estrutura social. No sistema hospitalar ocidental há uma escala hierárquica não apenas interna à equipe médica, mas também entre os médicos e os demais profissionais de saúde que já foi relatada em diversas pesquisas (PAICHELER, 1995; FERREIRA, 2005; CICOUREL, 2002).

Esta lógica hierárquica é também reproduzida na maternidade pesquisada de duas formas distintas: a primeira submete os demais profissionais (sobretudo os enfermeiros) ao serviço dos médicos; e a segunda delas submete os recém-formados ao serviço e

à influência dos *experts*. Analisaremos cada uma destas situações separadamente. Apesar de na maternidade haver uma tentativa de estabelecer uma prática multidisciplinar, a instituição é marcada pela verticalidade na qual o saber/poder médico se coloca à frente dos demais saberes. A instituição conta com uma gama de profissionais da área da saúde disponíveis para o cuidado com a mulher e o bebê: médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, além de assistentes sociais. Este grupo de profissionais forma a equipe multidisciplinar que, de acordo com a opinião do Dr. Mauro, trata-se de uma equipe integrada e eficaz, garantindo um atendimento excepcional às usuárias.

Aqui eu acho que é um oásis nessa situação caótica que nós vemos. (...) Nós temos aparelhos de primeira geração, temos acompanhamento multidisciplinar muito interessante no ambulatório, as nossas pacientes são vistas com abordagens generalizadas muito interessantes em todos os pontos de vista: do ponto de vista médico, de enfermagem, psicologia, nutrição, enfim. Eu acho um oásis nessa caótica visão da saúde brasileira. (Dr. Mauro, staff, 52 anos)

De acordo com esse relato, parece haver uma boa integração e uma boa relação entre as diferentes áreas de conhecimento na maternidade. No entanto, o que a pesquisadora vivenciou durante a observação participante no campo, divergiu deste relato. Foi percebido que existe clara hierarquia entre profissionais de diferentes áreas, na qual a função do médico é mais valorizada e detém mais autoridade e respeito mediante os demais profissionais. Com relação aos enfermeiros – profissionais que trabalham mais próximos dos médicos do que qualquer outro da maternidade –, esta situação ficou mais explícita. É importante ressaltar que a cultura da enfermagem é bastante distinta da medicina e que eles não partilham do mesmo *ethos* institucional dos médicos. Enquanto entre os médicos a objetificação do paciente e a racionalização se fazem presentes como uma constante, os enfermeiros têm uma postura mais voltada para o âmbito relacional do atendimento. Pesquisas apontam que a assistência ao parto humanizada é mais facilmente aplicada quando se trata de uma equipe de enfermeiros(as) obstetras do que quando a equipe é de médicos (PROGIANTI & MOUTA, 2009; MOUTA & PROGIANTI, 2009).

Durante muitos momentos no campo foi comum ouvir conversas entre os médicos desqualificando os enfermeiros, criticando suas condutas, depreciando seu

conhecimento. No primeiro dia da pesquisa de campo na maternidade, uma conversa entre duas residentes já apontou para esta situação:

Durante a minha pesquisa de campo na maternidade, eu utilizava o quarto dos residentes para me trocar e para dormir. Numa dessas ocasiões, duas residentes conversavam no quarto sobre uma situação ocorrida no dia anterior:

*Residente 1: Vocês não vai acreditar no que aconteceu no C.O. ontem. Lembra aquele parto que a gente estava induzindo? Então, a Dra. Regina fez o toque e estava sete centímetros, e aí ela saiu da sala. Mas parece que a enfermeira Lara também foi fazer o toque sem autorização! E disse que já estava com 10 centímetros! Só que a Lara não chamou a Dra. Regina, e ela fez o parto! Olha que sem noção! Você acredita? Uma enfermeira fez o parto!*

*Residente 2: Sério? Mas ela tem autorização para isso?*

*Residente 1: Acho que não, né? Mas olha que absurdo. Ela questionou o toque que a Dra. Regina Alencar fez! Quando a doutora chegou, perguntou: Por que vocês não me chamou? E ela disse que não deu tempo! Aí a Dra. Regina falou: agora você se responsabiliza, não foi você que fez? A Lara ainda falou que a criança teve uma distócia de ombro. A Dra. Regina respondeu: “Ah, que bom que vocês sabe sobre todos os tipos de distócia, né?” Porque é claro que se perguntar para ela três tipos, ela não vai saber.*

*Residente 2: Nossa, mas a Lara, ela parece tão tranquila!*

*Residente 1: É, mas isso aconteceu...*

(Diário de Campo: Quarto dos residentes. Plantão manhã de um dia de semana. Outubro, 2014)

Neste relato, é evidente que uma situação excepcional aconteceu: uma enfermeira realizou a tarefa que, dentro desta instituição, está restrita ao médico. Não se sabe se esta enfermeira era uma enfermeira obstetra. No entanto, não é isso que se coloca em questão. O que chama atenção é o fato de as alunas não considerarem a possibilidade de a enfermeira estar, de fato, falando a verdade. Ou seja, que a enfermeira vivenciou uma situação emergencial e, na ausência da médica, teve a atitude de ela mesma prestar socorro à mulher. As jovens também consideraram absurda a possibilidade de uma enfermeira questionar o toque realizado por uma médica. Ao relatar a história, a residente aumenta o tom de voz para falar o nome e sobrenome da médica de modo a enaltecê-la, estabelecendo uma supremacia do saber médico em comparação ao saber da enfermeira.

Em outra situação, um dos residentes também demonstrou incômodo com o fato de haver um enfermeiro que realizava partos na maternidade. O jovem conta que o enfermeiro “roubava” o parto dos residentes e que já teve muita briga por causa disso, e que hoje este enfermeiro não realiza mais partos na instituição.

A opinião dos entrevistados contrária à possibilidade de outro profissional que não o médico realizar o parto foi quase unânime. Com exceção da Dra. Larissa (que inclusive elogiou o trabalho dos enfermeiros obstetras e afirmou aprender muito com eles), todos os entrevistados consideraram que a realização de partos por qualquer profissional que não o médico não seria algo adequado. A justificativa dada por eles mais uma vez atravessa a perspectiva cultural de que o parto é potencialmente perigoso e deve ser constantemente monitorado e acompanhado por um profissional que tenha pleno conhecimento da “fisiopatologia da gestação”, nas palavras da Dra. Manuela:

(...) Eu acho que vocês têm uma especialidade médica [obstetrícia], uma pessoa que estudou anos sobre doença, sobre complicações, sobre fisiopatologia de doença, modo de tratamento, diagnóstico de doença. Então vocês estão muito mais preparados para fazer diagnóstico e tratar todos os tipos de patologias que podem acontecer. E além da formação médica, vocês têm a sua formação dentro da obstetrícia, que vocês estão estudando as estruturas das alterações do organismo materno, a fisiopatologia da gravidez. As alterações fisiológicas e patológicas, as duas coisas. O parto, o puerpério, a forma de você atuar medicamente, de forma medicamentosa ou não medicamentosa. Então eu acho que é científico. O parto, mesmo sendo um evento natural da humanidade, ele faz parte da medicina. (Dra. Manuela, 28 anos, residente).

A médica explicita a ideia do parto como parte exclusiva do escopo da medicina. Este posicionamento está relacionado com o que foi visto na fundamentação teórica. Uma vez que o parto entrou na instituição hospitalar, ele passou a ser entendido pela ótica da biomedicina, ou seja, pela cosmovisão de uma doença que precisa ser tratada (VIEIRA, 2002). Sendo visto como patologia, não cabe a ninguém mais, a não ser o médico, “tratar” do parto. Por isso, mesmo quando uma gestação é considerada de baixo risco, os médicos não consideram razoável a possibilidade de o enfermeiro obstetra ou uma parteira realizarem o atendimento. A cultura institucional estabeleceu de modo tão marcado o parto no lugar da patologia que mesmo no parto de baixo risco, os médicos seguem reforçando a ideia de uma probabilidade alta de risco inesperado durante o processo:

Eu acho o seguinte: que a pessoa tem que assumir determinado procedimento se ela tem condição de assumir as intercorrências e as complicações daquele ato. Então, se você chamar um obstetra para suturar um reto que foi lacerado por uma assistência não adequada àquela gestante, eu acho complicado. Você vai entrar numa complicação em que você não foi o agente. Tem que se discutir o papel de cada um. (...) Você manda para uma maternidade ou para um serviço uma paciente que foi mal conduzida. Então chega aquela paciente com uma situação totalmente caótica que poderia ter sido prevenida. Acho muito complicado você assumir uma consequência de um trabalho que não é seu. (Dr. Mauro, 52 anos, staff)

Este médico, além de ser contrário à realização de partos (mesmo que de baixo risco) por não médicos, indiretamente desqualifica o papel dos mesmos. Isto porque considera que um paciente, vindo de uma assistência prestada por outro profissional, chega até ele por conta de uma assistência inadequada ou deficiente – e não pelo fato de ter havido uma intercorrência que tornou necessária sua presença. Em resumo, reafirma-se o conhecimento obstétrico como superior aos demais.

Na maternidade em questão, há dois tipos de residência: a residência médica e a residência multiprofissional, que conta com profissionais da enfermagem, nutrição e psicologia. No papel de observadora participante, a pesquisadora acompanhou o trabalho de um grupo de acolhimento das novas gestantes que chegam para serem atendidas na maternidade já citada. De acordo com os profissionais da instituição, este encontro, realizado semanalmente, é conduzido por uma equipe multidisciplinar, composta por: uma assistente social, que se colocou como a principal porta-voz do grupo, apresentando as principais orientações que deveriam ser transmitidas às gestantes; uma nutricionista, acompanhada de uma estagiária, e que distribuiu tabelas com orientações alimentares e falou estritamente sobre questões de sua área; uma psicóloga (que na ocasião estava sozinha, mas que geralmente está acompanhada de duas ou mais residentes) e que, de modo muito distanciada e impessoal, falou sobre o atendimento psicológico disponibilizado para o atendimento às mulheres (demanda própria) e; a enfermeira, que, enrijecida, apenas agendou as primeiras consultas médicas de cada uma das mulheres presentes.

Nenhum médico do *staff*, residente ou mesmo um interno de medicina participa deste acolhimento. Além disso, a ideia de multidisciplinaridade neste grupo parece estar apenas relacionada ao fato de os profissionais estarem todos em uma mesma sala. Não há diálogo entre eles, apenas deles para com as pacientes. A própria psicóloga se justificou com a pesquisadora antes do acolhimento ser iniciado, demonstrando-se constrangida com a precariedade e desintegração do grupo. Por fim, chama a atenção o fato de a enfermeira cumprir apenas um papel burocrático, que nenhuma relação tem com sua real função na instituição. Além desta situação no grupo de acolhimento, não foi notado pela pesquisadora, durante a sua permanência, nenhum encontro que reunisse representantes de todas as áreas profissionais para troca de informação,

opiniões ou qualquer tipo de discussão sobre o atendimento na maternidade. No entanto, por não ser este o foco da pesquisa, detalhes aprofundados sobre a equipe multidisciplinar não foram buscados.

Em nenhum momento durante a pesquisa de campo a pesquisadora notou a presença de uma psicóloga ou de um assistente social, seja no Centro Obstétrico, no atendimento, na admissão ou no laboratório. Anteriormente à pesquisa atual, a pesquisadora teve duas oportunidades de visitar a maternidade em questão, cursando duas disciplinas durante a sua graduação em psicologia, no ano de 2007 e 2008. As visitas foram realizadas não apenas para conhecer a instituição em si, mas, mais especificamente, o trabalho da psicologia da maternidade. Na ocasião, a ênfase do trabalho das psicólogas na maternidade pareceu estar mais relacionada aos momentos pós-parto, às questões relativas à dificuldade de amamentação e de depressão pós-parto, enquanto o trabalho dentro do centro obstétrico ficava mais restrito à equipe médica e da enfermagem. As questões relacionadas à fragilidade da mulher durante o pós-parto pareciam ser de maior atenção das psicólogas do que as questões relativas ao trabalho de parto e parto. Talvez pelo fato de os próprios médicos dificultarem a entrada dos psicólogos com burocracias, como veremos a seguir.

Ao conversar com uma das psicólogas pouco antes de iniciar a pesquisa de campo do presente estudo, ela conta que já foi impedida de entrar no Centro Obstétrico por estar usando um brinco (mesmo que muito pequeno) e também quando utilizava uma sapatilha sem meias. Esta é uma exigência relacionada à assepsia do Centro Obstétrico que se estabelece para todos que lá entrarem: desde funcionários a acompanhantes. No entanto, o que foi percebido no dia-a-dia é que alguns médicos burlavam esta regra sem muitos contratempos, utilizando brincos, colares e mesmo sandálias cobertas por toucas calçadas nos pés. Esta situação já demonstra uma diferença de regalias concedidas a alguns profissionais e negadas a outros.

Outra situação em que um distanciamento entre a equipe ficou marcado aconteceu durante uma reunião com a coordenadora do setor de psicologia na maternidade. Essa reunião foi uma ordem da direção com o propósito de que a coordenadora, por ser também da área da psicologia (tal como a pesquisadora), determinasse como seria meu acesso ao campo.

Ao chegar à sala de reunião, Tânia, a coordenadora, se apresenta preocupada com a minha pesquisa. Questiona se eu tenho interesse em estudar o setor de psicologia pelo fato de eu ser psicóloga. Explico que não; que meu interesse é em relação à prática obstétrica. Ela diz que a ordem da coordenação era que ela me referenciasse, guiasse e supervisionasse meu trabalho, mas que temia não saber como me ajudar. Após eu explicar que a minha questão estava muito mais ligada à prática obstétrica, e que eu em nada interviria no atendimento das psicólogas, ela se mostra aliviada e me explica sua situação: *“É que aqui na instituição já tivemos muita dificuldade para sermos bem aceitas pelos médicos. Antigamente, qualquer profissional que não fosse médico sofria resistência da instituição. Nós, da psicologia, somos compreendidos como aqueles que trabalham pela humanização – e os médicos têm muita resistência em aceitar nosso trabalho. Tenho medo que todo o trabalho que eu venho fazendo para melhorar a relação com os médicos desde que cheguei aqui seja associado a sua pesquisa, e se você fizer algo que eles não gostem, eu seja responsabilizada, já que você também é psicóloga.”*

Tânia reconhece que tem despendido esforços junto à equipe de psicólogos no sentido de melhorar a relação entre os possíveis modelos de atendimento ao parto na maternidade. A fala da psicóloga demonstra a dificuldade de diálogo entre a equipe médica e os demais profissionais de saúde, assim como também apresenta a intolerância dos médicos com relação ao modelo de humanização. O relato demonstra também o quão forte é o lugar de autoridade dos médicos na instituição a ponto de se propagar mesmo sem a presença deles, em situações prospectivas. A excessiva preocupação da equipe de psicologia com o meu trabalho demonstra a fragilidade de sua posição dentro da maternidade, constantemente submetida aos valores infundidos pelos médicos.

Já com relação à hierarquia dentro da equipe médica, o que se observa é que os médicos do *staff*, sobretudo aqueles que têm mais tempo de casa e que exercem a função de chefes de plantão, são os maiores detentores de saber e poder dentro da instituição. Mesmo entre os residentes existe uma hierarquia, entre os mais antigos e os mais novos. Enquanto os residentes mais antigos têm o direito de optarem pelo plantão diurno, para o R1, o plantão noturno é obrigatório. Além disso, em alguns momentos, foram vistos os residentes mais antigos transmitindo conhecimento para os mais novos e para os internos demonstrando como a experiência já implica em uma maior autoridade e autonomia entre os residentes. O médico mais antigo dentre os entrevistados (27 anos trabalhando na maternidade), Dr. Mauro, conta sobre a sua profissionalização

ressaltando que este tipo de hierarquia se apresentava também em uma das primeiras maternidades que passou como estudante:

Eu fui da Pró-Matre, que, na minha época, era uma escola de obstetrícia. Eu aprendi muito lá, havia uma hierarquia: os acadêmicos mais antigos passavam para os mais novos. Havia uma preocupação muito grande dos médicos, do staff mais experiente, em ensinar. Foi muito interessante. (Dr. Mauro, 52 anos, staff)

A situação que Dr. Mauro aponta com relação a sua formação é bem similar a que se vê acontecer na maternidade. O mesmo médico, quando perguntado se é chefe do plantão em que trabalha na maternidade pesquisada, diz que não, mas que está em segundo lugar na “escala hierárquica”, demonstrando, assim, que existem distinções de autoridade dentro dos plantões.

Importante frisar que não se pretende desqualificar a função que cumpre a hierarquia na atribuição de responsabilidades em atendimentos clínicos. Os apontamentos aqui apresentados têm o objetivo de analisar o modo como essa hierarquia influencia nos critérios de decisão para a realização de intervenções, e qual sua função na transmissão do *ethos* institucional da maternidade.

A hierarquia dentro da instituição não apenas organiza o valor e a autoridade de cada profissional dentro de sua equipe, como também parece organizar o valor e a importância dos procedimentos a serem realizados. Isso se exemplifica da seguinte forma: os procedimentos mais complexos relativos às intervenções e ao uso da tecnologia dura parecem ser os mais valorizados pelos médicos. Assim, procedimentos cirúrgicos (como a cesárea), são realizados sob supervisão e orientação às vezes de mais de um médico do *staff*, e se apresenta como constante e determinante da conduta dos mais jovens. Já os procedimentos considerados mais simples, muitas vezes são realizados pelos alunos sem nenhum tipo de orientação ou supervisão. Exemplo disso é que nenhum dos atendimentos habituais na admissão observados pela pesquisadora contou com o acompanhamento ou supervisão de um profissional do *staff*. Em todos eles, os profissionais presentes eram apenas os residentes e internos, que se comunicavam por telefone com os médicos do *staff* para se certificarem das decisões a serem tomadas. Neste cenário, as tarefas relacionadas à escuta das necessidades das pacientes e aos exames físicos ficam mais sob responsabilidade dos médicos mais

jovens (R1) –situados nos níveis mais baixos da hierarquia –e os diagnósticos e decisões sobre as intervenções a serem tomadas ficam sob responsabilidade dos médicos antigos. Não se trata de questionar a supervisão dos staffs no procedimento cirúrgico, mas, pelo contrário, de questionar sua ausência nos procedimentos mais relacionais, que muitas vezes acaba ficando sobre completa responsabilidade dos residentes. Esta deficiência de orientação ficarábem exemplificada na seção: “Desvalorização do cuidado em prol da técnica impecável”.

A formação dos alunos na instituição sofre forte influência da hierarquia estabelecida, o que favorece a construção e manutenção do *ethos* institucional conforme os valores das autoridades, garantindo a solidez da estrutura cultural da maternidade. A seguir, analisaremos de que modo a hierarquia institucional se estabelece como fator determinante no comportamento e nos hábitos desenvolvidos pelos alunos da instituição pesquisada.

### **3.2.5 –A formação enviesada pelos valores culturais e hierárquicos da maternidade**

A maternidade pesquisada éparte da formação médica de uma das universidades mais reconhecidas do Rio de Janeiro. Todos os alunos formados em medicina por esta instituição, durante o ano de internato, passam pela maternidade e participam de plantões nos quais conhecem a rotina. Assim como também têm a disciplina de obstetrícia ministrada na instituição, na qual ocorrem aulas de ultrassom, fórceps, ética, patologias da gestação, gemelaridade, entre outras. Além disso, a instituição possui uma especialização (residência) em ginecologia e obstetrícia, na qual a parte prática de obstetrícia acontece na maternidade. Assim, os plantões da instituição são geralmente compostos por três residentes, três médicos do *staff* da maternidade e dois internos.

Apesar do presente trabalho não tratar da formação em seu sentido completo – teoria, grade curricular, disciplinas e material didático –a pesquisa etnográfica permite ao pesquisador captar o “significado e a intencionalidade”inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo possível conhecer um pouco mais da

transmissão de conhecimento que se dá de modo informal, nos diálogos e valores implícitos no ambiente. Deste modo, entende-se formação como a maneira que os alunos recém-chegados à maternidade começam a compreender a cultura e o que dentro desta cultura é valorizado e estimulado, ou seja: aquilo que gera força de direcionamento para que a ação dos alunos seja gratificada e reconhecida pelos médicos superiores na escala hierárquica. De modo que aos poucos vão, conformando as suas ações e crenças de modo que elas se alinhem com as da instituição (D'ANDRADE, 1984).

A pesquisa de campo no ambiente de aprendizagem prática desses futuros e recém-formados médicos permitiu o contato com situações importantes relacionadas à socialização secundária (BERGER & LUCKMANN, 2008) desses alunos ao ambiente institucional. Possibilitou, ainda, a percepção dos principais valores transmitidos de modo direto e indireto para os alunos. Durante as entrevistas, alunos e médicos relatam suas experiências em lidar com a aprendizagem dentro da prática médica em si (fora da estrutura formal de ensino: sala de aula, com textos e um local demarcado para professor e alunos), demonstrando a prevalência de um sistema em que a transmissão oral durante a própria prática institucional é reconhecida e validada.

Assim, as contribuições que a presente pesquisa traz com relação à formação médica dizem respeito, sobretudo, à socialização do aluno ao mundo da obstetrícia, tal como ele é concebido na prática da instituição. Ou seja, tem como base a relação dialética entre o aluno e os médicos, com seus valores, técnicas, hábitos e crenças institucionais.

### **3.2.6 – Imersão dos alunos na prática obstétrica**

O primeiro contato dos alunos de medicina com a maternidade em questão se dá no quinto período, com a disciplina de Obstetrícia, no qual é comum ocorrerem em média seis aulas dentro da maternidade. Posteriormente a esta disciplina, apenas durante o nono/décimo período é que, em geral, os alunos chegam à maternidade para o cumprimento do internato. A distância entre a disciplina teórica e a disciplina vivencial é de ao menos um ano e meio. Um dos internos, em entrevista, opina sobre este

distanciamento: "...eu acho que a disciplina foi bem completa (...) Apesar de ser bem afastado do internato que eu estou fazendo agora, né? Foi no quinto período e eu estou agora no décimo período"(Gabriel, interno, 26 anos). Segundo ele, este distanciamento temporal entre a teoria e a prática dificulta a aprendizagem dos alunos. Outra interna critica o curto tempo da disciplina teórica de obstetrícia para a quantidade de conteúdo. "Acho uma matéria bem pequena, né? Assim, é um dia na semana, quatro horas, é pequena para a quantidade de coisas que tem para passar."(Camila, interna, 26 anos)

Normalmente, para os alunos que não vivenciaram estágios em maternidades anteriormente, é só mesmo no nono/décimo período, através do internato, que terão a oportunidade de conhecer um pouco mais de perto o dia a dia de uma maternidade.

Durante o internato, o papel dos alunos é de assistir ao trabalho dos médicos do *staff* e dos residentes, sem trabalhar na prática, ainda. No entanto, diante das pacientes, eles são tratados como médicos já formados e, em algumas situações, recebem autorização para realizar alguns exames. Os médicos recém-formados têm a possibilidade de imergirem na prática obstétrica da maternidade como residentes, por meio de uma prova. O tempo de residência é de três anos e, segundo os residentes entrevistados, é o momento em que, de fato, sentem-se inseridos na realidade da profissão. Os dois residentes entrevistados, Dr. Antonio e Dra. Manuela, contam que o primeiro contato real com obstetrícia não foi diretamente por meio da faculdade, mas sim pelos estágios que conseguiram para conhecer melhor a especialidade. Um deles conta que seu pai é obstetra e, por isso, teve a oportunidade de iniciar um estágio desde o começo da faculdade:

Por acompanhar meu pai desde cedo, eu achava que eu tinha alguma diferença dos outros. E... zero, né? Até agora, na residência, você não sabe nada, né? Você pensa que sabe alguma coisa, aí você vê alguém do seu lado, [um *staff*] que tem um conhecimento tão maior que o seu. (Dr. Antonio, residente, 25 anos)

A fala do Dr. Antonio demonstra o lugar de superioridade que os médicos do *staff* ocupam no imaginário dos alunos. A profissão médica, em si, é capaz de imprimir no profissional um lugar de suposto saber respaldado pelo cientificismo da profissão

(CLAVREUL, 1978) e isto se manifesta nas falas de Antonio, que chega a demonstrar certa fantasia na superioridade da profissão médica, como veremos a seguir:

Quando você aprende anatomia, você sente Deus! Se sente médico, já. E um momento marcante da faculdade de medicina é semiologia, quando você aprende o primeiro contato com paciente, exame físico, aprende a examinar, aprende a usar o estetoscópio, que é um símbolo da medicina. Quando você aprende a usar estetoscópio, você acha que você é Deus também. (Dr. Antonio, residente, 25 anos).

O status da profissão médica é tão significativo para esse aluno que ele equipara a sensação de ser médico com a sensação de ser Deus. Uma característica marcante do imaginário da profissão médica se apresenta aqui: o poder de decisão e interferência sobre a vida e a morte, que na fala desse aluno se apresenta de modo inflado, característico do encantamento juvenil.

A outra residente entrevistada, Dra. Manuela, também fala sobre o conhecimento obstétrico e conta que a maioria das coisas que aprendeu não foi nas aulas teóricas e sim na prática. Aponta ainda a escassez de conhecimento obstétrico transmitido no curso de graduação em medicina, de modo que quando chegou à residência sentia que sabia muito menos do que deveria saber.

A bagagem teórica e prática que a gente traz da faculdade é muito abaixo do que você precisa, muito abaixo. Na residência, a sua curva de aprendizado é um salto. Você chega no R1 sem saber nada, quase nada, né? E aí você chega no R3 e pensa: 'Caramba! Como eu não sabia fazer isso? Muito simples!' (Dra. Manuela, residente, 28 anos)

Se para Sérgio Rego (2010) a residência obstétrica é fundamental para que os alunos aprendam como funciona a prática de obstetrícia –a ponto de a residência funcionar como uma extensão da formação médica –de acordo com os entrevistados, atualmente a residência tem se apresentado como fator fundamental para conseguir emprego na área de obstetrícia nos hospitais de referência. Dra. Mariana conta que trabalha com obstetrícia desde o sexto período de graduação em estágio, e que só se considerou obstetra oficialmente depois da residência. Sobre a importância da residência em obstetrícia:

[A residência em obstetrícia é obrigatória para ser obstetra?] Apenas um por cento dos médicos formados faz residência. Não tem vaga para todo mundo. Se você se forma e não faz residência, você é generalista, você é médico, você não tem especialização. Você pode ir para o interior e fazer o que você quiser, por

exemplo. Dependendo da necessidade do lugar, você está apto a fazer isso. [E aqui no Rio de Janeiro? Alguém apenas formado em medicina conseguiria trabalhar como obstetra?] Hoje é mais difícil. Era comum antigamente... esses professores mais antigos, alguns deles não têm residência. (...) O pessoal que hoje está com 60, 60 e poucos anos, muito comum. Muita gente não fez residência. (...) Hoje em dia é obrigatório nos melhores centros, né? Se você quiser trabalhar num lugar de referência, eles vão te exigir uma formação. Uma faculdade boa, uma residência boa, não é qualquer residência. (Dra. Mariana, staff, 36 anos)

De acordo com Dra. Mariana, atualmente um profissional sem residência teria espaço para atuar como obstetra apenas nos lugares onde há escassez de médicos, demonstrando o quanto a especialização hoje em dia é indispensável para o profissional. Uma formação longa como a formação médica torna-se ainda maior quando se leva esse fato em consideração, e sugere um dos motivos pelo qual os médicos sintam-se tão incomodados com o fato de outros profissionais realizarem o parto, como foi visto.

A residência fica assim tão determinante para a prática obstétrica que muitos médicos, sem tê-la completado, não se consideram, sequer, formados. Dra. Manuela, ao ser questionada sobre como foi a parte teórica da sua graduação, diz: *“Estásendo ainda, né? Eu estou ainda na residência.”* Só posteriormente é que esta médica considerou a residência uma pós-graduação. Num outro momento, porém, a jovem médica aparenta já sentir o peso da responsabilidade de sua profissão mesmo na residência. Ela conta sobre a sua primeira experiência realizando uma cesariana:

Cesárea que eu nunca tinha feito, só tinha auxiliado. Então, não era uma coisa absolutamente nova, mas, mesmo assim, é uma coisa absolutamente diferente. Mesmo na residência você já é médica, então, você já tem uma responsabilidade maior sobre o seu ato. (Dra. Manuela, residente, 28 anos)

A aluna aponta então uma mudança, uma transformação na qual não mais o *status* profissional (apresentado por Dr. Antonio), mas a responsabilidade individual com a qual o profissional médico tem que lidar ao se inserir na profissão. Dr. Mauro conta como a experiência prática para os residentes é adquirida de modo gradual, na qual os novos médicos passam a dividir funções com os médicos mais velhos:

A gente vai assumindo aos poucos. Você vai acompanhando um colega mais experiente. É como uma corrida de bastão. Você vai se aproximando até assumir o controle. A gente começa, primeiro, a suturar, depois ajuda a retirar a placenta, suturar, e ajuda no desprendimento do neném; depois você está controlando todo o trabalho de parto, né? (Dr. Mauro, staff, 52 anos)

Assim, paulatinamente os alunos vão ganhando novas funções e se sentindo mais seguros. Essa segurança se dá pela repetição das situações na qual vão adquirindo experiência. Dr. Mauro fala ainda sobre a sua percepção de como é a transmissão do conhecimento para os alunos:

Acho que cada jovem vai assumindo um pouco da característica de todos aqueles profissionais que passaram pelo seu caminho. [Você acha que os alunos sentem-se inseguros?] Depende muito do profissional, né? Mas, sim, porque a inexperiência é o conjunto intersecção de todos aqueles que estão aqui, né? Então, a gente observa no início...e é muito interessante a gente observar o desenvolvimento dos colegas. O Paulo [outro staff da instituição] foi meu aluno...eu me lembro do Paulo chegando aqui com o livro debaixo do braço. Hoje é um colega que, enfim, é experiente também. Muitos dos residentes acabam ficando por aqui, né? Acaba ficando porque se apaixona pelo local onde aprendeu, cria raízes, né? (Dr. Mauro, staff, 52 anos)

Estes relatos demonstram um aspecto importante da socialização secundária: os alunos tomam como familiares e aceitam as características e atitudes dos médicos que já estão institucionalizados e que transmitem de modo direto (através das orientações verbais durante a prática) e indireto (através de gestos, valores, interesses) aquilo que é reconhecido e legitimado na instituição. Assim, a institucionalização do profissional se dá por meio da repetição de hábitos reconhecidos e bem vistos dentro da comunidade na qual está inserido. Esta repetição reduz o gasto de energia para a tomada de decisão. Logo, os alunos vão assumindo características dos profissionais que os cercam. Dra. Manuela conta que, no início, perguntava a opinião dos médicos do *staff* sobre toda e qualquer conduta que ia tomar. Aos poucos, foi se sentindo mais segura para realizar as intervenções de acordo com o modelo obstétrico institucionalizado na maternidade:

[Você decide sozinha as decisões que vai tomar no atendimento ou pergunta para algum dos *staffs*?] Eu pergunto bastante, mas comparando de quando eu era R1, eu pergunto muito menos. No R1, a gente fica lá embaixo na admissão. Aí, qualquer coisa, pede ajuda do staff. 'Interno ou não interno?' Por exemplo, internar ou não internar? No R1 você pergunta tudo! Hoje em dia a gente não pergunta mais! A gente sabe o que é para internar e o que não é para internar. Muito raro. De vez em quando você vai e pergunta, mas assim, você já fica um pouco mais independente, você já sabe como agir em certas situações (...) (Dra. Manuela, 28 anos, residente –R3)

Logo que termina de falar isso, lembra-se da diferença do atendimento que vivencia em um hospital convencional em que trabalha, comparado ao que vivencia no

hospital-escola. Com relação à insegurança da responsabilidade individual no atendimento da gestante/parturiente, ela segue sua fala:

(...) Mas assim, a gente ainda pergunta, até porque a gente sabe que aqui a gente está para aprender. Então, assim, certas coisas que no plantão que você está fazendo fora, você sabe que você vai ter que tomar a decisão sozinha e arcar com aquilo, aqui a gente sabe que não. A gente não precisa disso, a gente está aqui na formação. Então, não precisa correr risco de nada, tomar responsabilidade, para si, para certas coisas que você está na dúvida. Então, assim: se eu estou com dúvida, eu vou perguntar, sem nenhum problema. Porque é aqui que eu vou aprender, né? É na residência. Então, se eu tenho dúvida, eu vou perguntar, na boa. Assim, qualquer coisa! Qualquer dúvida no parto, qualquer coisa se eu precisar de ajuda. (Dra. Manuela, 28 anos, residente)

A fala desta aluna demonstra o quanto é diferenciado o atendimento que ela realiza na maternidade em que também é residente e na maternidade em que atua apenas como médica formada. Fica evidente o quanto o direcionamento dos médicos mais experientes tem forte influência no aprendizado da sua prática obstétrica. Os valores da instituição são, deste modo, transmitidos para Dra. Manuela por meio da hierarquia estabelecida através do tempo de experiência, o que é comum de se esperar em um hospital-escola. Incomum é que isso aconteça em detrimento do estudo formal dos alunos, como, por exemplo, da leitura de artigos técnicos. Dra. Mariana conta que os alunos têm estudado pouco e que têm uma grande tendência a basear suas condutas naquilo que ouvem dos profissionais mais antigos.

Acho que eles têm que ler, né? Não posso ser a única fonte deles porque eu devo falar muita coisa errada. [risos] E acredito que eles não absorvam tudo que se fala também. Acho que isso é um problema atual: os meninos estão estudando menos, eles estão lendo menos. (...) Eu acho que falta uma formação teórica deles mais justa, mais certinha. A gente deixa meio a cargo deles e aí muitos vão aprender de orelhada, vão acreditar no que você fala, não vão procurar isso. (Dra. Mariana, 36 anos, staff)

A valorização da transmissão oral de conhecimento durante a residência em detrimento da leitura de materiais e artigos acadêmicos se coloca para Dra. Mariana como um problema atual da instituição. Segundo este ponto de vista, a socialização secundária dos alunos se dá pela reprodução das características e dos valores reconhecidos como positivos pela instituição e pelos profissionais mais respeitados. Os alunos, reproduzindo os valores já sistematizados na instituição, adequam-se de forma mais satisfatória ao ambiente, independentemente de estarem sendo transmitidos

valores e condutas em desacordo com as evidências recentes. No entanto, nem todos os alunos chegam à instituição “crus”; alguns deles têm experiências anteriores distintas que acabam por dificultar o processo de socialização na instituição. Dr. Mauro aponta a dificuldade de modificar os hábitos e conhecimentos construídos anteriormente à socialização na maternidade:

O difícil, muitas vezes, é tentar vencer determinados vícios que alguns trazem de outros serviços, de outros locais que frequentaram, porque, muitas vezes, a porta de entrada de alunos não é a maternidade. Então, já vêm com conceitos enraizados que são difíceis de vencer. (Dr. Mauro, 52 anos, staff).

Se mesmo os alunos que têm uma experiência curta na vivência da prática obstétrica já carregam ‘vícios’ no seu modo de atendimento, o que dizer a respeito dos médicos mais antigos? Foi percebido que na maternidade pesquisada o tempo pelo qual o médico está submetido ao sistema cultural vigente está associado à conformação dele aos valores e crenças inerentes ao *ethos* institucional. Os valores culturais passam a integrar a perspectiva do médico sobre a realidade à medida que o tempo passa. Assim, ele começa a se apegar aos conjuntos de valores da cultura em que vive e que ele é reconhecido pelos demais como autoridade. Quando este médico vê os valores que reconhece sendo reproduzidos, sente-se gratificado. É deste modo que, para os médicos mais velhos, a manutenção da cultura vigente é importante, pois pelo reconhecimento do valor delas, eles mesmos sentem-se valorizados. Com relação ao Dr. Mauro, o médico mais antigo do *staff* entrevistado, isso fica claro. Aos olhos de dois alunos entrevistados, o médico é um dos profissionais em atuação na maternidade que mais valoriza a cesariana, sendo por eles considerado um médico muito intervencionista. Os alunos em questão são residentes da maternidade, mas não trabalham no plantão deste médico; eles apresentaram esta visão espontaneamente. Porém, em entrevista, o médico apresenta um posicionamento de quem adotou as transformações ocorridas na obstetrícia ao longo do tempo para reduzir as intervenções:

Antigamente você tinha medidas que eram rotina, mas não se questionava por que se fazia. Rotinas intervencionistas que, na verdade, hoje, a gente vê pelas evidências científicas que não há necessidade, que não vão alterar o

resultado. E são medidas que muitas vezes vão causar desconforto para a paciente, né? A rotina da episiotomia era rotineira; o enema era rotineiro; tricotomia era rotineira. (...) hoje a gente sabe que isso não contribui. Então, enfim, eram medidas que achava-se que protegiam a paciente, mas, na verdade, não faz a menor diferença e são medidas que são agressivas, que não são bem aceitas muitas das vezes. (Dr. Mauro, 52 anos, staff)

Neste caso, o médico parece conformar o seu discurso com aquilo que acredita que pela pesquisadora será valorizado. Mas, de acordo com uma das profissionais que trabalha com ele, seu posicionamento se distancia um pouco de suas afirmações:

(...) eu estava conversando com o Dr. Mauro outro dia e ele falou: “*Cara, mas ninguém me convence que ficar sem episiotomia é melhor do que ficar com episiotomia.*” Foi aí que eu fui procurar o guideline. Falei: “*Cara, mas tem coisa escrita!*” Entendeu? Então quando você chega num plantão que... se o cara fez sempre assim, dificilmente ele muda, né? Dependendo de como ele é, age assim. Deu certo para ele, para ele tá certo. Entendeu? (Dra. Mariana, staff, 36 anos)

Ainda com relação ao Dr. Mauro, segundo uma residente, ele não tenta mostrar para a paciente os benefícios do parto normal quando ela deseja uma cesariana; que a cesárea eletiva é realizada sem nenhum questionamento ou explicação de que a cirurgia implica em maiores riscos maternos e fetais. Esta situação demonstra uma intolerância que existe, principalmente por parte dos médicos mais antigos, em modificar os preceitos da cultura vigente, uma vez que esta modificação desvalorizaria o *status* e a autoridade conquistados por ele na instituição (D’ANDRADE, 1964).

O posicionamento apresentado por Dr. Mauro se adéqua aos estudos de Berger e Luckmann (2008). Como visto, estes autores afirmam que o conhecimento de cada indivíduo com relação a sua ocupação profissional é bastante rico e específico no que diz respeito à ocupação e, enquanto este conhecimento funciona satisfatoriamente para a realização das tarefas rotineiras, é comum que se suspenda qualquer possibilidade de dúvida quanto à eficiência do mesmo. Somente quando as máximas falham em cumprir o prometido daquilo a que foram destinadas a cumprir, é que se estabelece uma questão para o profissional.

No caso do Dr. Mauro, parece ser justamente isso que acontece: o profissional já utiliza aquela conduta há anos e tendo relativo sucesso em proceder deste modo. Assim, evita modificá-la, pois só considera plausível ceder a uma nova alternativa se

aquele modo de proceder falhar. Parece ser por este motivo que Dr. Mauro teria afirmado que ninguém o convence de que um parto sem episiotomia seria melhor do que um parto com episiotomia. Durante a pesquisa de campo ficou evidente que a episiotomia acelera a expulsão do feto. Porém, mesmo que para o médico isso possa indicar sucesso na técnica, no corpo da mulher muitas vezes isso é sentido de modo diferente, havendo maior desconforto e dor na recuperação e mais chance de complicações futuras. Diante do apresentado, é possível perceber que apesar de Dr. Mauro ter o conhecimento a respeito de algumas modificações de conduta recomendadas, apresenta resistência quanto às mudanças ocorridas na prática obstétrica, tendendo a manter a crença naquilo que se manteve como o correto ao longo de anos.

Nessa lógica, é possível afirmar que situação similar acontece com relação aos alunos recém-chegados, que, não familiarizados com alguma prática, não se sentem seguros em realizá-la. Já que é aprendido, torna-se instrumento: o modo através do qual o profissional sabe realizar o parto de forma a sentir seguro e capaz e que, por isso, o repete. Assim, a segurança de um profissional em utilizar uma técnica se mostra dependente da vivência e da experiência que ele tem. Um exemplo disso se apresenta na fala da Dra. Manuela:

“...quando chega na hora de ela ter o parto (...) a gente coloca a paciente na posição adequada...”. No relato, o termo “adequada” chama a atenção. [O que é a posição adequada? Tem uma posição específica?] É a posição ginecológica, é a posição que a paciente fica deitada de barriga para cima, as duas pernas abertas na perneira. [Essa é a rotina aqui?] Em qualquer lugar, todos os lugares que têm parto normal é assim que se faz. Porque essa é a posição que melhor fica a pelve da paciente, e o parto...você consegue...ver melhor. Assim...na verdade, esta é a posição...de rotina, porque existem várias outras posições de parto normal. Você pode ter parto normal de cócoras, em pé, na banheira, agachado. Tem várias posições, mas a posição tradicional é a posição ginecológica. É essa que eu tenho prática. É a que eu faço aqui. É a que eu faço nas outras maternidades. É essa. (Dra. Manuela, 28 anos, residente)

A princípio, a médica não se lembra que existem outras posições possíveis para parir. Apenas no meio de seu discurso é que se recorda que existem outras possibilidades. Ela justifica este lapso explicando que a posição ginecológica é a única que ela tem prática, pois tanto na maternidade em questão quanto na outra maternidade em que trabalha, é esta que ela utiliza. Essa situação demonstra o quanto a vivência unilateral acaba por também unilateralizar as possibilidades que a própria

mente cogita, aumentando a padronização nos partos e fechando a possibilidade de alternativas diversas de acordo com as particularidades de cada parturiente ou parto. Esta situação, ao longo do tempo, parece ir se cristalizando e há, então, uma diminuição da tolerância em relação a outras possibilidades. Em conversa entre uma residente e uma médica do *staff* na sala dos médicos, a intolerância se manifesta de modo explícito:

Residente: *Você viu que saiu no jornal uma criança que, na hora do parto, caiu no chão?*

Staff: *Ah! Aquela mania escrota deles [médicos da humanização] de fazer parto sentado?*

Residente: *Não! Era a cama igual a nossa!...Mas, cara, aquela cadeira ajuda muito!*

Staff: *Pode ajudar muito, mas se a criança cai, e aí?*

(Diário de Campo: Sala dos médicos. Plantão da manhã de um dia de semana. Outubro, 2014)

Nesta situação, além de a médica do *staff* associar automaticamente um parto mal sucedido a um modelo de assistência que ela desaprova (humanização), mesmo depois que a informação completa é dada –é explicado que o problema aconteceu no mesmo tipo de cama utilizado pela maternidade –a médica parece não assimilar a informação e continua julgando outro tipo de procedimento (o parto na cadeira) como responsável pela queda da criança. Esta é uma clara situação que demonstra o quanto a criação de hábitos partilhados coletivamente estabelecem cristalizações que definem os padrões de conduta dos indivíduos para um único caminho em oposição aos diversos outros possíveis (BERGER & LUCKMANN, 2008).

### **3.2.7 –A dessensibilização gradual frente à violência obstétrica**

Acabamos de ver como os alunos que chegam à maternidade sentem-se, a princípio, inseguros e vão gradativamente tornando-se mais confiantes diante da prática obstétrica. De modo análogo, os alunos novos que ingressam na maternidade apresentam alguns estranhamentos e comoções diante de certas práticas realizadas no ambiente e, aos poucos, vão se tornando familiarizados até que estas sensações vão se tornando menos frequentes ou mesmo desaparecendo. Assim é que algumas situações que quando vistas pela primeira vez causam emoção ou mesmo choque, com a repetição, começam a ser vivenciadas com mais banalidade.

Um exemplo disso se apresenta na fala de Camila, uma das internas entrevistadas. Ao falar sobre como se interessou por obstetrícia, cita a disciplina que cursou no sexto período, na qual visitou a maternidade. Ela conta:

Foi na eletiva, no sexto período, em que você fica aqui no plantão. Aí, nessa eletiva, eu amei. Eu chorava em todos os partos que eu via. Eu amei! Hoje eu já tô calejada.  
(Camila, 25 anos, interna)

A aluna revela como o parto a emocionava no começo e como hoje em dia já não causa a mesma comoção. Assim se evidencia uma dessensibilização e familiarização frente à exposição rotineira à situação.

Com relação a situações de violência obstétrica, o tempo também parece de algum modo reduzir a afetação dos entrevistados, que, quando relatam situações da entrada na profissão, relembram atos violentos que vivenciaram e que os marcaram emocionalmente. A maioria dos entrevistados –sobretudo os com mais tempo de casa –seguiu uma tendência de defender e proteger o trabalho da maternidade de possíveis julgamentos. Assim, mesmo criticando condutas e posturas médicas, os médicos afirmaram que estas foram vistas fora da maternidade em outras instituições que trabalham. Já alguns dos entrevistados mais jovens revelaram situações em que se caracteriza a violência obstétrica e que foram vividas na própria maternidade. Dra. Larissa, ao falar sobre as mudanças positivas na obstetrícia, compara o momento atual com situações que vivenciou em 1997, durante a sua formação:

Acho que a gente amadureceu. A minha geração viu muita coisa que não estava legal, que não era uma conduta legal e adequada com a paciente. Viu que não era para ser assim. (...) A gente começou a ver muito como a enfermagem fazia parto e ver que algumas coisas, algumas condutas da gente, a gente teve que mudar. [E que condutas que mudaram?] A gente hoje é muito mais... não gosto de dizer “delicado” porque eu acho que isso é que é o certo, né? Mas era, sim, muito mais agressivo com a paciente. Nós éramos mais agressivos, sim. Eu via as condutas dos meus staffs. De gritar, de “vão bora”, de “não adianta”, de largar lá ela de mão, sozinha, no pré-parto. E a gente aprendeu a ouvir um pouco mais, a estar mais junto, a tentar acalmar, e a tentar ver que aquele grito, que aquele desespero, entendeu? Que é fruto dos medos, dos receios, e que a gente vai conseguir trabalhar junto muito mais se a gente parar e ouvir e assistir e resolver esses medos e esses receios. Isso que eu falo: a gente ser mais “delicado”. Esse delicado entre aspas, mesmo. Porque... pra fazer o que tinha que ser feito. (Dra. Larissa, 37 anos, staff)

Uma das internas, Camila, conta uma situação mais recente que vivenciou na maternidade em questão no ano de 2012. Naquele ano, Camila estava no sexto período e realizou uma visita à maternidade durante uma disciplina eletiva que participou. Sobre esta visita, ela conta:

Ah, a eletiva foi muito legal. Porque é uma época da faculdade em que você não tem tanto contato com o centro cirúrgico e nem com procedimentos assim, então é muito legal o que você vê (...) mas na época eu fiquei muito chocada e eu tive uma impressão completamente... assim... eu não sei se mudou alguma coisa aqui na maternidade, mas eu experienciei, no meu sexto período, coisas assim absurdas, tipo de... mandar a mulher parar de chorar. Essas coisas assim... Mas agora que eu tô rodando aqui, eu não vi nada assim que me chocou. [Você lembra de alguma situação específica que te marcou?] (...) Então, foi há dois anos. Era uma menina de dezesseis anos, ela tava em trabalho de parto e estava muito prolongado, o bebê já estava começando a sofrer e tudo...e... Tudo bem que a equipe deve ter ficado nervosa e tudo, mas eu não sabia nada na época de obstetrícia e aí ela estava chorando muito. Ela começou a chorar e estava muito mal, porque ela estava com muita dor e aí ela começou a falar assim: 'Não! Eu desisti, eu não quero mais ter filho, eu não quero!' Chorando, muito mal, assim, ela tava. E estava com muita dor, então, erraram um pouco a mão na analgesia e ela começou a vomitar muito. Sabe quando tipo assim, foi um...desen...começo é...degringolou? Porque aí ela estava com muita dor e falou que não queria mais parir. E aí puxava o bebê para cima e o bebê já não canal de parto e ela prendendo ele. Então a equipe ficou uma... aí uma das obstetras subiu em cima, aí ela chorando, tipo: "Sai, sai!" Aí, virou uma obstetra, botou a mão na cara dela assim e falou: 'Se você não parar de chorar, eu não vou fazer o parto do teu filho (gritando). Eu vou embora.' Aí... aí a menina parou e tudo aí, eles realmente, tipo assim, ela não fez muita força, sabe? A médica subiu e ficaram empurrando para ela, e aí nasceu, nasceu em sofrimento tudo... foi muito chocante, assim, porque foi... perderam a mão... assim... a equipe toda ficou meio que contra a menina, sabe assim? (Camila, interna, 25 anos)

Evidencia-se, neste relato, um despreparo médico em lidar com as questões emocionais e psíquicas vivenciadas pelas mulheres durante o trabalho de parto, o que acaba sendo resolvido por meio da autoridade, da coação e do uso de uma intervenção que a maioria dos protocolos e mesmo o da maternidade desaconselha: a manobra de Kristeller<sup>10</sup>. A aluna que, na ocasião, estava vivendo a sua primeira experiência dentro de uma maternidade, mostrou-se fortemente afetada com o que viu. Assim, estabelece-se uma diferença entre a vivência de Dra. Larissa, que já trabalha no *staff* da maternidade há anos, e a vivência de Camila, recém-chegada à instituição. A dessensibilização frente a acontecimentos que antes causavam comoção está de acordo com a teoria da mera exposição de Jazonc (1968): à medida que os médicos vão experienciando as intervenções e mesmo a violência obstétrica, tendem a criar certa familiaridade e até afeição com elas.

Dr. Antonio e Dra. Manuela afirmam já terem visto a manobra de Kristeller acontecer. Contam que viram em outra maternidade. Porém, o que chama atenção é que Dra. Manuela, apesar de afirmar "abominar" o procedimento, parece considerá-lo pertinente em alguns

---

<sup>10</sup> A manobra de Kristeller: pressão fúndica, quando o médico ou a enfermeira faz pressão sobre o abdômen para acelerar o parto (Diniz & Chacham, 2006)

momentos, apresentando um relato ambivalente. Ao falar sobre que técnica considera inadequada dentro da obstetrícia, a médica diz:

Olha eu... eu acho que a história do Kristeller, né? Que é aquilo de fazer aquela força aqui em cima. Eu acho que em muitos lugares, até no outro hospital que eu trabalho, às vezes é feito... Assim, de livro não é para fazer, mas às vezes dá uma ajudadinha sim. Não fazer aquele Kristeller de ficar esmagando a barriga da paciente não, mas uma pressão controlada na barriga, às vezes é boa, ajuda a paciente. Mas assim, fazer rotineiramente para as pacientes, eu abomino! (...) Aqui eu nunca vi. Já vi fazendo, mas assim: vou ajudar na barriga, fazendo uma pressão assim. E faz uma pressão assim, controlada e... cooperati... com a paciente ajudando. Mas aquela coisa de chegar uma pessoa que tem até em outros lugares: “vem o mais forte do plantão em cima da paciente!” Nossa! Cruz credo! Isso eu abomino. (Dra. Manuela, 28 anos, Residente)

Podemos compreender esta situação pela ótica das funções que a cultura exerce sobre os indivíduos, apresentadas por D’Andrade (1984) na fundamentação teórica. A manobra de Kristeller –que na cultura brasileira atual, de um modo geral, não é mais bem vista, sendo frequentemente associada à violência obstétrica –dentro da cultura institucional parece receber de algum modo reconhecimento e legitimação. Deste modo, a função diretiva da cultura age sobre a opinião da residente, que, se antes “abominava” a prática em qualquer circunstância, agora passa a considerar que ela ajuda em determinadas situações.

De acordo com a pesquisa de campo e os relatos em entrevista, conclui-se que a repetição constante de pequenas agressões às mulheres no dia a dia –sem que haja mobilização da equipe, sem que haja questionamentos com relação a isso na instituição –cria um ambiente favorável à dessensibilização da equipe médica a situações de violência obstétrica. A instituição parece seguir sua rotina normalmente, pois se o trabalho está funcionando, as técnicas têm efeito, as mulheres “se comportam” e os bebês nascem, parece não haver motivo para modificar a rotina. Esta situação se aproxima muito a que Hannah Arendt chamou de banalidade do mal, na qual o cumprimento da função –fazer nascer –é mais importante, enquanto a sensibilidade e a mobilização frente ao sofrimento das mulheres parece perder sua força.

### **3.2.8 –Desvalorização do cuidado em prol da tecnologia e da técnica**

A cultura tecnocrata tende a ver a tecnologia dura como majoritariamente positiva, supervalorizando-a. No campo pesquisado, em muitos momentos ficou evidente a valorização da tecnologia como sempre benéfica, assim como também foi percebido um maior interesse por

parte dos alunos neste tipo de conhecimento da área obstétrica. A implementação crescente de tecnologia dura, cada vez mais avançada, em detrimento de avanços no âmbito relacional (tecnologia leve) do atendimento, fez-se presente. Se a maternidade, por um lado, conta com as mais novas contribuições tecnológicas para a melhoria da assistência, por outro, o equilíbrio entre o componente técnico e o âmbito relacional da assistência se mostrou bastante desigual. Em muitos momentos, foram observadas práticas que podem ser questionadas do ponto de vista ético e que, em sua maioria, são sequer percebidas pela equipe de saúde. Muito envolvidos com as rotinas, protocolos e normas, os médicos conduzem o atendimento quase de maneira automática, sem questionamentos ou reflexões.

Antes mesmo do início da pesquisa de campo, a valorização dos procedimentos com uso de tecnologia dura ficou evidente em uma reunião da pesquisadora com a direção da maternidade:

Antes de iniciar a pesquisa, fui solicitada a participar de uma reunião com a coordenação da instituição para assinar um termo de compromisso que possuía uma série de limitações a minha entrada no campo. Nesta ocasião, houve uma tentativa, por parte da coordenadora, de impedir a minha entrada no centro cirúrgico. Uma das justificativas dadas foi que todos os alunos desejavam e disputavam assistir à cesariana e que todas as cesarianas ficam lotadas, de modo que eles não poderiam “tirar a oportunidade” de um interno ou residente de assistir à operação para que eu pudesse fazê-lo. (Diário de Campo: Reunião com a direção. Setembro, 2014)

De fato, na pesquisa de campo na maternidade, mostrou-se notória a supervalorização em relação ao uso da tecnologia. De fato havia um interesse maior dos alunos quando algum instrumento tecnológico estava envolvido no atendimento. Outro exemplo disso se apresentou nas três vezes em que uma esterilização por videolaparoscopia foi realizada durante a pesquisa na instituição. A operação foi tratada pelos médicos como um grande evento, do qual todos queriam participar. Os *staffs* passavam pelas salas avisando aos alunos que a operação aconteceria. Já situações como abortamentos tinham pouco interesse por parte dos alunos. Além disso, a ideia da tecnologia como “sempre benéfica” parecia criar no imaginário dos alunos um tipo de raciocínio comum que se baseia no seguinte conceito: “Se existe a tecnologia disponível para um determinado problema, por que não se valer sempre dela para resolver o problema?” Nas palavras da Dra. Manuela, residente:

Pô, a ocitocina é uma medicação para ajudar. É que nem você estar com dor de cabeça: Se você não tomar remédio, pode ser que passe? Pode ser que passe, mas você não toma uma dipirona? Você toma! Então é assim com a ocitocina: o trabalho de parto às vezes está ruim. Pode ser que melhore sozinho? Sim, pode ser. Mas vale a pena esperar? Até quando? Assim, existe um remédio para isso. Então, se você pode usar o remédio para isso, naquele momento que tem indicação para usar, pode usar! (Dra. Manuela, 28 anos, residente)

A mesma residente apresenta sua opinião a respeito do uso de analgesia no parto:

Se der tempo de fazer, a gente faz. O que tiver assim: tem tempo de fazer, faz. Tem tempo, tá com dor, faz. Se chegar nascendo, não vai fazer, mas se tem tempo para fazer, a gente faz. É uma coisa que ajuda muito, que a gente faz bastante. (...) A analgesia é uma coisa boa! Paciente tem que ficar sentindo dor, gente? Por que ela não pode fazer uma analgesia? Tem que fazer! Se a paciente quer, se a paciente está com dor? Por que não vai fazer? Tem que ser natural? Quem disse que tem que ser natural? Se ela não... se a paciente quer sentir dor, tudo bem! Cada um... faz o que quer! Às vezes você vê uma paciente cheia de dor e você pergunta se quer analgesia: “não, não quero”. Ela não quer, ela não quer. Num vai fazer! (Dra. Manuela, residente, 28 anos)

É evidente que o desejo da mulher deve ter primazia em relação ao uso ou não uso da anestesia. No entanto, na fala desta residente praticamente não é levado em consideração que o procedimento pode prejudicar o trabalho de parto e, deste modo, aumentar a probabilidade da necessidade da intervenção cirúrgica. Neste caso, parece não ser considerado que a mulher pode desejar uma anestesia, mas não desejar uma cesariana, por exemplo, ou não desejar usar ocitocina sintética. E, uma vez que a anestesia aumenta a possibilidade destas duas intervenções acontecerem, é importante que seja esclarecido para as parturientes as possíveis consequências de cada intervenção.

Durante a pesquisa de campo foi observado que o único procedimento que requereu consentimento informado por escrito das pacientes foi a anestesia. Ainda assim, as implicações do uso da anestesia não foram informadas oralmente para a paciente, que recebendo um papel para assinar, diante da situação fragilizada em que se encontrava, dificilmente o lia. Deste modo, a escuta da demanda da paciente pela anestesia é prontamente atendida na maternidade em questão, o que por um lado pode ser considerado muito positivo. Porém, se levarmos em consideração que nem toda a mulher que pede por anestesia tem conhecimento dos efeitos colaterais desta sobre o parto e que os médicos não a informam oralmente sobre isso, a sua subjetividade e os seus desejos não estão sendo plenamente atendidos. Assim, mais uma questão relativa à ética médica é negligenciada. Dois artigos sobre Direitos Humanos no Código de Ética Médica afirmam que:

É vedado ao médico:

Art 22 – Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em casos de risco iminente de morte.

Art 23 –Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa e seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. (CREMESP, 2013)

O não esclarecimento a respeito dos procedimentos a serem realizados aconteceu em todos os casos para o uso de ocitocina e em dois casos em que foi observada a episiotomia. Este não esclarecimento associado a grande quantidade de intervenções novamente se caracteriza como um atendimento fortemente associado à técnica e à tecnologia, e muito pouco relacionado à escuta a ao cuidado da paciente como sujeito. Foi observado ainda que, na maternidade, existe uma tendência por parte dos médicos em associar cuidado estritamente à cessação da dor da paciente. Este parece ser um dos motivos pelo qual a Dra. Manuela apresenta uma posição tão veemente frente ao uso da anestesia. Um atendimento observado na pesquisa de campo e que aponta o cuidado estritamente relacionado à cessação da dor é apresentado a seguir:

Durante a pesquisa de campo em um plantão da noite pouco movimentado na maternidade, convidei um dos residentes a participar da entrevista para a pesquisa. Este jovem, Dr. Antonio, durante a entrevista, se apresentou particularmente preocupado com sua conduta. E em muitos momentos da entrevista se reportou a fases de sua profissionalização em que se sentiu ansioso por querer adquirir rapidamente o conhecimento técnico das questões em obstetrícia, mesmo no início da graduação. Também durante toda a entrevista citou notas, disciplinas e esforços realizados para adquirir expertise nas técnicas obstétricas, demonstrando dar muito valor à clínica. Sobre o quesito relacional da assistência, o jovem médico afirma: “Cara, eu tenho uma relação ótima com todas as pacientes, eu tento sempre botá-las para cima. Assim, eu sei que a maioria está com dor, está num momento difícil, está ansiosa. Então eu tenho uma relação ótima com as pacientes, desde o pré-natal, na admissão, no pré-parto, na enfermaria. (...) isso é uma coisa que não me preocupa. (...) Muita gente tem dificuldade com a paciente, acha gestante chata. Eu tenho muita paciência. Às vezes, eu desço às quatro da manhã, e eu desço querendo matar um. Mas a partir do momento que eu vejo aquela paciente, não consigo tratar a paciente mal porque ela precisa de ajuda. A não ser que seja nada: “ah, estou com gases”. Mas ela não sabe que aquilo é gases. Às vezes eu vejo colegas tratarem mal pacientes e eu até saio do consultório, porque eu não vou chamar a atenção dele, que é muita coisa mega chata, mas eu saio do consultório. (...) A paciente não é obrigada a saber o que a gente sabe. A paciente é leiga; tá passando por um momento único, que ela nunca passou antes. Ela tá nervosa, tem um neném dentro dela. Não sabe o que está acontecendo. Ela quer saber se o neném tá bem ou não está. (...). Porque eu acho que uma paciente que procura uma emergência, grávida, é muito sensível, indefesa, ela precisa de alguma coisa que tranquilize ela. Acho uma covardia tratar uma paciente de forma grosseira, como se ela fosse obrigada a saber tudo o que está acontecendo com ela.” (Dr. Antonio, residente, 25 anos). (Diário de Campo: Sala dos médicos. Plantão da noite de um dia de semana. Outubro, 2014).

Este relato, a princípio, pareceu demonstrar que Dr. Antonio se preocupa com as duas faces do atendimento médico: com o aporte técnico e com o quesito relacional, nas palavras de Hotimsky (2005), ou seja, a competência associada ao cuidado. Entretanto, logo depois de

terminada a entrevista, o residente é convocado na admissão para atender uma paciente que acaba de chegar com sangramento, em suspeita de abortamento. A pesquisadora o acompanha:

Ao chegarmos à admissão a paciente entra sangrando e se queixando de forte dor. Está com nove semanas e cinco dias de gestação. Dr. Antonio não a trata de forma infantil. Foi o único médico que eu vi que não falou as partes do corpo da paciente no diminutivo. O jovem médico deixa o marido da paciente optar por ficar na sala ou não. Explica os procedimentos que vai fazer. Avisa que vai colher um exame. No exame, de fato, é constatado o aborto. Enquanto examina a paciente, o médico percebe isso e inicia a retirada do material na sala da admissão sem informar à paciente, armazenando-o em um pote de exame. Assim que ele termina, a paciente vai ao banheiro se vestir. Quando ela sai, o médico pergunta se diminuiu a dor. Ela diz que sim. Diz que está se sentindo outra mulher. Fala animada, esboça um sorriso. Aparenta não imaginar que tenha abortado. Então o médico começa a dar o diagnóstico. Extremamente técnico e frio ao relatar o ocorrido com a paciente, diz:

“Então, eu retirei um pouco do material, saiu um resíduo ovular e agora a conduta é expectante. É ir para casa e esperar, ver se o sangramento para e daqui a sete dias fazer outro ultrassom para saber se ainda tem algum resíduo.”

A paciente fica olhando para ele sem entender o que aquilo quer dizer. A informação foi passada de um modo tão frio, que mesmo eu (quando vejo o médico chamando de “resíduo” o que até este momento para aquela mulher era o seu bebê) custo a acreditar que foi de fato um aborto. O médico usa termos técnicos inacessíveis à paciente para dar a notícia, de modo que não fica claro que se trata de um aborto. Ela pergunta assustada: “Então foi um aborto que aconteceu aqui?” Só então ele afirma que sim. Então fala: “Nesse ultrassom que você fez há dois dias atrás, o bebê já estava com nove semanas e não tinha batimento cardíaco e nessa idade já era para ter.”

A paciente diz que está confusa, assustada, que nunca passou por isso. Ao que o médico responde: “Mas agora já tirei o resíduo. Você não vai mais sentir dor, pois tirei um resíduo significativo que vai ser analisado”. Aponta para um potinho em cima da mesa. Enquanto ele escreve, a mãe olha para o pote e mostra para o marido. Diz atônita: “Está aqui.” Por fim, o médico pede para que a própria paciente decida o que prefere fazer: se quer ficar internada em acompanhamento ou se prefere ir para casa. Ela diz que não sabe o que fazer. Então, o médico sugere que talvez seja melhor que ela volte para casa e siga a conduta expectante (às 2:30 da manhã) em vez de ficar internada, já que as dores pararam e que acredita que o sangramento também vai reduzir agora. A paciente ainda bastante confusa decide ir embora. Ela e o marido saem da sala transtornados.

Subimos eu e o médico para o centro obstétrico. Ele vai direto atender uma paciente em trabalho de parto. Eu sigo para a sala dos médicos onde a médica do staff me pergunta o que aconteceu na admissão. Explico a ela que aconteceu um abortamento e que a paciente já foi liberada. Ela, assustada, diz: “Mas como assim? Ela abortou na admissão? E já foi embora? Essa mulher tem que voltar!” Levanta da cadeira como quem vai correr em busca dela. Eu explico que, pelo tempo, a mulher já foi embora. Ela diz: “Mas não pode ser assim. Nesses casos, a mulher fica fragilizada, precisa de um acolhimento. Você, melhor que ninguém, sabe disso!”

Ela segue para o C.O. para falar com o jovem médico. Porém, ao tratar com o médico sobre o assunto, ela usa uma abordagem totalmente distinta. Ela diz a ele que a paciente não podia ter ido embora nessas circunstâncias, pois se ela continuar perdendo sangue em casa e der algum problema, a culpa vai ser deles que a liberaram. (Diário de Campo: Ambulatório. Plantão da noite de um dia de semana. Outubro, 2014)

Há muitos dados a serem analisados neste relato. O primeiro que vem à tona é a aparente desconexão entre o que Dr. Antonio afirma sobre sua relação com as pacientes em entrevista e o modo como conduz a assistência propriamente dita. Se o médico diz ter tanto cuidado, o que

aconteceu ao atender esta paciente?

Este atendimento explicita mais uma vez uma característica da cultura institucional já citada: a compreensão do cuidado relacionada, acima de tudo, à cessação da dor física da paciente. Visto por esse ângulo, Dr. Antonio pode ser considerado cuidadoso, pois trata prontamente da queixa da paciente. Porém, o médico parece não se ater para o fato de que, além da dor física, podem existir a dor psíquica, a desorientação, o medo, o trauma, mesmo que estas não sejam queixas explícitas na fala desta paciente. Na hora do atendimento, sua preocupação se restringe à apresentação formal dos procedimentos e à destreza manual na execução do abortamento para garantir o fim da dor física da mulher. Para ele, tudo se passa estritamente em termos de conduta protocolar, com linguagem inacessível e com total ignorância ao sofrimento psíquico desta mulher e de seu marido.

Ao utilizar o termo “resíduo” para se referir ao que possivelmente são pedaços do embrião, fica evidente a objetificação do futuro bebê por meio de uma racionalização excessiva que distancia o trabalho do médico do sofrimento da mulher.

Já a médica do *staff*, Dra. Mariana, transita entre dois pontos de vista distintos num curto espaço de tempo. Num primeiro momento, ao se dirigir à pesquisadora para falar sobre o ocorrido, ela se preocupa com a fragilidade emocional e psíquica da mulher. Porém, no momento em que a *staff* vai transmitir a mensagem ao aluno sobre a inadequação de sua conduta, ela se desvia totalmente da preocupação com a mulher anterior e se volta para uma preocupação com a instituição. Nada é dito para este residente a respeito da fragilidade emocional da paciente e que o apoio por parte do médico neste âmbito é fundamental. A linha de diálogo que segue entre os médicos novamente se apresenta fortemente marcada pela preocupação com processos judiciais e com a reputação da instituição, mesmo quando a médica mais experiente parece ter uma percepção mais global da situação.

Cabe ainda chamar atenção para o tipo de formação profissional daí resultante. O atendimento que Dr. Antonio realiza parece ser apenas reflexo da pouca importância dada a esse aspecto do atendimento por parte dos médicos que lhe servem de exemplo e da instituição em geral. Do modo como a transmissão de informação é feita pela médica que constatou o “erro” do jovem médico, o âmbito relacional do atendimento permanece negligenciado. Os valores de atendimento transmitidos para o residente (com exceção da imprudência na autodefesa contra os processos) seguem a lógica do atendimento que o jovem acaba de fazer: no qual o tratamento da

dor física da paciente é responsabilidade do médico e, por consequência, precisa de toda a atenção. Já o plano emocional e psíquico da mulher parecem questões que não merecem a atenção da medicina.

### **3.2.9 –Corpo em evidência, sujeito invisível**

A observação participante em campo evidenciou o quanto as mulheres atendidas em uma instituição de ensino têm seus corpos manipulados e exibidos como se tratassem apenas de um objeto de ensino, e não de seres humanos com sentimentos, desejos, medos e pudores. A exposição e manipulação pública do corpo da mulher parecem aos médicos como algo natural e inevitável. Em uma das situações de extrema exposição presenciadas, observou-se um parto em que, num dado momento, havia (contados) 18 profissionais dentro da sala de parto. Neste momento, a parturiente encontrava-se em um dos leitos, obrigada a servir-se de perneiras e com as cortinas completamente abertas, absolutamente exposta a todos os presentes. A exposição extrema da mulher na hora do trabalho de parto pode causar alterações hormonais que atrapalham a progressão do trabalho, já visto na fundamentação teórica. Além disso, trata-se de uma questão de ética resguardar a intimidade da mulher.

Por se tratar de uma maternidade de ensino, a apresentação e a explicação de muitas técnicas se dão na frente da parturiente sem que o pronunciamento se dirija a ela, e sim aos alunos. Muitas vezes, como já explicitado acima, uma linguagem ininteligível para as mulheres é utilizada, aumentando ainda mais o distanciamento entre as pacientes e os médicos. Diante dessa situação, paradoxalmente, o excesso de visibilidade do corpo físico da mulher como objeto de ensino produz a invisibilidade da mulher como sujeito. Assim é que uma série de técnicas e conhecimentos são transmitidos em sua frente sem que uma palavra sequer seja a ela dirigida. Médicos e internos conversam e discutem entre si sobre as condutas a serem tomadas, enquanto a paciente é deixada em segundo plano. Corroborando com que Chazan (2011) encontrou em sua pesquisa etnográfica, a respeito do ensino do exame de ultrassom obstétrico, os médicos do *staff* da maternidade cumprem o papel de professores, mesmo sem o cargo didático formal,

transmitindo constantemente informações aos residentes e internos durante os atendimentos, enquanto a gestante não tem quase interação com a equipe. Nas palavras de Chazan: “como se tivesse passado a fazer parte do mobiliário (...) a gestante parecia fazer parte do aparato de aprendizado e, na ausência de alunos, o exame era feito de modo mecânico, silenciosamente”.

Na maternidade pesquisada, atendimentos similares aos apontados por Chazan foram presenciados, nos quais o foco na transmissão do conhecimento parece ter se sobreposto ao cuidado à mulher como sujeito. Em um parto observado na maternidade, o atendimento se passou quase que integralmente sem que a mulher como sujeito fosse notada. Os diálogos se davam apenas entre os profissionais que realizavam o atendimento. A paciente e sua acompanhante estavam acuada, sem coragem de fazer nenhuma pergunta, ou realizar qualquer movimento diferente. Em detalhes, o relato em diário de campo, abaixo:

Em um domingo pouco movimentado na maternidade, o plantão contava com duas alunas da graduação de Medicina, além dos três residentes e três médicos do *staff* da maternidade. Dessas duas alunas, uma era particularmente curiosa e perguntava muito sobre o que estava sendo feito. Deste modo, uma das residentes começou a narrar as condutas que estava tomando para esta interna. Praticamente nenhuma palavra é trocada com a paciente, que sente dor e choringa na cama. A residente diz a ela apenas que vai fazer uma avaliação de dez minutos e começa a medir as contrações. A equipe médica segue conversando entre si. A residente mostra para a interna onde fica o fundo do útero e sugere que a interna coloque a mão. Em seguida, a residente faz o exame de toque e fala quantos centímetros a paciente tem de dilatação, prometendo à interna deixá-la fazer o próximo toque. Nos momentos de contração, a paciente choringava e dizia: “Tá doendo, tá doendo!” Mas nenhuma palavra de conforto ou qualquer sinal de atenção eram dedicados àquelas palavras.

Terminado o acompanhamento das contrações, a residente pergunta à paciente se ela deseja anestesia (o único procedimento no hospital em que há um termo de consentimento a ser assinado pela paciente). Ela consente. Não são explicadas as consequências da anestesia. Com sete centímetros de dilatação, começa o processo para anestesiá-la. Se sentindo assustada, olha para a acompanhante que está completamente calada e imóvel e pede que ela se aproxime. A acompanhante volta-se para mim e pergunta quase sussurrando – fala tão baixo que tenho que pedi-la para repetir, pois não consigo ouvir: “Posso encostar nela?”. Afirmo que sim. Elas se dão as mãos. Ninguém conversa com a paciente e segue o modelo aula no qual são explicados os procedimentos. Logo depois da anestesia rompem a bolsa. A interna pergunta: “Mas não pode nascer empelcado?”[quando o bebê nasce dentro da bolsa]. A residente responde: “Poder, pode, mas assim é bom para ele descer rápido.” (Diário de Campo: Sala de Parto. Plantão dia de um fim de semana. Outubro, 2014)

A paciente parece ser vista pelos alunos como um instrumento da transmissão de conhecimento e o seu sofrimento, seu medo, seu conforto não passam de uma questão a ser tratada com medidas técnicas, como a aplicação da anestesia. O quesito relacional é abandonado

em nome do ensino. O atendimento na maternidade se afina mais uma vez com os resultados de Chazan (2011):

Em que pese o discurso corrente sobre a ‘importância’ da relação médico-paciente, reiteradamente enunciado pelos médicos daquela unidade, tudo se passava como se houvesse uma ‘coisificação’ das gestantes ao lado de uma evidente personificação dos aparelhos. (Chazan, 2011)

A objetificação do corpo da mulher como instrumento de ensino se explicita na maternidade não apenas na inobservância de sua subjetividade, mas também no excesso de exames a que são submetidas. Em conversa informal com Dr. Antonio e Dra. Mariana, o médico afirma que não sente diferença entre o atendimento prestado na maternidade em questão e na maternidade particular em que trabalha. Em seguida, pergunta a opinião da Dra. Mariana, que responde: “Ah, as pacientes aqui na maternidade são tratadas meio de boiada, né? Não existe muita distinção entre uma e outra. Saíuma entra outra de um jeito meio mecânico”.

Em entrevista, Dra. Mariana, relatou seu incômodo com o uso demasiado de intervenções na maternidade. Ela fala sobre o excesso de exames de toque pelo qual passam as pacientes:

Aqui tem uma coisa padronizada, paciente é examinada de hora em hora. Às vezes o residente examina e não consegue entender. Então vai o staff e examina também. Às vezes vem alguém que não sabia que já tinha examinado e examina outra vez. Entendeu? Aí o residente acaba de examinar, mas ele não viu qual a posição que o bebê tá, aí ele vai e examina de novo. Ele não pensa que a vulva está ali amaciada, que a vagina está incomodando, a paciente está com vergonha, tá pelada num ambiente que tem mais três pacientes, né? Ela está sendo examinada na frente do marido dela, que nem sempre é confortável para ela, então, eu acho que a gente consegue passar por isso sem fazer desse jeito no consultório. (Dra. Mariana, staff, 36 anos)

Dra. Mariana se incomoda com o modo como os exames são realizados na maternidade e conta que, no atendimento particular, ela consegue modificar esta situação, mas na maternidade em questão ela considera mais difícil controlar isso. Como justificativa para este excesso de exames, ela aponta para o fato de a maternidade ser uma instituição de ensino.

Existe uma ansiedade muito grande do obstetra para saciar a curiosidade, mas, na prática, aquele toque não vai fazer diferença no que está acontecendo (...) Eu acho que aqui tem muito toque, mas aqui é um lugar acadêmico, né? Então os meninos têm que aprender a fazer. Aqui a gente joga com assistência e aprendizado, né? Você tem que ter... eles têm que aprender a tocar, eles têm que aprender a passar fórceps, eles têm que aprender a fazer parto. E aí se eles não fizerem... não vão aprender nada. (Dra. Mariana, 36 anos, staff)

A transmissão de conhecimento e a experiência prática para os estudantes parece aqui ser posta em primeiro lugar. Assim, o corpo da mulher é manipulado pelos médicos diversas vezes

sem que haja muito cuidado com o bem estar e com a intimidade da mesma. O lugar da mulher como sujeito é relegado a um segundo plano. Como visto na fundamentação teórica, a *vida nua* (puramente biológica) parece ser a que está em questão para os médicos nestes atendimentos (AGAMBEN, 2010). No atendimento pediátrico, isso também se evidencia e, apesar de a pediatria não ser o foco desta pesquisa, algumas situações com relação à assistência direcionada ao recém-nato na maternidade merecem ser destacadas:

Um bebê acaba de nascer em uma cesárea eletiva (mãe hipertensa e 41 semanas de gestação). Assim que a criança sai da barriga da mãe é levada para um pequeno berço aquecido. Ela é primeiramente aspirada, ou seja, um cateter que suga o líquido amniótico é colocado em seu nariz. A criança se contorce e chora alto. Em seguida, o médico limpa o sangue, o mecônio e o vernix que está espalhado pelo corpo do bebê com uma fralda de pano. Depois começam os procedimentos de exame: puxam braços para ver o reflexo, puxam mamilo para ver coloração e tamanho, auscultam, pesam, esticam o corpo da criança para medi-la, examinam os órgãos genitais e a capacidade de sucção. Tudo isso é realizado de forma bastante mecânica e em meio a explicações para os residentes multiprofissionais que estavam na sala. Em seguida, o pediatra sugere que um dos alunos da residência multiprofissional repita os exames no mesmo bebê a fim de que ele aprenda testando na criança. Na sequência, é posto nitrato de prata nos olhos e nos órgãos genitais da criança, além de aplicada a vacina e a vitamina k, que são dadas uma em cada perna do bebê. O bebê é manipulado como se fosse um boneco. A sala tem uma luz forte e branca e o berço é aquecido. A partir de um certo momento, começa a apitar para alertar que chegou no aquecimento máximo, mas os profissionais não desligam o alarme, que toca alto. (Em alguns atendimentos, o alarme toca por mais de meia hora, muito próximo da criança, sem que ninguém desligue). Ao ver meu incomodo com o barulho, a pediatra diz: “Insuportável esse barulho, né? É o dia inteiro assim”. A maioria das crianças chora e se esperneia com a realização de todos estes procedimentos, que às vezes duram em torno de 15 a 20 minutos. Ao choro do bebê, uma das enfermeiras reage com a frase: “Como você grita, bebê! Parece que eu estou te batendo!”

Pergunto a uma das pediatras se aqueles procedimentos são de fato indispensáveis naquele momento, ela responde: “Ah, tem que examinar, né? Para saber se está tudo direitinho. Tem que dar as vacinas, limpar...” Então pergunto se ela acha que o bebê sofre com aquelas intervenções. Ela responde: “Sofre porque está com frio, acho... só por isso... eles sentem muito frio. Mas depois que ele fica quentinho, ele para de chorar”.

Em outra situação, um bebê nasce com dificuldades respiratórias, nestes casos os médicos usam um termo que é “bater asas”, que significa que o bebê está movendo as narinas ao tentar respirar. O bebê nasceu às 15h50, por meio de uma cesariana. Por estar “batendo asa”, precisou ficar em observação e, por isso, não foi levado para a mãe, mesmo depois de uma hora do nascimento. Uma das médicas, ao ver o bebê, diz: “Caraca! Esse aqui bate a asa do nariz! Fecha esse nariz, criança!” Ao falar isso, aperta o nariz do bebê.

(Diário de Campo: Centro Obstétrico. Plantão à tarde, durante um dia de semana. Outubro, 2014).

A primeira hora da vida do bebê nesta maternidade já apresenta uma forte característica da sociedade em que nasceu: a marca da biopolítica. Por um lado, há uma preocupação excessiva com o cumprimento da rotina de exames (os quais são fortemente caracterizados pela transmissão

do conhecimento). Essa rotina é feita para a comprovação da perfeição corporal do bebê é considerada procedimento prioritário a ser feito logo após o nascimento. Por outro lado, a despreocupação com relação ao bem estar físico e emocional do bebê—evidenciada pelo modo mecânico com que o recém-nascido é manipulado e pelo distanciamento de sua mãe não ser posto em questão como um problema por parte dos profissionais —mostra uma sociedade em que os indivíduos são vistos como um simples corpo biológico, e não sujeitos (AGAMBEN, 2010).

Outra característica que marca a invisibilidade da paciente como sujeito na maternidade é o tratamento dado a gestante/parturiente quando os médicos a elas se dirigem. Os médicos tratam as mulheres de modo infantilizado, como se estivessem falando com uma criança. Todas as partes do corpo da paciente são proferidas no diminutivo e os médicos parecem não se dar conta de que fazem isso. Falam algo com a paciente deste modo infantilizado, e em seguida voltam a falar normalmente quando se dirigem a alguém da equipe. No atendimento em que isso ficou mais evidente, ocorreu a seguinte sequência de acontecimentos:

Para realizar a amniotomia a médica diz para a paciente: “abre a perninha, por favor”. Em seguida, rompe a bolsa. Logo que termina, volta-se para a paciente e diz: “Peraí que eu vou te limpar, vou pegar uma fralda.” Olha para a enfermeira e diz: “Me dá um absorvente”. Em seguida, volta-se novamente para a paciente e diz: “Levanta o bumbum! Isso!”. E limpa a paciente colocando um absorvente. (Diário de Campo: Centro obstétrico em um plantão da noite. Durante um dia de semana. Outubro, 2014).

Chama atenção o fato da médica se referir ao absorvente como “fralda” quando o interlocutor é a paciente e, segundos depois, utilizar o termo “absorvente” quando o interlocutor é a enfermeira. Em nossa sociedade, em geral os indivíduos que usam fraldas são bebês, deficientes mentais, paraplégicos, doentes em estado terminal, idosos. E, em todos os casos, a fralda é utilizada pelo fato destes indivíduos não serem capazes (por imaturidade ou alguma deficiência) de, por iniciativa própria, realizarem suas necessidades fisiológicas no banheiro. Ao utilizar este termo, indiretamente a médica transmite para sua paciente que ela é incapaz de controlar os eventos fisiológicos que ocorrem no seu corpo durante o parto. Segundo Crepaldi (1999), a tendência dos cuidadores é de aumentar o sentimento de dependência do doente, mesmo que de forma inconsciente. Isto configura um desrespeito à autonomia e à maturidade da paciente e colocando-a em estado regressivo, absolutamente não condizente com sua condição verdadeira. A mensagem que se transmite é, mais uma vez, a do corpo da mulher como inapto a realizar o parto sem ajuda médica.

Outra tendência comum é substituir o nome da paciente por algum atributo ou característica da mesma, desqualificando o seu lugar como sujeito plural. Na maternidade em questão, o Centro Obstétrico contava com quatro leitos que eram nomeados pela equipe de box 1, box 2, 3 e 4. Na maioria das vezes, para se referir a paciente, era indicado o leito que a mesma ocupava, independentemente de seu nome estar escrito em um quadro imediatamente à frente do número do box. Em outros casos eram apresentadas características como “a da bolsa rota” e, ainda um caso em que ficou explícito o preconceito para com uma paciente obesa que foi atendida no serviço e apelidada na conversa entre os médicos de “giga”. Com relação a este caso, mais detalhes do diário de campo estão descritos abaixo:

Na sala dos médicos, entra uma residente que avisa: “Tá subindo uma bolsa rota! 38 semanas, mas não está contraindo, abriu 11h30, ne? (são 16h00) É uma bariátrica!” As médicas presentes riem. [O termo “bariátrico” é utilizado entre os médicos para se referir à operação de redução de estômago em pacientes obesos. No caso presente, a médica usa esse termo debochando da obesidade da paciente, tratando seu parto como uma redução de estômago.] A conversa segue:

Residente: “Ela é deste tamanho! (mostra abrindo os braços) Rompeu a bolsa. É enorme. Falaram que a cardio não foi muito boa, mandaram subir”.

Staff: “Essa bariátrica é o que? Um supinamento? Que que é isso?”

Todas riem.

Residente: “Bolsa rota, primigesta.”

Staff: “A gente vai ter que induzir com miso líquido.”

Residente: Não! Mas ela tá com 4 centímetros de dilatação.

Staff: “Quatro centímetros! Então, amor para ela, muito amor!”

(Risos)

Residente: Você não tem noção. Ela é gorda, ela é chata, a mulher é insuportável.

Staff: Pede para prescrever: Amor.

(Risos)

Residente: Então, vai ficar insuportável e ainda gritando.

Staff: Você botou essa cardio direito, né? Você tem amor a sua vida, né?

Residente: Nem sei como que eu consegui colocar a cardio nessa ‘mulé’.

(Diário de campo: Sala dos médicos. Plantão à tarde, durante um dia de semana. Outubro, 2014)

No momento em que a médica usa o termo “amor”, ela está se referindo ao uso da ocitocina sintética. Trata-se de um deboche. Poucos minutos antes desta conversa, um dos médicos que se encontrava na sala estava debochando da visão de Michel Odent (obstetra que afirma que a ocitocina é o hormônio responsável pelo amor). Diante de um posicionamento contra-hegemônico, como é o caso do obstetra em questão (que apresenta uma forma de encarar o parto de um modo diferente do que os médicos da maternidade estão habituados), os médicos da maternidade apresentam forte intolerância. Por este motivo, o deboche se apresenta de modo

incontestemente (este tema será retomado abaixo). A conversa segue:

A conversa segue com mais alguns insultos e deboches a respeito da obesidade da paciente e começam a se referir a ela como “giga”. Uma das staffs nesse momento se prontifica a me dar entrevista. Começamos a entrevista e, ao terminar, o parto desta paciente obesa havia sido finalizado. Vou até o Centro Obstétrico. A menina que atende a paciente faz cara de nojo. Em seguida, quando termina o parto, vai até a sala de médicos e fala com a staff que eu entrevistei: “Cara! A giga! Você não tem noção de como foi fazer aquele parto. Um pernas enormes, ela deitada parecia um elefante, me senti fazendo o parto de um elefante! Foi horrível!” (Diário de Campo: Sala os médicos. Plantão da tarde de um dia de semana. Outubro, 2014)

Infelizmente, o acompanhamento do andamento deste parto não pode ser realizado de modo que tenha sido possível relatar a respeito do tratamento para com esta paciente durante o parto. Independente disso, chama atenção a forma como os médicos se referem as pacientes quando estão em intimidade. O preconceito e o deboche com que tratam a paciente (que neste caso era negra, pobre e obesa, três estigmas claros na nossa sociedade) é novamente uma situação que fere o seguinte princípio fundamental da ética médica: “A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza”. (CREMESP, 2013). Na seção de Direitos Humanos encontra-se o seguinte artigo:

É vedado ao médico: (Art. 23) Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

A forma como a equipe médica trata esta mulher, associando seu parto a uma operação de redução de estômago, criticando-a por ser obesa, e apresentando resistência e desgosto em atendê-la (a médica que faz o parto diz: “Me senti fazendo o parto de um elefante! Foi horrível!”) apresentam clara discriminação que não condiz em absoluto com o papel do médico na sociedade: de estar a serviço da saúde de todo e qualquer ser humano.

### **3.3 A prática institucional: as flutuações entre o saber institucional, a transmissão do conhecimento, conveniência e necessidade**

Buscaremos nesta seção compreender como a rotina na assistência ao parto se estabelece na maternidade em questão. Já foi visto que a prática na instituição segue o modelo tecnocrata e que, dentro deste modelo, as intervenções são frequentes. Vimos também que a noção de risco é a principal justificativa para as intervenções ao parto e que, em alguns momentos, questões

relativas à saúde ficam em segundo plano, enquanto questões como a preocupação com processos judiciais entram em pauta. O que buscamos compreender nesta seção, diz respeito ao modo como as aplicações das rotinas são realizadas e transmitidas na maternidade pesquisada. Para isso, analisamos o protocolo assistencial utilizado na maternidade, ouvindo as opiniões dos entrevistados sobre este documento.

### **3.3.1 O protocolo de atendimento**

Em 2013, três médicos da maternidade pesquisada organizaram um protocolo assistencial impresso em forma de livro e que também foi disponibilizado via internet. Este protocolo, além de ser utilizado pelos profissionais da instituição, serve de referência para outras instituições do Rio de Janeiro.

Durante a pesquisa de campo, chamou atenção o fato de os residentes e os internos com frequência estarem estudando o protocolo assistencial. Nos corredores e no quarto dos residentes, era comum encontrar os alunos lendo e discutindo o protocolo. Assim, o documento se tornou um ponto de interesse da pesquisa. Como forma de aproximação com a prática obstétrica da maternidade em questão, foi analisado este protocolo que fornece parâmetros aos procedimentos de atendimento ao trabalho de parto e parto para os profissionais. O objetivo foi compreender: sob quais preceitos a prática da instituição está embasada; a relação dos médicos e estudantes com estes preceitos e; a forma como equilibram as recomendações e fluxogramas ao atendimento clínico, ou seja, ao face a face com cada uma das pacientes.

Com relação à análise deste protocolo, destacam-se três seguintes constatações: Primeiro, o texto do protocolo cumpre mais a função de informar *de que modo* deve ser realizado um procedimento do que *sob que circunstâncias* tornar-se necessária a utilização deste procedimento (veremos em detalhes a seguir). Esta ausência de informação sobre quando optar pela intervenção permite uma maior liberdade de cada médico, que por meio de parâmetros próprios, decide pelas intervenções, inclusive utilizando parâmetros para seu próprio benefício (como, por exemplo, a economia de tempo). Em segundo lugar, a imprecisão do protocolo na determinação das situações específicas em que cada intervenção deve ser utilizada, associado à hierarquia institucional resulta em situações em que procedimentos são realizados mais para satisfazer as diretrizes dos chefes de plantão, do que por uma indicação técnica e/ou institucional determinada. Por último,

cabe ressaltar, o quanto as duas primeiras constatações influenciam na formação profissional da instituição. Vejamos ao longo da seção, como essas situações se evidenciaram.

De antemão, foi percebido que o protocolo não tem aprovação máxima entre os entrevistados, que divergiram ao exporem suas opiniões a respeito do material: Três dos sete entrevistados tiveram opinião favorável, considerando-o uma fonte de excelência e afirmam utilizá-lo com frequência, como foi o caso da residente Dra. Manuela:

Eu acho ele muito bom, sou fã número um deste protocolo, a gente usa muito, ajuda muito (...) ele, para a prática, é muito bom, ajuda muito. (Dra. Manuela, residente, 28 anos)

O médico Dr. Mauro e o residente Antonio também enaltecem o valor que o protocolo tem para ajudar a guiar a prática obstétrica:

Eu gosto do protocolo, e gosto da instituição ter isso. Porque é um guia e você está respaldado pelo protocolo. Ele é atualizado frequentemente. Ele é online, e te dá um respaldo muito grande. Você tem alguma dúvida de conduta, você olha no protocolo. Foi feito por obstetras experientes aqui da casa. (Dr. Antonio, residente, 25 anos)

Eu, inclusive, implantei essa mesma rotina no meu serviço, que eu chefo. Eu acho que o protocolo (...) é bem objetivo e ele cumpre o papel a que ele se destina, que é exatamente ter uma linha de orientação para os principais quadros - ou os mais comuns - durante o pré-natal e a gravidez. (...) Todos têm esse acesso. Eu acho muito bom. Foi bem escrito, bem atualizado. (Dr. Mauro, staff, 52 anos)

De acordo com estes entrevistados, o material é capaz de conduzir com eficiência os médicos na prática obstétrica. Dois dos entrevistados (Gabriel, interno e Dra. Larissa, *staff*) se mostraram neutros com relação ao protocolo. Já para Dra. Mariana (*staff*) e Camila (interna) o protocolo é confuso, controverso e muito simplificado, não servindo exatamente como um guia. Nas palavras de Camila:

[Você conhece o protocolo da maternidade?] Sim. [Você costuma lê-lo?] Sim, tem na internet. [E o que você acha dele? Concorda com ele?] Não ele tem muitas controvérsias. [Você saberia dizer alguma?] A dessa semana? (risos) Então, no protocolo da maternidade fala que pode dar metronidazol oral para vaginose na grávida, sendo que a Sociedade Americana diz que é só o intravaginal e esse meu professor diz que nem esse pode dar, que tem que ser clindamicina. Só que isso tá no protocolo. Aí, o que você faz, né? (Camila, interna, 25 anos)

Esta aluna se destaca por apresentar opinião e questionamentos distintos dos demais alunos, se posicionando de forma crítica e inquisidora. Porém, tendo em vista que se trata de uma aluna nova, que está há menos de um mês na instituição, é comum que a força diretiva da cultura ainda não tenha conformado seus posicionamentos de modo tão forte quanto ocorre aos alunos que estão na instituição há mais tempo e que se posicionam de modo mais conformado e alinhado com o sistema cultural vigente (D'ANDRADE, 1984). Dra. Mariana, assim como Camila, cita como material de referência para seus estudos, a Sociedade Americana. Em sua conduta obstétrica, Dra. Mariana afirma dar prioridade às revisões bibliográficas e aos artigos recentes divulgados pelo American College e o Royal College (que também estão disponíveis na internet), como veremos a seguir:

(...) Tem toda a atualização que se faz do Royal College e do American College que acho que, para mim, são os melhores guidelines que a gente tem. E pô, são trabalhos multicêntricos: eu fiz um estudo aqui, que foi feito em 27 países, sobre gemelaridade. Então, você não tem como contestar isso! Se o trabalho foi feito direito, você não tem como contestar. O protocolo daqui é muito simplificado, só isso. Ele te diz a dose do remédio que você tem que fazer, te diz quando tem que fazer, ele é fluxograma, ele é bem simples. [Você acha que os alunos acessam esses guidelines?] Ah, acho que não. Acho que muitas vezes, não. Eles querem as coisas bem mastigadas. Tem um ou outro que você sabe que, claro (em qualquer área), vai procurar mais. Mas o perfil basal não é assim não. (...) muitas vezes o aluno não teve contato nenhum com pesquisa, que não tem hábito de procurar artigo, entendeu? (Dra. Mariana, Staff, 36 anos)

Apesar de a maternidade pesquisada ser uma instituição de ensino – onde é comum que os alunos tenham contato estreito com as pesquisas – a médica afirma que a maioria dos alunos tem pouco hábito na busca por essa fonte de conhecimento. Na instituição em questão, a transmissão oral ganha um valor que parece direcionar a pesquisa dos alunos a essa única fonte.

A partir da apresentação de opiniões divergentes, uma atenção mais detalhada foi dada a alguns pontos do documento: àqueles que apresentam as diretrizes para as intervenções mais frequentemente observadas durante o trabalho de parto e parto, como por exemplo, os parâmetros para o uso da episiotomia e da ruptura de bolsa. Como resultado desta análise, percebe-se que o protocolo prioriza informações relativas à forma como os médicos ou residentes devem conduzir (ou mesmo proceder) determinadas intervenções – e não necessariamente o que tornaria a intervenção necessária. A rigor, informações aprofundadas sobre os critérios decisórios para a indicação (ou não) de procedimentos intervencionistas são, apenas, eventualmente mencionadas. As recomendações para a realização de amniotomia são exemplares dessa abstenção: “Quando

indicada a amniotomia, praticá-la durante a contração uterina e aguardando o escoamento do líquido antes de terminar o toque vaginal”. Em resumo, não há no protocolo o esclarecimento sobre qual é a indicação para esta conduta, cabendo ao estudante já ter este conhecimento prévio, ou buscar outra fonte.

A falta de especificidade sobre os critérios para a indicação de intervenções durante o trabalho de parto e parto abre a possibilidade para decisões arbitrárias. Dra. Mariana afirma:

Embora o ideal seria que a maternidade andasse com os protocolos atualizados e que todo mundo fizesse um trabalho padronizado, não é assim que acontece, né? (Dra. Mariana, staff, 36 anos)

A percepção da arbitrariedade para a indicação de cada procedimento relacionada às convicções pessoais de cada profissional se apresenta de forma implícita na fala de um dos residentes. Ao ser perguntado sobre a quantidade de procedimentos que acontecem na maternidade, em comparação à outra clínica em que trabalha, ele afirma:

A prevalência de analgesia na clínica privada é maior. A maioria faz analgesia de parto. (...) Epísio também, a maioria também faz lá, mais do que aqui. Fórceps que é a mesma proporção, porque é uma indicação certa, né? Não é porque: ‘ah prefiro fórceps, vou passar’. É uma indicação mesmo. (Dr. Antonio, residente, 25 anos)

Chama atenção o termo que o aluno usa para descrever a indicação de fórceps: “indicação certa”. Seguindo este raciocínio, as outras indicações seriam incertas? A observação dos plantões na maternidade parece corroborar esta afirmação do residente.

A influência da hierarquia também é percebida como consequência da imprecisão do protocolo. Cada plantão da maternidade apresenta características particulares, em geral, estas características estão de acordo com o que é mais valorizado pelos médicos situados no topo da hierarquia. Uma situação que exemplifica tanto a variação entre os plantões quanto a força da hierarquia médica sobre a conduta dos médicos da maternidade será relatada a seguir. Abaixo, apresenta-se um trecho do diário de campo da palestra assistida em outubro de 2013 realizada por dois médicos da maternidade pesquisada:

O médico inicia uma apresentação de slides, com fotos dos órgãos genitais das mulheres cortados pela episiotomia, e promove a defesa do uso indiscriminado deste procedimento no parto normal, afirmando que este procedimento é extremamente benéfico para todos os partos normais. Ao final da apresentação, perguntei a esse médico a respeito da incidência de episiotomia na maternidade em questão. Ele me afirmou ser de 100%, o

médico que o acompanha, também da instituição, claramente consternado com o dado apresentado pelo colega de trabalho, tenta corrigir dizendo que hoje em dia é um pouco menos, em torno de 80%. (Diário de Campo: Palestra sobre parto normal e cesárea. Outubro, 2013)

Na pesquisa de campo propriamente dita, dentro da maternidade, tive a oportunidade de conversar com Dra. Mariana sobre esta palestra e saber sua opinião a respeito das taxas fornecidas pelo médico palestrante. Dra. Mariana apresenta seu ponto de vista, a seguir:

(...) eu reparei que quando eu fiz plantões em outros horários, que cada plantão acaba tendo uma conduta meio peculiar, né? Então, embora a gente tenha uma rotina, que tenta unificar essas condutas e ser padrão, cada plantão tem suas preferências. Esse 100% provavelmente diz respeito a algum plantão, né? Porque com certeza tem alguns plantões que vão seguir os guidelines, gente! Guideline internacional, a gente segue basicamente dois guidelines um do Royal College e outro que é o American College (...) São duas potências de trabalhos eles fazem trabalhos multicêntricos, eles fazem trabalhos controlados, trabalhos randomizados, fazem coisas grandes e com muito patrocínio. (Dra. Mariana, Staff, 36 anos)

Dra. Mariana segue esta conversa apontando uma série de evidências científicas a respeito da episiotomia e da necessidade de sua indicação ser precisa (que serão explicitadas abaixo) e ao fim da conversa fala sobre sua conduta pessoal com relação ao uso da episiotomia:

[Nos partos que você faz você consegue restringir o uso da ocitocina a todas estas especificidades que citou?] Olha, aí tem coisas que a gente faz para não se aborrecer. [Como assim?] A chefe do meu plantão gosta que faça episiotomia, e pô, ela é a chefe do plantão, está aqui há muito mais tempo. Por que eu vou contrariar? (Dra. Mariana, Staff, 36 anos)

Apesar de todo seu conhecimento e de apresentar uma postura divergente ao uso indiscriminado da episiotomia, na sua prática dentro da instituição, Dra. Mariana acaba por seguir a conduta que, os médicos mais velhos e com maior autoridade que ela, consideram adequada. Este relato demonstra o quanto a hierarquia tem forte influência na instituição e esta hierarquia, associada a imprecisão do protocolo, abre-se espaço para o surgimento de “microculturas” em cada plantão, nas quais algumas variações transitam dentro dos limites aceitáveis para que se mantenha a coesão do modelo hegemônico já sistematizado. A interna Camila também pontua esta situação:

Dá para perceber que algumas equipes fazem mais algumas coisas e outras fazem menos, tipo: episio. Tem muita episio, mesmo no livro (se referindo ao protocolo assistencial) as indicações dela são muito... é... não tem muito parâmetro, assim: ah, se tem tal coisa, tal coisa e tal coisa vai ter que fazer episio. Então, eu vejo que é muito pela decisão de quem está fazendo a assistência, né? Então, eu vejo que tem equipes que fazem mais, tipo tem equipe que é de lei, sabe? Fazer episio. Tem plantão que decide pela cesariana mais rápido, mais precavido, sabe? Assim, tipo: ‘não vamos arriscar’. E aí

num sei, né? Se deveria ou não esperar. (Camila, interna, 25 anos)

É importante lembrar que muitos profissionais são formados nesta instituição. E a partir do momento que se evidencia que nela não existe um modelo de assistência homogêneo, isso significa dizer que também a transmissão da prática obstétrica é distinta em cada um dos plantões. Os dois internos entrevistados, que ainda estão num processo de conformação com o modelo institucional, apresentam opiniões com relação ao uso das intervenções que chamam atenção. Camila e Gabriel apontam os procedimentos mais comuns que aconteceram nos partos sem risco que viram na maternidade, a seguir:

Acho que de todos os partos que eu vi, acho que só vi um parto que não colocaram ocitocina. (...) Analgesia aqui ela acontece em todo parto. (Camila, interna, 25 anos)

No parto sem risco sempre se faz analgesia. Vê a frequência da contração tudo direitinho... vê se tá evoluindo direitinho, se não tiver eles começam a usar ocitocina. (...) Ocitocina a gente usa sempre. Monitoramento também (...) Toda vez que a gente faz ocitocina a gente faz também o monitoramento. (Gabriel, interno, 26 anos)

A fala dos alunos aponta, no mínimo, para o fato de que estas intervenções são utilizadas em grande quantidade nos partos da maternidade, de modo que, aos olhos de quem acaba de chegar, são compreendidos como rotina. Além disso, socialização secundária do aluno e, conseqüentemente, as técnicas e condutas que serão por ele consideradas adequadas e dignas de aprovação e reprodução estão sujeitas aquilo que eles observam. E o fato de os internos não terem um plantão definido (nem um protocolo específico) isso parece dificultar a compreensão dos alunos com relação ao sistema vigente.

Para concluir, será explicitada a falta de precisão do protocolo com relação ao uso da episiotomia seguido de um exemplo de parto em que essa imprecisão se manteve, mesmo após o uso da intervenção. O protocolo assistencial da maternidade preconiza: “episiotomia mediolateral – deve ser limitada aos partos com risco de laceração perineal, com distócia de partes moles ou em caso de necessidade de facilitar o parto de feto possivelmente comprometido”. No entanto, o conceito de “risco de laceração perineal” não é esclarecido, de modo que torna necessário o conhecimento prévio, a busca em outra fonte ou de informação com os médicos mais experientes. Além disso, a laceração de períneo é algo comum principalmente em primíparas, e muitas das lacerações são pequenas (de primeiro grau), não necessitando sequer de sutura (OMS, 1996).

Enquanto o protocolo preconiza a episiotomia aos partos “com risco de laceração” sem especificação de que casos são estes, de acordo com Dra. Mariana as indicações para o procedimento são bem precisas. A seguir, a médica apresenta não apenas uma série de informações de estudos sobre episiotomia, como também aponta em que momentos ela considera a intervenção necessária:

O que os trabalhos [do American College e do Royal College] dizem é que a episiotomia é só uma laceração controlada, é só um corte que você sabe até onde vai e para onde ele vai no máximo. A episiotomia, na verdade, ela não protege o assoalho pélvico (...) a lesão que tem no períneo no trabalho de parto antes da hora de fazer episiotomia. Então se vai ter lesão ou não vai ter lesão não é a episiotomia que vai determinar. E a localização da episio vai do médio lateral direito, para fugir do reto e não correr para o ânus.(...) a localização da episio é uma localização super artificial, corta-se fibra muscular e aquela fibra não se regenera, vira uma fibrose que é um outro tipo de tecido que não tem a mesma função perfeita de um músculo.

Quando existe uma laceração, geralmente na laceração o músculo solta bem no lugar onde a ele está inserido ali, depois você fecha e aquilo recupera, né? Então o que ele [Royal College] diz, é que quando a laceração acontece fisiologicamente, naturalmente ela menos... ela é num lugar de recuperação e ela tem uma necessidade muito menor de remédio para dor no pós-parto. (...) A episiotomia é para você aumentar a passagem em determinados casos, então quando você tem um bebê que prendeu o ombro lá dentro, você vai precisar manejar melhor, ou que acha que o períneo da mulher é muito tenso e se rasgar vai rasgar mais. Mas não é todo mundo! Não adianta você falar que todo mundo tem assoalho pélvico assim! Não é assim! A maior parte não é assim. É... o que mais...se você precisar passar um fórceps e achar que vai, se você achar que o trauma de não fazer vai ser maior do que o de fazer, você pode fazer a episio. (Dra. Mariana, *Staff*, 36 anos)

Como exemplo máximo de arbitrariedade na utilização da episiotomia, será apresentado a seguir um caso em que a episiotomia foi realizada e, após a realização, cada médico tinha uma opinião divergente sobre sua necessidade:

Tratava-se de um parto normal, feito por uma residente de terceiro ano, acompanhada por uma médica do *staff*. O trabalho de parto estava transcorrendo bem. Foi feita analgesia e o uso da ocitocina sintética. A paciente já estava no período expulsivo, porém, estava muito nervosa, chorando, dizendo estar muito cansada e essa situação acabou por deixar a equipe também ansiosa. A paciente dizia: “Me ajuda, gente! Não estou aguentando! Nasce logo filha! Não tenho mais força! Estou muito cansada.”

Durante as contrações, a médica do *staff* estimulava a paciente repetindo de forma quase automática as mesmas palavras: “Isso! Isso! Muito bom! Muito bom!”. No entanto, ficava visível que a força que a paciente estava fazendo era curta para o tempo de contração. Uma das enfermeiras, percebendo a situação, vai até o ouvido da paciente, lhe dá a mão durante uma das contrações e tenta ajudar dizendo: “Faz força grande e só pare de empurrar no fim da contração.” Mas a mulher já estava bastante desestimulada emocionalmente, sentindo-se incapaz de dar à luz.

Depois de transcorrerem cinco contrações e a cabeça do bebê não sair, a residente decide pela episiotomia. Avisa a paciente que dará uma anestesia no períneo, à qual a paciente consente. Porém, não avisa sobre a episiotomia: simplesmente corta o períneo sem informar nada para a paciente. Depois do feito, parece insegura e olha para a médica *staff* que a acompanha. Esta a tranquiliza, dizendo: “Você tem razão, esta criança é

muito grande”. Mais duas contrações e a criança nasce, com uma circular de cordão que rapidamente é desfeita. Assim que a criança nasce é levada pelo pediatra para os exames de rotina. A criança é pesada: 2,920 kg (uma criança visivelmente pequena). Então o pediatra dá sua opinião: “Esta criança não estava nascendo, não era por ser grande, mas por estar com a circular de cordão. Por isso, após a mãe fazer força, a criança subia de novo, daí a necessidade da episio.” (Diário de campo: Centro Obstétrico em um plantão diurno, em um dia de semana. Outubro, 2014)

Posteriormente a pesquisadora teve a oportunidade de conversar com a residente que estava assistindo o parto sobre o uso da episiotomia:

[Por que foi preciso fazer a episiotomia neste parto?] A distensibilidade do canal de parto dela não era muito boa. Então quando vinha o feto, a gente sentia a resistência da pelve, então assim, não ia vir sem a episio, precisava da ajuda da episio para o feto vir. (Dra. Manuela, residente, 28 anos).

Esta situação demonstra o quanto as decisões tomadas na maternidade em questão apresentam certa arbitrariedade, pois cada um dos três médicos apresentou uma visão distinta para a necessidade do procedimento. Para a médica do *staff* que supervisionava o parto, a episiotomia foi necessária por considerar o bebê grande demais; para o pediatra, ela foi necessária pelo fato do bebê ter uma circular de cordão no pescoço e; já para a médica que realizou o parto, a episiotomia se fez necessária pela distensibilidade do canal de parto da mulher não ser “muito boa”. Fica também evidente que a intervenção foi realizada sem uma discussão clínica da equipe sobre a conduta a ser tomada.

Com relação à disparidade de opiniões dos médicos frente à necessidade da intervenção e a ausência de diálogo neste atendimento (tanto com relação aos médicos para com a paciente, quanto da equipe em geral), chama atenção também o fato de a enfermeira não ter apontado seu posicionamento ou mesmo dado o seu auxílio com relação à respiração e à força que a paciente deveria fazer de modo que todos ouvissem. Ela se aproxima da paciente e lhe diz ao ouvido, como se contasse um segredo. Esta situação novamente traz à tona o que foi discutido na seção sobre a equipe multidisciplinar: os enfermeiros tem uma orientação de trabalho distinta da dos médicos, na qual o âmbito relacional do atendimento está mais presente do que no trabalho realizado pelos médicos, havendo um distanciamento entre os enfermeiros e os médicos.

Por fim, ainda cabe ressaltar o fato de não ter sido considerado o apoio emocional à paciente durante o trabalho de parto. Apesar de a médica que estava realizando o atendimento ter percebido a fragilidade emocional em que se encontrava a paciente, a única conduta que ela

conseguiu considerar viável para lidar com a situação foi a intervenção cirúrgica. Aqui se apresenta uma situação em que um cuidado mais próximo e pessoal com a paciente poderia ser o fator determinante para evitar esta intervenção, o que poderia ter sido feito por uma das psicólogas ou mesmo outro profissional da maternidade para tranquilizar a paciente. No entanto, muitas vezes o que acontece é o contrário: o nervosismo da paciente contagia os médicos que intervêm através da tecnologia dura, em vez de buscar um contato no âmbito relacional com a paciente.

### **3.3.2 Indicações de cesariana sob influência da cultura**

Na maternidade pesquisada, a incidência de cesárea atingiu 48% no ano de 2012, comparado com os valores que se atingem na rede privada (algumas instituições do Rio de Janeiro chegam 98% de nascimentos pela via alta) este valor pode ser considerado baixo para os padrões brasileiros. Entretanto, ainda se encontra muito acima do recomendado pela OMS (15%) e ultrapassa também, os 30% estabelecidos pelo Ministério da Saúde (PREFEITURA DO RIO, 2015).

Como foi visto na fundamentação teórica, indicações de cesariana podem ser divididas em dois tipos: as indicações absolutas (em que há risco iminente de morte para a mãe e/ou bebê), e o segundo tipo de indicação, as relativas (na qual a opção pela cesariana varia de acordo com o profissional e com o local em que está sendo realizado o parto). A opção pela cirurgia está relacionada à personalidade, idade e experiência do médico que realiza o parto, os protocolos hospitalares, padrão de vida e vida social da mulher que está parindo e até mesmo informações publicadas em jornais médicos, mídias ou sites populares. E por isso há tanta discrepância entre médicos e hospitais (HADDAD & CECATTI, 2011).

Com relação às indicações absolutas de cesárea na maternidade em questão as que mais chamam atenção são: a indicação de cesariana para todos os bebês com apresentação pélvica e o sofrimento fetal agudo como indicação para a cesariana em um caso observado. Por outro lado, algumas indicações comuns na atualidade como a circular de cordão e o pós-datismo não são indicações para cesariana na maternidade pesquisada. Analisaremos a seguir cada um destes casos.

Na maternidade pesquisada, a única via de parto considerada para o nascimento de bebês em apresentação pélvica é a cesariana. Durante a pesquisa de campo não foi vista nenhuma tentativa ou recomendação protocolar de que fizesse investimento na versão externa do feto. Apesar de pesquisas recentes (HADDAD & CECATTI, 2011) recomendarem esta manobra (versão externa) garantindo sua segurança, na maternidade pesquisada, a intervenção cirúrgica é posta como a alternativa a ser seguida nestes casos e a manobra externa não é posta como possibilidade. Por conta dessa exigência, os residentes desconhecem a manobra e também não têm nenhuma experiência com parto pélvico. Uma das residentes entrevistadas conta sobre como foi a única vez que fez um parto pélvico em outra instituição em que trabalha.

Foi horrí... foi um pouco tenso porque a gente não faz muito, né? E tudo que é novo... Mas não é muito comum fazer parto vaginal no pélvico porque o risco de complicação é muito grande. Então, a gente não faz muito... Não é uma contraindicação na verdade, a gente sabe que pelos protocolos e tal não é uma contraindicação você fazer vaginal na apresentação pélvica, mas pelas complicações que existem a gente é bem conservador com essas indicações que existem do parto vaginal na apresentação pélvica (Dra. Manuela, 28 anos, residente)

A médica demonstra insegurança com relação a este tipo de parto por saber que ele é mais arriscado, mas também por ter tido apenas uma experiência em atender um parto pélvico. É importante ressaltar que este é um dos motivos pelo qual as indicações de cesárea aumentam: à medida que os novos profissionais chegam à residência e existe uma ampliação daquilo que é considerado indicação absoluta para cesárea naquela instituição (sem que lhes seja concedida a possibilidade de aprender a versão externa) para este médico, aquele tipo de parto passa a ter apenas uma via possível: a cesariana. Como consequência, sentem-se também inseguros para realizá-lo em uma situação de emergência. Dr. Antonio ao apontar que intervenção ele considera inadequada na maternidade, levanta a questão da rotina de cesariana para parto pélvico:

Isso de indicar que apresentação pélvica é cesariana para todo mundo, às vezes eu penso: eu não concordo com isso. Eu acho que é um parto viável. O pessoal indica, mas eu acho que daria para bancar alguns. Não eu! Não tô falando que eu bancaria, mas eles têm gente capacitada para bancar e não banca. (Dr. Antonio, 25 anos, residente)

Evidentemente, por sua inexperiência, o aluno não se considera capacitado para fazer um parto pélvico, mas apresenta insatisfação de não existir a possibilidade de se realizar esse tipo de parto na maternidade por ninguém, nem mesmo os médicos mais instruídos. O parto pélvico tem sido contraindicado pelos riscos ao bebê (HADDAD & CECATTI, 2011). No entanto, o que

vemos é que quando o sistema de educação médica valoriza a tecnologia e a medicalização da saúde, ele colabora para a falta de preparo dos novos médicos em atender o parto. A versão externa seria uma possibilidade de evitar que grande parte das mulheres cujos fetos estão pélvicos sofresse uma intervenção cirúrgica, porém na maternidade em questão essa possibilidade se perdeu, uma vez que essa técnica não é transmitida aos alunos na maternidade.

A situação inversa acontece com a indicação de cesárea por circular de cordão. Esta indicação não é absoluta, no entanto tem se tornado comum em muitos hospitais (principalmente na rede privada), o que faz com que os médicos se tornem inseguros e incapazes de realizar um parto normal em que a circular esteja presente (LUZES, 2007). Na maternidade pesquisada, a circular de cordão não é um impeditivo para o parto normal, sendo este realizado sem muita preocupação dos residentes. Em entrevista, Dra. Manuela e Dr. Antonio contam de suas experiências com relação à circular de cordão e também com outras indicações que eles consideram controversas:

Não, isso daí [circular de cordão] não é um problema, porque a circular de cordão não prende o feto na saída e quando sai a cabeça você desfaz a circular, às vezes está frouxo e você desfaz pela cabeça, às vezes está bem frouxo e ela já desfaz sozinha e, quando sai os ombros ela vai saindo por baixo. E quando está estreita a gente... assim que sai a cabeça, você clampeia corta desfaz e o neném nasce. Aquilo é rápido não causa complicação ao bebê não. A circular não. Na verdade, é um tabu, assim. É engraçado... foi a minha indicação de cesariana quando eu nasci, né? Eu fui cesariana porque eu tinha circular de cordão e na verdade agora eu sei que isso não existe, né? Não é uma indicação de cesariana circular de cordão. (Dra. Manuela, 28 anos, residente)

(...) Às vezes [o médico] fala: 'Teu filho está com circular de cordão'. Mas isso não é indicação de cesariana! Deixa eu ver outra péssima. "Ah, teu filho tá com 38 semanas, já passou do tempo". Isso é outra indicação que não existe. (...) É isso... dizer que está com circular de cordão é comodismo dele. Que ele não quer bancar aquilo e usou a circular de cordão como desculpa – e para a mãe isso é muito impactante. 'Ah, circular de cordão...'. Várias [mulheres] vêm me perguntar aqui: 'Mas doutor, está com circular de cordão!'... mas não tem problema! (Dr. Antonio, 25 anos, residente)

Os dois residentes, por já terem vivenciado experiências de realização de parto com circular de cordão, tratam o assunto com tranquilidade e afirmam que não seria uma situação que torna necessária a intervenção cirúrgica. Além da circular, Dr. Antonio ainda fala a respeito do tempo de gestação. Também diferente da maioria dos hospitais particulares, em que muitas vezes 39/40 semanas é o tempo que se aguarda antes de fazer uma cesárea, na maternidade em questão nos casos de pós-datismo (considerado na instituição gestações a partir de 41 semanas) em mulheres de baixo risco, o parto normal é induzido, ao invés de ser indicada a cesariana.

A diferença entre o ponto de vista dos médicos e dos internos se apresenta aqui mais uma vez. Gabriel, apresenta seu ponto de vista sobre a indicação de cesariana para a circular de cordão:

Essa é uma controvérsia que existe. Tem gente que faz mesmo com a circular o parto normal, mas tem gente que prefere fazer a cesárea. Isso é uma controvérsia. Hoje [em um parto acompanhado horas antes] a gente não sabia que ela estava com circular de cordão. Quando chegou a hora, tava com uma circular de cordão, então foi lá e clampeou o cordão. Mas a maioria das vezes que tem circular de cordão, você pode optar por fazer a cesárea direto. (Gabriel, 26 anos, interno)

Na visão deste interno, a cesárea parece ser a resolução dos problemas da controvérsia: se tem cordão, já pode fazer cesárea. No entanto, este aluno é um interno, e por essa condição, não realiza partos ainda, apenas observa. Assim, de acordo com o que foi dito pelos residentes e que foi observado durante a pesquisa de campo, a opinião deste interno parece estar mais relacionada a um ponto de vista externo ao da instituição do que com o que de fato acontece.

O sofrimento fetal é uma indicação relativa para a cesariana e, por ter muitas nuances, cabe ser analisado e decidido no caso a caso (FAÚNDES E CECATTI, 2011). O que é importante ressaltar sobre maternidade pesquisada com relação a este tipo de intervenção, se relaciona, na verdade, com o fato de a instituição não fazer distinção entre os partos em que devem e os que não devem ser utilizado o monitoramento eletrônico fetal. O protocolo assistencial da maternidade sugere que sempre que possível o monitoramento seja utilizado para o acompanhamento de todos os partos, sem distinção. No entanto, como foi visto na fundamentação teórica, o aparelho quando utilizado em pacientes de baixo risco, tem 70% de chances de apontar um falso positivo.

Um dos partos de baixo risco observado durante a pesquisa de campo na maternidade que foi monitorado por este aparelho teve como desfecho a cirurgia cesariana. Abaixo, um relato transcrito do diário de campo:

Ao chegar ao centro obstétrico, há uma paciente internada que está sob monitoramento eletrônico fetal, os médicos alegam que o aparelho aponta sofrimento fetal, por isso as primeiras condutas a serem tomadas foram colocar a paciente de lado (para descomprimir a veia cava) e fornecer oxigênio. Ainda assim, passados 20 minutos o aparelho continua apontando sofrimento fetal e a equipe decide optar por uma cesárea. A mulher é transferida com seu marido e começa o processo para a cirurgia. Quando o bebê nasce, é percebido que o bebê estava virado para frente, uma posição que frequentemente torna o parto normal mais prolongado. No entanto, o bebê nasceu sem presença de mecônio, e seu Apgar no primeiro minuto foi 9, e 10 no quinto minuto (o maior Apgar observado na maternidade). Apesar de o aparelho ter diagnosticado

sofrimento fetal, o bebê nasceu saudável. (Diário de campo: Centro Obstétrico e Cirúrgico. Plantão da noite de um dia de semana. Outubro, 2014)

Após a cirurgia, a pesquisadora teve a oportunidade de entrevistar Dra. Mariana, médica do *staff* que acompanhou o trabalho de parto e realizou a cesariana, e conversar sobre a assistência recém prestada. Em entrevista, Dra. Mariana explica, sob seu ponto de vista, o que aconteceu neste trabalho de parto, como veremos a seguir:

[A criança estava em sofrimento fetal a princípio, mas ao nascer aparentou estar saudável. O que aconteceu?] Foi agudo. Alguma coisa não estava legal ali dentro e foi agudo. Quer dizer alguma coisa que tava fazendo o bebê sofrer ali foi resolvido, nasceu e acabou. [Pode ter sido um falso positivo?] Eu acho. Acho que sim, acho que pode, sim... Se a gente tivesse levado mais tempo, né? E aí talvez aquilo ali se resolvesse sem precisar operar a paciente. Eu acho. Só que a gente estaria pagando pra ver né? Taquicardia fetal mantida é um dos sinais de sofrimento fetal. E aí quando a coisa não dá certo você não tem muito como explicar, porque você tem o sinal, você tentou contornar fez tudo que tinha que geralmente o bebê responde muito bem e tá tudo bem depois e você deixar, ignorar este sinal né? Mas acho, acho que não devia ter nada demais ali, provavelmente. Tinha uma circular de cordão que não estava apertada, era frouxa, né? Não acho que tinha nada demais ali. (Dra. Mariana, *staff*, 36 anos)

A médica admite a possibilidade de ter havido um caso de falso positivo, no entanto demonstra uma preocupação em tomar outra medida que não a intervenção cirúrgica, uma vez que o sinal estava ali representado o problema, e não tomar a providência da cesariana, ao seu ver, seria arriscado e imprudente. Assim, o monitoramento eletrônico fetal utilizado em gestação de baixo risco, quando aponta sofrimento fetal, muitas vezes acaba por impelir os médicos à realização da cesariana. Por conta dos dados impressos fornecidos pelo material, mesmo que já haja evidências da alta incidência de falso positivo e alguns médicos suspeitem desta possibilidade, eles não se sentem seguros para contestar o resultado da máquina. Entre a palavra do médico e a da tecnologia, a tendência da sociedade atual e do próprio médico é confiar mais na tecnologia. E assim, não realizar a cesariana, neste caso, apresenta-se como uma irresponsabilidade, pois seria não “ir até as últimas consequências” para salvar o bebê ou a mãe. Sobre a incidência de falsos positivos que o monitoramento eletrônico fetal pode produzir em gestação de baixo risco, Dra. Mariana apresenta seu ponto de vista:

(...) Ele aumenta muito a cesariana. Pois é... aí você tem o outro lado, né? Eu aprendi com... tinha um professor meu que dizia muito isso. Quando a paciente está com o bebê à direita, que é uma posição que o bebê demora mais para nascer, ele falava: desliga a cardio, vai tomar um café, fica tranquilo e volta. Ele falava muito isso. (Dra. Mariana, *staff*, 36 anos)

Este professor parece perceber o quanto o uso do monitoramento eletrônico para um parto que provavelmente será prolongado, pode resultar em falso positivo, preferindo evitar o uso do aparelho. Porém, levando em consideração que na maternidade pesquisada o uso indiscriminado do monitoramento eletrônico fetal para todas as pacientes é preconizado no protocolo da instituição, dificilmente algum médico irá se opor. O uso do aparelho como rotina para todos os partos inevitavelmente abre margem para mais intervenções no parto. Assim, mais uma vez vemos duas características da cultura hegemônica servirem como fator determinante na tomada de decisão dos médicos: o enaltecimento da tecnologia, através do qual o uso do monitoramento eletrônico fetal tomou o lugar da ausculta intermitente e; o medo dos médicos de sofrer um processo judicial, na qual a preocupação do médico em ser responsabilizado (caso haja disparidade entre o que ele considera e o que a máquina aponta) acabam por influenciar na escolha por uma cesárea.

Como visto na fundamentação teórica, o Brasil é campeão mundial de cesarianas. Isso demonstra como a cultura que valoriza o uso da cesárea se faz presente não apenas dentro desta instituição, mas também fora dela. Existe na sociedade um imaginário de que a cesariana está relacionada à maior segurança, a um certo status social, a um maior controle sob os riscos e a uma dor menor para a mulher. Na maternidade em questão, isso não é diferente, mesmo as médicas que tem conhecimento sobre maiores riscos da cesárea, ao falarem sobre a expectativa com relação ao parto de seus filhos, ou mesmo contando como o parto dos filhos aconteceu (no caso das que já são mães), reproduzem os mitos disseminados na sociedade. Dentre as justificativas dos entrevistados para explicar a alta incidência de cesárea no Brasil, o primeiro motivo apresentado foi o fator cultural da sociedade que produz o desejo de cesariana nas próprias mulheres. Dra. Larissa aponta sua opinião:

Muitas vezes tem a preferência da mãe, a escolha da gestante, né? A gente tem um país que tem uma cultura cesarianista. Então muitas, em especial no privado... mas (...) no serviço público a gente também vê isso. A gente vê muita, mas muita paciente que por conta das crenças e da cultura que a nossa sociedade tem, entendeu, ela quer cesariana. Porque ela acha que é melhor. A gente ainda pensa muito isso também: que a cesariana é melhor. Então eu acho que muito da incidência no Brasil é cultural. (Dra. Larissa, 37 anos, *staff*)

Esta médica, a Dra. Larissa, considera que o fator cultural influencia tanto mulheres quanto médicos na crença de que a cesárea é uma escolha melhor comparada ao parto normal. No entanto, como também já foi visto, pesquisas recentes apontam que 70% a 80% das mulheres

desejam parto vaginal no início da gestação, mas a modificação da decisão para cesárea acontece, na maioria das vezes, pouco antes da admissão para o parto (FAUNDES et, al. 2004; POTTER et al. 2001; LEAL, 2014). Ao perguntar à Dra. Larissa como foi o parto de seus filhos, ela conta que ambos nasceram por cesárea, o primeiro por estar pélvico e o segundo por escolha própria. Assim, a própria médica parece ser também influenciada pela cultura do país, da qual ela fala.

O mesmo acontece à Dra. Manuela e à interna Camila, ao darem a justificativa do que consideram que acontece na sociedade, utilizam a mesma justificativa que dão para a decisão pessoal delas. Tanto Dra. Manuela quanto Camila afirmaram que muitas mulheres sentem medo da dor do parto normal e consideram este o motivo para o aumento de cesariana no país. Nenhuma das duas jovens já teve filhos, e ao contarem sobre a expectativa de seus próprios partos, não souberam responder com certeza que via preferem e relataram ter medo do parto normal, como veremos a seguir:

Assim, eu acho o normal lindo maravilhoso, mas eu tenho medo. Porque eu acho muito pequeno o lugar para passar sabe?... Mas... mais seguro eu acho cesariana eu acho que você tem mais controle, assim. Mas, num sei, mas pode ser uma impressão. (Camila, 25 anos, interna).

Eu já mudei muitas vezes, eu antes de começar a residência eu queria cesárea com certeza, assim, eu não queria parto normal de jeito nenhum. E durante a residência eu... na verdade, no início eu continuei querendo cesárea [risos]. Eu dizia: “Não! Quero cesárea! É horrível parto normal! Você ficar lá toda aberta e não sei o quê, muito ruim, tem que sentir dor, sou muito fraca para dor e tal. Quero cesárea!” [O que fazia você não querer o parto normal exatamente?] Era o medo da dor e o descontrole na hora do parto, de quando estiver perto de nascer, assim: “Ai, agora tem que fazer força, mas e se eu não conseguir fazer força?” Acho que muita mulher...eu e muita mulher tem medo disso. Assim: “E se eu não conseguir? O neném já está lá quase na minha vagina eu tenho que conseguir! E se eu não conseguir? Eu vou estar mantado o meu neném? Assim, muita gente tem medo disso! E... ah... eu tinha mais medo disso: de eu não conseguir cooperar com o trabalho de parto, e medo da dor também com certeza. Mas assim, eu acho que hoje em dia eu quero tentar o parto normal sim. Eu quero entrar em trabalho de parto, eu quero começar a sentir as contrações. Analgesia de parto com certeza, não quero parto sem analgesia de jeito nenhum e eu vou tentar ter parto normal, assim. Eu acho que a recuperação deve ser muito melhor e tal. Mas eu não sei se eu vou conseguir né? [risos] Mas eu acho que eu quero tentar. (Dra. Manuela, 28 anos, residente)

Estes relatos mostram como os medos e sensações das próprias médicas influenciam na crença que elas têm a respeito do que as outras mulheres também vivenciam. Existe assim, um fator cultural que evidentemente perpassa também a comunidade médica. E deste modo, justo o profissional que poderia desmistificar crenças e valores não condizentes com as evidências científicas, parece ter sido também capturado por essas crenças, tornando-se impotente para a

função. Ainda com relação aos motivos da alta incidência de cesárea, outro fator também considerado pelos médicos foi a baixa remuneração feita pelos planos de saúde:

No Brasil a gente tem uma questão muito séria que é a questão de quanto o médico consegue ganhar por parto, e acho que os médicos... acho que eles não estão certos. Entenda bem. Acho que o combinado não é caro, acho que se você combinou de trabalhar daquele jeito e disse que ia cobrar pelo plano de saúde, trabalha direito daquele jeito! Mas o que acontece na prática é que a pessoa vai ganhar muito pouco por aquele parto, então ela resolve, opera a paciente e resolve aquilo tudo ali em uma hora. Um trabalho de parto você chega a ficar muitas horas no hospital, né? Eu já rodei noites inteiras no hospital em trabalho de parto, né? E normalmente. Já fui fazer indução já fiquei 23 horas dentro do hospital, mas é muito tempo isso. E aí se você, se o cara depende daquilo ali para pagar as contas dele e ele vai ganhar no final de tudo 600 reais, por aquele dia que ele podia ter utilizado e resolvido. Ele talvez não queira. (Dra. Mariana, 36 anos, staff)

Dra. Mariana aponta uma situação que já havia sido citada na fundamentação teórica: o comodismo que a cesariana traz para os médicos, uma vez que a intervenção cirúrgica, principalmente aquela agendada, é significativamente mais rápida do que o tempo que se despende durante todo o trabalho de parto. Este fator, associado ao pagamento dos planos de saúde cada vez menor, faz com que muitos médicos optem pela cesárea para manter o seu orçamento mensal num patamar satisfatório sem ter que passar noites em claro ou despende muito tempo no atendimento ao trabalho de parto. Dr. Mauro, também da mesma opinião de Dra. Mariana, ainda acrescenta que a cesárea passou a ser um acordo favorável tanto para a mulher quanto para o médico, levando em consideração a agilidade que nos é exigida na sociedade atual:

O aumento da segurança que o procedimento da cesariana passou a ter, aliado também à previsibilidade do procedimento da cesariana. O que foi, na realidade, uma descoberta da paciente e do médico, né? Porque também para o médico, com a vida atribulada que os médicos passaram a ter, com a entrada dos convênios, a má remuneração, enfim, o médico ter que pular daqui ali... isso tudo passou a ser um interesse da paciente com a aquiescência do médico. Então passou a ser interessante para ambos os lados. (Dr. Mauro, 52 anos, staff)

Ainda houve entrevistados que associaram ao comodismo por parte do médico e a má indicação obstétrica como os fatores preponderantes para a alta incidência de cesárea no país.

Tem muito isso, principalmente no Brasil: a paciente quer, o médico marca cesárea por uma questão meramente de agenda dele que ele vai querer fazer ali, porque uma mulher grávida de 36 semanas pode entrar em trabalho de parto a qualquer momento. Então o cara tem que ficar atento, aí o cara já marca cesárea para poder se ver livre, entendeu? (Gabriel, 26 anos, interno)

Má indicação obstétrica. Médico que indica cesariana com 37 semanas, agenda porque quer fazer as cinco cesarianas no mesmo dia, porque quer fazer as cinco e se livrar, e não quer ter a dor de cabeça de paciente entrar em trabalho de parto, tudo mais. Má indicação obstétrica acho que é a principal causa. (Dr. Antonio, 25 anos, residente)

Com relação à má indicação obstétrica, duas entrevistadas consideram seus próprios nascimentos resultados de más indicações. Dra. Manuela que conta que sua mãe foi submetida à cesárea por conta de uma circular de cordão (citado acima) e a interna Camila, que deu o seguinte depoimento:

(...) minha mãe fala rindo, só que depois... eu hoje vejo muito criticamente, assim. Ela diz: 'Ah, Camila, você nasceu de cesárea por que era uma sexta-feira, era o último capítulo da novela e aí os médicos queriam ver novela e aí foi cesárea', ela diz isso e ela diz que foi verdade. E hoje em dia eu acho um absurdo, antigamente eu achava engraçado: 'ah, minha mãe teve cesárea porque não queriam perder o último capítulo da novela'. Hoje eu acho, né: Um absurdo! (Camila, 25 anos, interna)

A história contada por Camila é um reflexo do que provavelmente se repete em muitos hospitais no Brasil, pois o número exorbitante de cesáreas no país não é compatível com a necessidade real das mulheres, nem mesmo quando consideramos as que desejam a cesárea. Ainda cabe ressaltar que coincidentemente todos os entrevistados na pesquisa nasceram de cesárea, porém nenhuma delas foi realizada pelo desejo da mãe. Sempre por indicação médica, algumas por indicação absoluta, outras por indicações relativas.

### **3.3.3 A intolerância a outras modalidades: a humanização pela ótica da maternidade**

A assistência ao parto na maternidade pesquisada segue o modelo tecnocrático, uma das características deste modelo é a intolerância frente a modelos alternativos. As situações observadas em pesquisa de campo, assim como o relato dos entrevistados, confirmam a inflexibilidade de uma instituição pautada no modelo tecnocrático em aceitar pontos de vistas alternativos.

Apesar do modelo de humanização ser o modelo de assistência preconizado pelo SUS e pelo Ministério da Saúde, dentro da instituição pesquisada este modelo pouco influencia a prática médica e, apesar de vir à tona em muitos momentos nas conversas dos médicos, em quase todos estes momentos, ele é citado de forma negativa ou pejorativa. A percepção e opinião dos entrevistados sobre o modelo de humanização parecem ser influenciadas pelo *ethos* institucional. É notável a existência de um julgamento homogêneo e generalizado por parte dos entrevistados a

respeito do modelo de humanização. E mais do que isso, na fala dos entrevistados, em muitos momentos fica explícito seu desconhecimento sobre aquilo que estão julgando.

Resumidamente, podemos apontar quatro principais questões com relação à visão dos médicos da maternidade sobre a humanização que se inter-relacionam, são elas: um discurso homogêneo contrário à humanização que se vale de exemplos repetitivos e empobrecidos de reflexão; a influência do *ethos* institucional para formação de opinião a respeito do modelo, o que se evidencia na diferenciação de opiniões entre os entrevistados de acordo com o “tempo de casa” que têm; o desconhecimento de temas relativos à humanização por parte dos profissionais (a despeito de suas opiniões já estabelecidas sobre os mesmos) e; por parte de alguns, um nível de intolerância tão grande a ponto de desrespeitar, debochar e caluniar profissionais que seguem o modelo alternativo.

Uma das críticas mais comuns dos médicos da instituição com relação à humanização está relacionada sua a nomenclatura. O nome “humanização” acaba sendo a primeira coisa que gera reatividade nos médicos, que sentem como se a forma de assistência que prestam estivesse sendo atacada. Dra. Larissa aponta sua opinião sobre isso no trecho a seguir:

O que que é um parto desumano, né? Então o que eu penso é exatamente colocando essa pergunta, né? Humanização do parto: O que que é humanizar o parto? Uma cesariana é desumana? Entendeu? Quando devidamente indicada, quando devidamente feita? Não é desumana. Então, assim, é isso o que eu questiono. ‘O que você acha da humanização do parto?’ Gente, mas parto humanizado é para ser todo parto, não é isso? O que é um parto humanizado? Eu não consigo entender muito bem essa definição. (Dra. Larissa, staff, 37 anos)

A discussão a respeito da nomenclatura “humanização” vem acontecendo desde sua criação e, esta crítica encontra sentido, quando se leva em consideração que o oposto do humano seria o “desumano”, o que é termo forte para estabelecer um julgamento. No entanto, podemos recordar que o mesmo aconteceu logo após a criação do termo “saúde mental”. Houve críticas e uma redução de todo modelo assistencial e seus benefícios à ‘infelicidade’ do seu nome. Posto que mais importante do que a nomenclatura, são evidentemente os pormenores da humanização, é importante que seja esclarecido a respeito do que se fala quando se fala de humanização. Dra. Larissa segue seu discurso da seguinte forma:

Então, depende do que você me diga que é a humanização do parto. Humanização do parto é ser esse parto em casa? Isso para mim não é ser humano, é ser irresponsável. Então, o que eu penso ser um parto humanizado? É um parto bem assistido, seguro (seguro para a paciente, para o feto, para o recém-nascido), respeitando suas vontades e os desejos da

paciente, mas sempre a esclarecendo dos riscos, e orientando-a de que, né, para diminuir os riscos para ela e do recém-nascido muitas vezes pode ser indicado uma cesariana. E que isso, de forma alguma, é ser desumano. Pelo contrário. É estar ali, estar do lado dela, falando, explicando, orientando, conversando, apoiando. Então, a minha visão de parto humanizado é isso. É um parto seguro, assistido. (Dra. Larissa, staff, 37 anos)

Como foi visto no capítulo anterior, a humanização está dividida em uma série de correntes e definições distintas. No entanto, na presente pesquisa, quando falamos de humanização, estamos dando enfoque ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde através da Política Nacional de Humanização do Nascimento e pelos Cadernos de Humanização do SUS (HumanizaSUS). Deste modo, para evitar confusões isso foi esclarecido pela pesquisadora durante as entrevistas:

[O SUS tem o Programa Nacional de Humanização do Parto. A Maternidade, como é regida pelo SUS, teoricamente segue esse programa. É desta humanização que estou falando. Você sabe o que se fala nesse Programa Nacional de Humanização? A humanização do SUS?] Não. Não sabia nem que se tinha alguma recomendação assim por escrito. Realmente eu desconheço. (Dra. Larissa, staff, 37 anos)

Apesar de a maternidade em questão ser uma unidade do SUS, os preceitos e recomendações do SUS não são conhecidos por esta médica. Esta situação demonstra que, mesmo que o modelo de humanização tenha ganhado certa visibilidade por meio do apoio governamental, nas micropolíticas, cada cultura no geral, tende a manter aquilo que é culturalmente estabelecido e aceito. Esta resposta já apresenta o posicionamento geral dos médicos da instituição em relação à humanização: não apenas existe forte intolerância, que de certo modo tornou-se cultural, mas também há um desconhecimento a respeito daquilo que estão criticando. As críticas aos temas relacionados à humanização são frequentes, e muitas vezes os médicos confundem conceitos ou demonstram claro desconhecimento como foi o caso de Dra. Larissa. Esta situação se mostra paradoxal quando se leva em consideração que o grupo de pesquisados é composto por obstetras de uma instituição de ensino, onde a pesquisa e o conhecimento costumam ser premissas.

Foi percebido que a socialização no ambiente profissional parece ser responsável por construir gradualmente uma mentalidade homogênea entre os médicos também a respeito do tema da humanização. Assim, o “tempo de casa” de um indivíduo dentro da instituição está relativamente associado com o grau de aceitabilidade aos outros modelos obstétricos frente ao modelo vigente na instituição em questão. Dentre os três grupos de entrevistados, temos: os médicos do staff (com exceção de Dra. Mariana que apresentava um ponto de vista mais

favorável) que são os mais intolerantes com relação ao modelo de humanização, mesmo que não tenham conhecimento pleno a respeito do que estão criticando; os residentes, que reproduzem a fala dos médicos do *staff*, também apresentando desconhecimento sobre o assunto, mas se posicionando de um modo um pouco mais tolerante e reflexivo e; os internos que, sendo novos no ambiente, se diferenciam dos demais se posicionando de forma mais positiva e receptiva com relação ao modelo de humanização.

Para explicitar o que foi afirmado acima, a opinião dos entrevistados sobre o trabalho das doulas se faz exemplar. Aos entrevistados foram realizadas as seguintes perguntas: “Você já realizou algum parto com doula? O que acha do trabalho da doula?”. Apesar de nenhum dos entrevistados ter relatado o acompanhamento de algum parto na companhia de uma doula, todos os médicos do *staff* tinham uma posição contrária a sua presença, se baseando nos relatos que tinham ouvido de outros médicos. Nas palavras de Dra. Larissa:

A princípio eu não gosto, porque assim, eu acho que ela muitas vezes interfere muito na sua conduta, entendeu? Eu acho que o papel da doula é mais ou menos como o do acompanhante ela tem que estar lá para poder apoiar o paciente ajudar o paciente, não para intervir na conduta ou dar uma opinião na conduta. E me falaram que isso costuma acontecer. (Dra. Larissa, *staff*, 37 anos)

Dra. Larissa demonstra se incomodar com as doulas no sentido de sentir-se invadida no seu papel de decisão como médica, no entanto sua opinião está pautada naquilo que já ouviu falar sobre doulas e não em uma vivência concreta.

Os residentes apresentam um ponto de vista que se aproxima dos médicos mais antigos, também se colocando contrários às doulas. No entanto, quando perguntados sobre o motivo pelo qual eram contra, demonstraram não saber do que se tratava uma doula. Evidenciando uma resposta pautada no que ouviram dizer, mas que não buscaram conhecer a fundo. Com relação a essa temática, Dr. Antonio apresenta sua opinião:

Eu acho tudo lindo até dar algum problema. Eu acho irresponsável, porque a partir do momento que a doula, não sabe resolver todas as intercorrências que acontecem no parto, ela está sendo irresponsável de levar aquilo sozinha. (Dr. Antonio, residente, 25 anos)

Situação similar acontece com a outra residente entrevistada. Dra. Manuela critica a profissão partindo do pressuposto de que a doula tem a função de realizar o parto, mas ao ser esclarecida sobre a função da doula, se apresenta a favor da profissão:

Eu acho que é isso assim: Doula fazendo parto em ambiente hospitalar eu não faria, não aconselho. (...) Eu acho que voltar para doulas que não são médicos, que não são formados não está certo. [Eu acho que você está confundindo doula com parteira. A parteira é quem faz o parto, a doula acompanha a mulher dando suporte emocional] Ah não! Isso tudo bem! Tudo bem, isso eu não vejo problema nenhum. Isso eu acho ótimo! Porque na verdade isso... no hospital tem a enfermeira obstetriz, na verdade, a enfermeira obstetriz ela pode fazer o parto. Mas assim, é enfermeira, as enfermeiras ficam aqui, tem um aparelhinho, umas coisas de fazer massagem, elas ficam lá, a mulher quando vai para o banho a enfermeira fica lá fazendo exercício com a paciente. Isso eu acho ótimo, acho que é uma coisa que acrescenta. (Dra. Manuela, residente, 28 anos)

Dra. Manuela se mostra dividida entre o que aprova e o que desaprova com relação ao modelo de humanização. Neste outro momento da entrevista, Dra. Manuela conta sobre um trabalho que fez na graduação sobre o Programa de Humanização do SUS:

Eu até fiz um trabalho no final da faculdade sobre isso. Era um trabalho da obstetrícia de conclusão e ia acrescentar na nota, e aí tinha uns temas e dentro daqueles temas a gente escolhia. (...) E assim, do que eu lembro, era uma coisa bem legal assim. Isso de ter direito do acompanhante, tem a questão de não precisar ficar de dieta zero no trabalho de parto inteiro. (...) Então ele fala disso. Acho que é bom. Acho que ele fala das instalações, de isso da paciente não ficar deitada no soro, estimular a deambulação. Do que eu lembro, eu acho que era isso, que era muito bom. Agora, do que vem se falando dessa história de não-analgésia, não-ocitocina. O parto natural, aí eu sou contra. (Dra. Manuela, 28 anos, residente – R3)

Dra. Manuela se posiciona de modo positivo com relação às questões relativas à humanização que já foram adotadas na maternidade em questão (como por exemplo, a presença do acompanhante da escolha da mulher) ou que ao menos tem mais abertura em alguns plantões (como por exemplo, a deambulação e a possibilidade de a parturiente se alimentar durante o processo), já com relação ao que não foi implantado (como a redução do uso de ocitocina), a aluna demonstra inflexibilidade.

Já os internos, se apresentam mais receptivos para o modelo de humanização, e menos participantes do *ethos* institucional. Como podemos ver nas falas de Gabriel e Camila a seguir:

Eu não discordo de nada que a humanização fala. Eu acho bem bonito o que a humanização prega. Na verdade, é melhor para o paciente, melhor para o médico, a relação fica melhor. Só que eu acho é... pouco pragmático o pensamento. (Gabriel, interno, 25 anos).

Este aluno apresenta não apenas um ponto de vista positivo com relação à humanização como também percebe um problema recorrente já visto durante a fundamentação teórica, que consiste na dificuldade de implantação do modelo. Já a interna Camila, conta de experiências que vivenciou durante a sua graduação que a aproximaram do modelo humanista, e fala que aquilo que entende como a base da humanização não está presente na maternidade em questão:

(...) eu adoro o humaniza SUS, fui para USP já com a minha professora, porque lá eles têm... a USP é o grande carro chefe da humanização do parto, né? De Ribeirão Preto (...). O termo humanização para mim é você acolher, você escutar e você mudar sua conduta, ser flexível quanto as coisas assim... óbvio que tem protocolos e... Mas acho que é você ter escuta assim, não ter uma coisa predeterminada e... é para mim é isso. Se a mulher quiser ter normal de cócoras e tudo você poder mudar, para fazer... Mas para mim acho que é isso: é você ter escuta. [Você acha que aqui na maternidade há escuta?] Pois é, isso eu acho que falta um pouco assim isso. Assim de ter ponderar junto com a pessoa, né? Tipo: “olha a gente está indo neste sentido, o que você acha disso?” (Camila, 27 anos, interna)

Parece que a jovem, por ter vivenciado anteriormente uma socialização em um ambiente com outra referência (a participação de congressos na USP de Ribeirão Preto) e ter pouco tempo de socialização na maternidade em questão, ainda apresenta pontos de vista que divergem da visão geral da maternidade. Além disso, Camila foi a única das entrevistadas que apresentou um posicionamento favorável às doulas e inclusive apontou para a questão de existir um embate profissional entre os médicos e as doulas. Camila expõe sua opinião a respeito do assunto:

Eu tive uma amiga que teve doula a gravidez inteira, para ela foi ótimo, porque a doula orientava fazia exercícios com ela na bola, foi um trabalho de parto superdifícil e aí a doula fez massagem ajudou muito. Foi no hospital, a doula fez acupuntura nela, para ela foi ótimo. Só que eu sei que tem uma richa entre as doulas e os médicos. Que às vezes a gente fica ouvindo né, na sala. Tipo, que a doula fica fazendo a cabeça da gestante, assim: “Não deixa ele fazer episio” tipo... e aí... num sei... Acho que isso é ruim, acho que tinha que ter uma união, porque eu acho que no momento as pessoas tão brigando. Tipo, a doula fica tomando conta do médico, o médico fica puto com a doula (...). Aí eu acho que se unisse, ia ser melhor para gestante assim, mas eu acho que no momento está muita richa. Assim, mas eu acho que no geral é bom porque é meio que uma psicóloga da gestante, dando conselho, então eu acho que é legal. (Camila, interna, 25 anos)

Por último cabe ressaltar situações em que os médicos se utilizaram de uma estratégia de ataque ao modelo de humanização para defender o modelo obstétrico tecnocrata, imprimindo uma noção de que os modelos são opostos e não complementares. Em alguns momentos criticaram veementemente as condutas, se valendo de frases irônicas e apresentando dados (por

vezes fantasiosos como veremos abaixo) produzindo um discurso de terror. Dr. Antonio falar sobre que tipo de parto considera ideal a seguir:

O parto em que a criança e a mãe fiquem bem. Muitas vezes as pessoas falam que o parto normal é um parto sem nenhuma intervenção. Ok, a pessoa pode falar isso. Aí o neném nasce, ficou 40 minutos sem respirar em hipóxia num trabalho de parto, e vai ficar um encefalopata para o resto da vida. Foi ótimo, né, seu parto? Não teve nenhuma intervenção e você teve tudo sozinha. Mas você vai criar uma criança debilitada para o resto da sua vida. Para mim, o melhor parto é aquele em que a mãe e o neném ficam bem depois. (Dr. Antonio, residente, 25 anos)

O discurso de Dr. Antonio é uma clara afronta ao parto natural, o médico se vale da ironia quando diz: “Foi ótimo, né, seu parto? Não teve nenhuma intervenção e você teve tudo sozinha”, e a narrativa que ele cria para exemplificar a situação, é um exemplo de como os médicos da instituição elaboram um discurso do terror, da doença e da morte para se referirem ao modelo de humanização. Dr. Antonio cita ainda, o filme nacional “O renascimento do parto” e fantasia uma história sobre Márcio Garcia, ator que aparece no documentário defendendo o parto humanizado:

E tem aquele filme, né? Como é que chama? ‘O renascimento do parto’. Então, eu não vi, mas é como é o nome daquele ator?? Thiago Lacerda? Márcio Garcia, né? Num teve um caso agora de morte fetal do quarto filho dele? Que foi em casa? (Dr. Antonio, residente, 25 anos)

Esta foi apenas uma das situações em que histórias irreais a respeito de situações referentes ao parto humanizado foram criadas pelos médicos. Uma longa conversa entre um grupo de médicos do staff, residentes e internos exemplifica este discurso do terror e a forte intolerância de alguns profissionais da maternidade frente ao modelo de humanização:

Durante uma das festas de aniversário (que foram diversas ao longo do mês em que estive lá, sempre comemoradas dentro do plantão, e até durante exames de ultrassom, no qual a paciente com a cardiotocografia observava os médicos abrindo o bolo e os salgadinhos), um dos médicos avisou aos outros que estava acontecendo um evento de parto humanizado. O chefe dos médicos, ao ouvir isso logo disse: “A deve ser com aquele médico, rodent...nodent...que fala que ocitocina tem que ser do corpo da mulher, fala...comé que é? que é o hormônio do AMOR! (com tom de deboche) Uma palhaçada!! Esse cara é um babaca. nunca vi falar tanta merda”. Em seguida olha para mim e pergunta: “Você é doula?”, eu me esquivo e repondo: “O primeiro parto que eu vi foi aqui”. Ele: “Ah, porque a gente tá aqui falando mal. Vai que você é doula!” Ele segue: “Essas *mulé* que vai na perinatal, um monte de bebê morrendo por causa de parto normal, isso é uma seita! Uma seita!” Em seguida começam a debochar, dizendo que as crianças nascem com problema, todos riem. Uma das *staffs* diz que a criança aprende a andar com 5 anos.

O chefe responde: “Pois é, chega na maternidade com o líquido cheio de mecônio e fala: a gente não quer cesárea.”

Residente 1: “Pô, brincadeira, cara!”

Residente 2: “Como nasceu?”

Residente 3: “Nasceu meio quiabo. Gargarejando lá. Nasceu no kiwi!”[como eles chamam o vácuo extrator]

Chefe: “Deve ser da Juliana Moreira!”[ cita o nome de uma parteira famosa na cidade]

Residente 2: [ri alto] “Olha a fofoca!”

Em seguida começam a contar de uma suposta criança que Juliana Moreira perdeu, dizem que a parteira ficou chorando e que o pai da criança é que teve de consolá-la.

Staff 1: “Consolar não! Deu um esporro nela! Falou que não era hora de ficar chorando que ela tinha que cuidar da mulher dele! É o auge do absurdo”

Chefe: “E o pior é que não desiste não, continua, essa mulher está fazendo fila de feto morto!”

Residente: “é...mas isso não dáem nada porque esse povo... depois eles vão falar que morreu porque tinha que morrer. Vai dizer que foi natural, era pra ser assim...”

Chefe: “Se botar no pau ganha cem mil”

Staff: “Mas eles não vão falar nada...eles são coniventes. É...não põe... a lavagem cerebral do pré-natal jáétoda para isso!”

O médico chefe: “A cada 100 partos perde cinco! A cada 100 partos perde cinco!!!”

Residente: “ai não...pô...”

Chefe: “A mortalidade éde 5!”

Residente 3: [pergunta assustada] “por cento???”

Chefe: “É!”

Staff 1: “Eu acho que o conselho tinha que entrar!!”

Chefe: “O Brasil jábate recorde de 15 por 100.000 de mortalidade materna. Tána meta do milênio e a gente não vai alcançar!”

Residente: “E em país desenvolvido équanto?”

Chefe: “...ah...quatro. No início do século XIX a mortalidade materna era medida por porcentagem no Brasil. Olha que loucura! Melhorou muito, mas ainda tem que melhorar mais. Os critérios eram outros, era normal morrer de parto, não tinha cesariana.”[todos concordam].

Interna: “Esse 5% que vocêtáfalando aí, éo que? De parto vaginal?”

Chefe: “Não, 5% éo da Juliana Moreira.”

Residente: “Ah vocêtáde sacanagem?”

Residente 2: “Ele ta inventando essa porcentagem, né!”

Chefe: “Porra, esses caras tão fazendo fila de feto morto!”

Interna: “Ah achei que era alguma coisa específica.”

Residente 1: “Émuita coragem, né?”

Chefe: “A cada mês a gente vêuma notícia de um deles que perdeu um bebê. Não passa um mês sem ter.Nilson Silva (cita outro médico da humanização) jáperdeu cinco ou seis. Eu tenho 19 anos de formado nunca passei por isso!”

Staff: “Mas eles continuam tendo paciente pra cacete, né?”

Chefe: “É!! Maluquice! Eu não acredito que a pessoa acredite nisso! A minha tese éessa! Eu não ia dormir com a minha cabeça tranquila, nem achar normal isso. Pela estatística!”

Residente 1: “É, não tem como.”

Staff: “Étudo por dinheiro.”

Staff 2: “Não épossível ser sópor dinheiro, eu acho que a pessoa deve acreditar em alguma coisa.”

Chefe: “Quantos precisam morrer para ele mudar de ideia?” [Risos]

Residente 2: “Eu não acho também que ésógrana não...tem uma questão aí.”

Staff 1: “Éfilosofia de vida.”

Chefe: “Então, para mim éburrice! Toma cinco porradas dessa! Tem nego aqui que éplantonista da maternidade que estava com esse discurso. Tomou uma porrada dessa lána Maria Amélia, nem morreu não. Já mudou o discurso!”

Residente 1: “Távendo que tá dando merda e tu ainda fica fazendo essas paradas.

Tálouco!”

Residente 2: “To com medo de engravidar!” [Todos riem]

Chefe: “Fazer parto normal quando tá tudo bem, tudo bem... mas fazer A QUALQUER CUSTO parto normal é que não dá, né?”

Em seguida a conversa se ramifica em várias direções e não consigo mais acompanhar todas. O médico chefe se despede e desce. (Diário de campo: Sala dos médicos durante uma festa de aniversário de uma das *staffs* no plantão da manhã um dia de semana. Outubro, 2014)

O modo como é construído e estabelecido institucionalmente um sistema que rejeita veementemente o modelo de humanização parece ser justificado nesta conversa. Uma vez que uma das maiores autoridades da instituição apresenta um discurso violentamente oposto ao modelo de humanização, é comum que os mais jovens não se oponham a este ponto de vista. Um discurso de intolerância proferido nesta intensidade por uma autoridade provoca evidentemente uma repercussão nos profissionais de escalas hierárquicas inferiores. Provavelmente os jovens médicos que chegam à instituição e tem uma visão positiva ou ao menos neutra sobre a humanização, ao ouvirem conversas semelhantes, passarão a conformar seus pontos de vistas com o que é aceito pela maternidade, introduzindo também em seus discursos e raciocínios um padrão de intolerância frente à humanização. Assim, forma-se o discurso homogêneo entre os médicos, no qual o modelo de humanização e suas práticas são rechaçados e devem ser eliminados.

### 3.3.4 A abertura para o diálogo

Apesar da intolerância frente ao modelo de humanização, com o tempo, a constante pressão por parte do governo acabou por produzir algumas mudanças na maternidade. A implantação do modelo de Humanização no SUS trouxe como resultados a conquista da permissão, mesmo que com muita resistência por parte de alguns médicos, da presença do acompanhante da escolha da mulher no trabalho de parto/parto, mesmo nos casos de cesariana. Esta foi uma conquista significativa, pois mesmo já havendo a lei que dava às mulheres o direito de escolha, muitas dificuldades ainda existiam por parte da equipe em respeitar a decisão da mulher e reconhecer a presença do acompanhante como um importante apoio psicológico e emocional para as mulheres neste momento de fragilidade.

Além disso, algumas condutas, que já foram –por meio de evidências recentes – consideradas nocivas para a mulher e sem benefícios comprovados para o trabalho de parto/parto

como o caso do enema (lavagem intestinal) e a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) já não acontecem mais na maternidade. Também a manobra de Kristeller parece ao menos ser um evento raro, apesar de alguns alunos terem relatado situações em que presenciaram tal intervenção.

É preciso haver uma compreensão entre os campos de saber e poder institucionais de que a saúde da mulher não deve ser relacionada a questões de lucro e autoridade. O parto no Brasil, diferente de muitos Países desenvolvidos, se encontra em condições precárias de assistência. É um fator importante para este problema no país é uma cultura de supervalorização da tecnologia e da medicalização enraizada através dos anos. Não se trata de defender um modelo e culpar o outro. É inegável que a tecnologia quando bem aplicada é fundamental, assim como que em situações de baixo risco, o respeito a fisiologia da mulher parece a melhor saída para a saúde da mãe e do bebê. Deste modo, se faz fundamental, a abertura de diálogo entre os diferentes modelos de assistência, de modo a unir forças (e não segregar) para a redução da mortalidade materna e a melhoria a qualidade da assistência obstétrica no Brasil.

#### **CAPÍTULO 4 – CONCLUSÃO**

A presente pesquisa buscou compreender de que modo é transmitida a cultura médica e a prática obstétrica em uma maternidade de ensino. De acordo com o histórico traçado, foi possível acompanhar as transformações sócio-históricas que possibilitaram a insurgência e a solidificação

do parto hospitalar como modelo hegemônico na cultura ocidental contemporânea. Dois fatores foram fundamentais para a institucionalização do parto: a criação da obstetrícia como especialidade médica e a instauração da Medicina Moderna, aquela possibilitou a entrada dos homens na profissão do partejar, e esta permitiu o emprego de uma racionalidade científica sobre os processos fisiológicos do parto, o capturando como mais uma das áreas da vida humana controladas pela medicina.

A modernidade trouxe consigo um crescente entusiasmo com relação às possibilidades de desenvolvimento industrial que atingiram todos os setores da atividade humana, dentre elas a saúde. E como resultado do processo de industrialização e do sistema capitalista, também o parto tornou-se paulatinamente gerido pela economia e pelo lucro. Deste modo, o componente técnico da assistência, passou a ser privilegiado em detrimento do cuidado. Assim, passou a ser aplicada, no âmbito da saúde, uma racionalidade mecânica, focada na produtividade e na velocidade. A biopolítica passa a fazer parte do modo de gestão da vida na modernidade e com objetivo de tratar as incapacidades biológicas e seus efeitos, por meio do controle das massas populacionais, age sobre os problemas da ordem da natalidade, reprodução, longevidade e mortalidade. A partir daí, o campo de intervenção da biopolítica se constitui: a regulamentação da vida. Uma vez fazendo parte do escopo da medicina, também o parto é capturado pela biopolítica, e constitui-se sobre ele uma subjetividade medicamente organizada. Sistematizando-se uma crença de que quanto mais regulado e controlado por meio de tecnologias o parto estiver, mais seguro será o processo. Neste ínterim, diversos eventos fisiológicos dos partos passam a ser considerados patológicos e passíveis de regulação por meio de instrumentos e medicamentos.

Diante deste cenário, é que se situa o modelo tecnocrático de atendimento ao parto, no qual a figura do médico é central, há uma supervalorização da tecnologia na assistência ao parto, seja por meio de fármacos ou de máquinas e ainda uma separação cartesiana entre corpo e mente, na qual o cuidado médico é voltado para o corpo e para a resolução ágil e preventiva dos possíveis riscos acerca do processo. Mesmo havendo outros modelos de assistência ao parto, como o humanista e o holístico, estes se situam no lugar da resistência ao modelo dominante, uma vez que o modelo tecnocrático tem raízes sólidas desenvolvidas em consonância com a construção da racionalidade moderna.

A partir da pesquisa empírica, a pesquisadora encontrou elementos cruciais do conjunto de saberes, comportamentos, crenças, valores, e hábitos que moldam a cultura médica da

maternidade pesquisada, os quais explicitam o modelo obstétrico dominante como marca do atendimento, o modelo tecnocrático. A cultura institucional se apresentou como um forte elemento de construção da realidade da prática obstétrica e da formação dos alunos na maternidade. Torna-se evidente, a partir dos resultados, que hierarquia médica produz na instituição um modelo de atendimento baseado no sistema de valores e na prática obstétrica realizada pelos mais antigos e pelos chefes de plantão. E deste modo, a aprendizagem dos jovens residentes é marcada mais pela reprodução de tais valores do que pelo estudo crítico dos processos de assistência obstétrica. Com relação aos internos que ingressam na maternidade, ao entrarem em contato com esta cultura –para se adequarem ao modelo e serem bem aceitos pelos médicos –iniciam um processo de conformação de suas crenças e comportamentos de acordo com o que é culturalmente estabelecido, de modo a sistematizar e institucionalizar o modelo de assistência tecnocrático.

Durante a observação participante foi percebido o uso frequente de intervenções no atendimento ao parto. Estas intervenções são baseadas, em sua maioria, por meio do discurso da prevenção de riscos potenciais, o que estabelece uma situação paradoxal. Este paradoxo se configura através da intenção dos médicos de prevenir possíveis riscos no processo fisiológico do parto. No entanto, as intervenções utilizadas produzem novos riscos, tornando necessárias outras intervenções para controlar os efeitos da primeira, resultando em um efeito conhecido como “intervenção em cascata”. Também como critério para a escolha do uso das intervenções, o receio e a preocupação dos médicos com relação aos processos judiciais se fez presente. Uma vez que os indiciamentos são bastante recorrentes entre os médicos da especialidade, o receio e a preocupação com relação a isso se fazem recorrentes não apenas na fala dos entrevistados, mas também como elemento significativo na tomada de decisão dos médicos durante os atendimentos.

O atendimento à gestante na maternidade escola apresentou uma característica de supervalorização da técnica e da tecnologia dura em detrimento do quesito cuidado. Muitas vezes, as questões relacionadas à mulher como sujeito, suas emoções, medos e particularidades são postas em segundo plano enquanto as questões relacionadas à tecnologia dura e técnicas a serem utilizadas e à transmissão do conhecimento para os alunos ficam em primeiro lugar. O quesito relacional do atendimento se apresenta, deste modo, negligenciado. Como resultado, a violência obstétrica se apresenta de modo silencioso, em pequenos gestos que passam

despercebidos pelos médicos e alunos da instituição, já familiarizados e dessensibilizados pela repetição.

A violência é constatada através da objetificação da mulher, seja quando há uma desconsideração com relação ao sofrimento delas, seja quando a alijam de informações sobre o que está ocorrendo ou do consentimento solicitados em relação aos procedimentos a serem realizados. Dados técnicos são fornecidos a paciente muitas vezes com palavras que não são por elas compreendidas, e em outros momentos sua presença parece ser colocada em segundo plano para que possa ser transmitido o conhecimento obstétrico. Foram observados atendimentos em que uma diversidade de assuntos é discutida diante das pacientes como se elas não estivessem presentes, sejam questões íntimas da vida da mesma, sejam banalidades da vida cotidiana, ou seja conversar sobre condutas e protocolos com linguagem complexa e incompreensível para a maioria delas. Pouco se dirige diretamente à paciente para dar conforto, orientar ou pedir consentimento quanto a algum procedimento. A mulher parece não ser concebida como um sujeito de direitos, e o seu poder de decisão é delegado ao médico, muitas vezes à sua revelia. Quando os médicos dirigem-se às pacientes, há em suas falas uma tendência quase unânime de infantilizá-la no trato direto. Esta infantilização mesmo que feita de modo inconsciente, acaba por, desqualificar o lugar de autonomia da mulher e aumentar a sua vulnerabilidade, o que consequentemente amplia a dominação médica sobre a parturiente.

A instituição tem como base um protocolo assistencial criado pela própria e que serve de modelo para outras maternidades, tal protocolo deixa questões fundamentais em aberto, o que gera a possibilidade de decisões arbitrárias com relação aos procedimentos realizados no parto. Deste modo, cada plantão apresenta características particulares que são reproduzidas pelos residentes seguindo os parâmetros dos chefes de plantão, alguns mais intervencionistas outros menos. Assim é que algumas intervenções acabam tornando-se quase uma rotina hospitalar sem que haja uma indicação precisa. Dentre os 18 partos acompanhados pela pesquisadora durante sua permanência no campo foram realizados o uso da anestesia e da ocitocina sintética em quase todos os casos. A exceção se configurou em apenas um parto, que aconteceu em um período muito curto de tempo (três horas desde a chegada ao Centro Obstétrico até o nascimento do bebê).

Com relação ao aprendizado da obstetrícia, os alunos do internato apresentaram uma visão que destoava da cultura institucional vigente, apresentando uma postura mais positiva diante do modelo de humanização de atendimento e, em alguns momentos, tecendo uma opinião crítica a

respeito de algumas condutas institucionais. Já os residentes se apresentaram mais conformados com as condutas, crenças e valores da instituição, apresentando, em geral, elogios à prática e ao ensino da instituição. O senso crítico com relação ao uso das intervenções dos residentes se mostrou menor, em comparação aos internos entrevistados, de modo que algumas intervenções são por eles repetidas quase mecanicamente (como, por exemplo, a amniotomia). Já a intolerância dos residentes com relação ao modelo de humanização é maior, indo de acordo com a posição dos médicos antigos e dos chefes de plantão.

Os médicos do staff da maternidade por sua vez, apresentam uma visão consolidada e defensora da prática obstétrica da maternidade, rechaçando o modelo de humanização. Com exceção de uma das staffs entrevistadas, que se destacou por apresentar um ponto de vista divergente da cultura institucional, demonstrando bastante conhecimento e identificação com algumas características do modelo de humanização. No entanto, quando questionada sobre a possibilidade de efetivar ou evitar algumas práticas dentro da instituição, demonstrou dificuldade de impor sua visão diante dos médicos mais antigos e da chefe de seu plantão. E contou que, na maioria das vezes, reproduz o modelo vigente para evitar embates e contratemplos dentro do trabalho de equipe.

O foco da supervisão dos médicos é voltado principalmente para os procedimentos cirúrgicos. Uma laqueadura por vídeo ou uma cesárea, por exemplo, são momentos em que se cria grande alvoroço no centro obstétrico, pois a maioria dos internos e residentes quer estar presente e há uma atenção e dedicação nítida por parte dos médicos do staff em acompanhar e orientar da melhor forma possível a assistência; enquanto no que concerne ao âmbito relacional (tecnologia leve) do atendimento e mesmo na clínica (tecnologia leve-dura) não há uma grande preocupação por parte dos médicos em acompanhar e instruir os alunos em suas condutas, de modo que muitas vezes o atendimento ambulatorial e na admissão se dão unicamente pelos residentes acompanhados dos internos que se valem de seus próprios critérios e bom senso para o cuidado com a parturiente. Esta situação, muitas vezes, contribui para banalização do sofrimento das mulheres por parte dos residentes que, preocupados demais com os protocolos e regras institucionais, se desconectam do lado relacional (tecnologia leve) do atendimento.

Apesar de toda a intolerância e inflexibilidade para a abertura de diálogo com outros modelos assistenciais, nos últimos anos a maternidade fez alguns avanços no sentido de acolher características obstétricas relacionadas ao modelo de humanização da assistência. Há cerca de

três anos, apesar da lei federal n. 11.108, conhecida como lei do acompanhante, que dá direito a toda mulher a ter um acompanhante da sua escolha na hora do trabalho de parto e parto, a maternidade escola ainda não aceitava acompanhantes do sexo masculino nos partos normais, alegando que não tinha estrutura física para recebê-los. E nas cesarianas não era possível nenhum acompanhante. Hoje na maternidade escola, os homens podem acompanhar suas mulheres e o acompanhamento é autorizado tanto no parto normal quanto na cesárea.

A abolição de alguns procedimentos invasivos comprovadamente ineficazes e prejudiciais à mulher também foram notados, como o fim da tricotomia e do enema. No entanto ainda é de fundamental importância que os profissionais da maternidade aumentem a flexibilidade diante de outros modelos de assistência que muito tem a contribuir para a qualidade de atendimento na maternidade.

#### **4.1 Limitações da pesquisa**

Como limitações da presente pesquisa, considera-se: algumas imposições por parte da direção que impossibilitaram a observação em todos os plantões (a pesquisadora recebeu permissão de visitar a maternidade durante a noite apenas dois dias da semana e durante o fim de semana só lhe foi concedida uma visita ao sábado), e o tempo curto de apenas um mês para observação participante. Estes fatores dificultaram uma percepção mais apurada das nuances entre cada um dos plantões, assim como detalhes mais apurados das características da cultura institucional como um todo.

#### **4.2 Contribuições da pesquisa**

A partir do enfoque dado a noção de cultura hegemônica de assistência ao parto no Brasil pretendeu-se problematizar o debate de modo a evidenciar a necessidade de se pensar a cultura criticamente. A presente pesquisa tem o mérito de apresentar como a prática obstétrica da maternidade pesquisada, apresenta suas decisões, condutas e rotinas fortemente determinadas pela cultura institucional. Diante da necessidade premente de mudança do atual modelo de atenção ao parto no Brasil – recordista mundial em cesarianas – a pesquisa contribui com o desnudamento da suposta neutralidade de valores do modelo tecnocrático de assistência ao parto.

Os casos relatados revelam condutas obstétricas regidas por um sistema de princípios que prioriza a tecnologia sobre as relações humanas; que antepõe a hierarquia institucional à literatura médica em tomadas de decisão; e que apresenta intolerância frente à modelos obstétricos contra-hegemônicos, dificultando a possibilidade de diálogo e conseqüentemente na redução da mortalidade materna no país (um dos principais motivos pelo qual foi adotado o modelo de humanização como referencia do Sistema Único de Saúde, SUS).

A pesquisa contribui ao chamar atenção para as situações de violência obstétrica que acontecem nas maternidades do Brasil atualmente, o que expressa a necessidade de maior tolerância e flexibilidade dos médicos para o diálogo com outros modelos de assistência, assim como uma maior disponibilidade para mudança. Sendo a maternidade em questão, uma instituição tradicional considerada referência de formação médica, é fundamental refletir que referências são essas que estão sendo transmitidas como modelo de prática assistencial no Brasil, na qual a gestação e o parto são considerados um evento potencialmente patológico, estritamente médico e tecnológico, e as questões de nível relacional são desqualificadas e postas em segundo plano.

Ficam evidentes as maiores dificuldades que se colocam no dia a dia desta maternidade pública, e na transmissão do conhecimento de obstetrícia para os alunos. O que ajuda na percepção da importância de uma maior abertura para novas discussões e avaliações, de modo a facilitar a criação de políticas públicas que melhorem o atendimento às mulheres e bebês. É fundamental que comecem a haver discussões na Saúde Coletiva e no SUS a respeito da prevenção quaternária tendo em vista que sua relevância para o cuidado à saúde e sua estreita relação com a ética e política médica. O trabalho também evidencia a necessidade urgente de que as instituições de ensino em obstetrícia estabeleçam ambientes de formação mais propícios à investigação autônoma e crítica dos alunos, privilegiando a reflexão ativa sobre a prática, a observação e a experiência da residência, em vez da pura reprodução do que já é reconhecido e legitimado. Avanços continuados na obstetrícia só serão possíveis se houver a possibilidade de uma formação reflexiva de novos profissionais.

Assim, a pesquisa dialoga com o debate urgente sobre possíveis iniciativas para melhorar o modelo de atenção ao parto no Brasil. Para isso, constata como a inflexibilidade para a introdução de boas práticas que objetivem a redução da violência institucional na área da saúde está intimamente ligada a questões culturais. Mais além, pontua aspectos desse conjunto de saberes,

crenças e valores que são determinantes para qualificar o diálogo em torno da melhoria da assistência obstétrica prestada no país. E convida a um equilíbrio mais construtivo entre o saber hegemônico e os modelos contra-hegemônicos que representam as possibilidades de atendimento ao parto como um todo. Para que a mudança seja possível é fundamental uma mudança de atitude, tanto entre os profissionais em formação, quanto entre os já atuantes. É preciso haver uma conscientização em relação à problemática, de modo que a prática obstétrica seja reavaliada como um todo e passe a ter como centralidade a noção de cuidado como um todo, tanto no âmbito físico, quanto mental e emocional da parturiente, respeitando seus direitos e autonomia. Esta parece a única forma de reverter a construção histórica de uma cultura onde tantas mulheres morrem e são violentadas cotidianamente.

## **BIBLIOGRAFIA**

AGAMBEN, G. O homo sacer: O poder soberano e a vida nua I, Ed. Humanitas UFMG, 2ª ed. Belo Horizonte, 2010.

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface - Comunic., Saude, Educ. v.15, n.36, p.79- 91, jan./mar. 2011.

ALFIREVIC Z, DEVANE D, GYTE GM. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(3):CD006066.

ALMEIDA, A .M. & MAMEDE M. V.. Enfermeira obstétrica/parteira: Importante para a saúde da mulher? Femina, agosto, p. 673-4 ,1991.

ANDRADE, M. A. C. & LIMA, J. B. M. C. Neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. Cadernos de humanização. Humanizamus, 2014.

ARENDT H. Eichmann em Jerusalém. Um relato sobre a banalidade do mal. São Paulo: Companhia das Letras. 15ª Reimpressão, 2013.

ATKINSON, P. Medical Talk and Medical Work: The liturgy of the clinic. London: Sage Publications Inc., 1995

BALASKAS, J. Parto Ativo. São Paulo: Editora Ground Ltda, 1993.

BARBOSA, G. P., ET AL. Parto cesáreo: quem deseja? Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(6):1611-1620, nov-dez, 2003.

BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. (Org.). Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESq; ABRASCO, 2005. p. 131-152.

BECK, U.; GIDDENS, A; LASCH, S; *Répliques e críticas*. In: Beck, U.; Giddens, A.; Lash, S. (org). Modernização reflexiva: política, tradição e estática na ordem social moderna. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; 1997[1995]. P. 207-54

BECKER, H. Boys in white. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1992.

BERGER, P.L., LUCKMANN, T. The Social Construction of reality: A Teatrise in the Sociology of Knowledge. New York: Anchor Books, 1966.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T.A construção Social da Realidade. Editora: Vozes, 29ª Edição, 2008.

BERLINGUER, G.A ética da Saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

BERQUÓE. Direitos Reprodutivos de Mulheres e Homens face à Nova Legislação Sobre Esterilização Voluntária. CEBRAP - CNPD - UNICAMP/NEPO, 1993

BRASIL, Ministério da Saúde. Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/ Rede Cegonha. 2012.

Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/> [?][?][?]

BRASIL, (2013) Mortalidade Materna no Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/acesso-rapido/documentos-sobre-o-comite-de-mortalidade-materna/apresentaca\\_juancortez28maio2013.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/acesso-rapido/documentos-sobre-o-comite-de-mortalidade-materna/apresentaca_juancortez28maio2013.pdf) Acesso: Fevereiro de 2014.

BRENES, C. A. História da Parturição no Brasil, Século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(2): 135-149, 1991.

BURNS LR, GELLER SE, WHOLEY DR. The effect of physician factors on the cesarean section decision. *Med Care*. 1995;33(4):365-82.

CAMARGO JR., K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ Relume Dumará, 1992.

CANGUILHEM, G., O normal e o patológico. (4ª ed.) Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CARAPINHEIRO, G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3. ed. Porto: Edições Afrontamento, 1993.

CARNEIRO, J. D. Mortalidade materna cai no Brasil, mas não atingirá meta da ONU. BBC BRASIL, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: [http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2015/03/150306\\_mortalidade\\_materna\\_jc\\_ru](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2015/03/150306_mortalidade_materna_jc_ru) Acesso: Abril de 2015.

CARROLI G, BELIZAN J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.

CASTEL, R. A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1987.

CASTEL, R. De la peligrosidad al riesgo. *Em* Materiales de la sociologia critica- C. WRIGHT MILLS, M. FOUCAULT, M. POLLAK. H. MARCUSE, J. HABERMAS, N. ELIAS, P. BOURDIEU, E. GOFFMAN, B. BERSTEIN, R. CASTEL. Editora la Piqueta, 1986.

CASTRO, J.C.; CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 novembro-dezembro; 13(6):960-7.

CHAZAN, L. K. A história da obstetrícia e a patologização da gravidez. 2007.

Disponível em: [http://www.rj.anpuh.org/conteudo/view?ID\\_CONTEUDO=305](http://www.rj.anpuh.org/conteudo/view?ID_CONTEUDO=305). Acesso em: 03 agosto de 2013,

CHAZAN, L. K. . "O aparelho é como um automóvel; a pista é a paciente". Para além do ensino de tecnologia no pré-natal. *Physis* (UERJ. Impresso), v. 21, p. 601-627, 2011.

CREPALDI, M. A. Bioética e interdisciplinaridade: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização. *Paidéia*, FFCLRP-USP, Rib. Preto, junho, 1999.

CEZAR P. H. N. et al. O Cinema e a Educação Bioética. *Revista Brasileira de Educação Médica* 35 (1) : 93-101; 2011

CZERESNIA, D *Categoria Vida: Reflexões para uma nova biologia*. São Paulo: Editora Unesp/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2012.

CREMESP *Ética em ginecologia e obstetrícia*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estados de São Paulo; 2002

CREMESP *Código de Ética Médica*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina no Estados de São Paulo; 2013.

CLAVREUL J. *A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense. 1978.

DUPUIS O, SIMON A. *Fetal monitoring during the active second stage of labor*. *J Gynecol*

DICK-READ, G. *Childbirth without fear*. London: Pollinger Limited, 1959.

DINIZ, S.G. *Cartilha: Humanização do parto e o exercício dos direitos sexuais e direitos reprodutivos*. 2003.

D'ANDRADE, R. *Cultural meaning systems*. In: Shweder, R.; Levine, R. A. (orgs.) *Culture Theory: Essays on Mind, Self and Emotion*, Cambridge: Cambridge University Pree, 1984.

DAVIS-FLOYD R. E. Birth As an American Rite of Passage. (1ª ed.) Berkley: University of California Press, 1992.

DAVIS-FLOYD, R. E. The Technocratic body: American Childbirth as cultural expression. Social Science & Medicine, 38(8): 1125-1140, 1994.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic models of birth. International Journal of Gynecology & Obstetrics, [S.l], v. 75, Supplement 1, p. S5-S23, 2001.

DAVIS-FLOYD, R.; JOHN, G. From doctor to healer: the transformative journey. New Jersey: Rutgers University Press, 1998, 308 p.

DAVIS-FLOYD, PASCALI-BONARO, D. (2008) Orgasmic birth: your guide to a safe, satisfying and pleasurable birth experience. New York: Rodale Press, 2010.

DIAS MAB, DOMINGUES RMSM, PEREIRA APE, FONSECA SC, GAMA SGN, THEME FILHA MM, ET AL. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do Sistema de Saúde Suplementar do Estado do Rio de Janeiro. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(5):1521-34.

DINIZ, C. S. G., Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência e Saúde Coletiva, 10(3): 627-637. 2005.

DINIZ, S. G.; DUARTE A. C. *Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)* Editora UNESP, São Paulo, 2004

DINIZ, S. G. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Iniversidade de São Paulo; 1997

DINIZ, S. G.; CHACHAMA. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva* 2006;I(1):80-91

DINIZ, S. G. *Cartilha: Humanização do parto e o exercício dos direitos sexuais e direitos reprodutivos*. 2003.

DINIZ, S. G. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2001.

ENKIN, M *The need for Evidence-based Obstetrics EBM Notebook*. Evidence-Based Medicine, July/Aug. 1996

ENKIN, M; KIERSE, M.; RENFREW, M. ; NIELSON, J. (1995) A guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford, Oxford Medical Publications.

FAÚNDES A, PÁDUA KS, OSIS MJD, CECATTI JG, SOUSA MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. Rev Saúde Pública. 2004;38(4):488-94.

FAÚNDES, A., & CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. Cadernos de Saúde Pública. 7: 150-173. 1991.

FETTERMAN, D. M. Ethno- graphy step by step. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1989, p.11.

FREITAS, P. F.; SAKAE, T. M. & JACOMINO, M. E. M. L. P. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(5):1051-1061, mai, 2008.

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

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes. 1999

FOUCAULT M. Aula de 25 de Janeiro de 1978 In: Segurança, território e população: Curso no Collège de France (1977-1978), (trad. Eduardo Brandão). São Paulo: Martins Fontes, 2008

FOUCAULT, M. História da sexualidade: a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1997. v. 1.

FOUCAULT, M. Microfísica do Poder; organização e tradução de Roberto Machado – Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010.

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

FOUCAULT, M. Em Defesa da Sociedade. (5a ed.). S. Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. Dits et écrits. Paris, 1994 v. III e v. IV

GEERTZ, C. The Interpretation of Cultures. Nova Iorque: Basic Books, 1973.

GOOD, B., GOOD, M. D. V. Learning Medicine. The construction of medical knowledge at Harvard Medical School. In: LINDEBAUM, S., COCH, M. (Eds.) Knowledge, power and

practice:the Anthropology of Medicine and everyday life. California: Univ. of California Press, 1993. p. 81-107.

GRAHAM, I. D., CARROLI, G., DAVIES, C., MEDVES, J. M. Episiotomy Rates Around the World: An Update Birth, 32 (3), 219– 223, 2005.

GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G. J.; SHEHMAR, M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 7, 2012. Art. N. CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub1.

GOMES UA, SILVA AA, BETTIOL H, BARBIERI MA. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. Int J Epidemiol. 1999;28(4):687-94.

GOMES, A.M.A.; NATIONS, M.K.; LUZ, M.T. Pisada como Pano de Chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.1, p.61-72, 2008.

HADDAD S. E. M.; CECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.33 no.5 Rio de Janeiro May 2011

HANLON, J.J.; PICKET, G.E.Public health: administration and practice. St. Louis: Times Mirror/ Mosby College Publishing, 1984.

HAVERKAMP AD, ORLEANS M, LANGERDOERFER S, MCFEE J, MURPHY J, THOMPSON HE.A controlled trial of the differential effects of intrapartum fetal monitoring. Am J Obstet Gynecol; 134:399-412. 1979

HODNETT, E.D, GATES, S., HOFMEYR, G.J., SAKALA, C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev., (3):CD003766, 2003.

HOTIMSKY, S. N. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. 2007. 361 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2007.

HOTIMSKY, S.N. A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia. Trabalho proposto para apresentação no I ENADIR –Encontro Nacional de Antropologia do Direito Universidade de São Paulo –20 e 21 de agosto de 2009.

HOTIMSKY, S. N. SCHRAIBER L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. Ciência Saúde Coletiva. 2005; 10(3):639-49

ILLICH, I. A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

GARCIA-MARQUES, T. O paradigma associado ao efeito de mera-exposição. *Laboratório de Psicologia*, 10(2): 123-134 (2012) I.S.P.A. 2012.

GODOY A. S, Pesquisa qualitativa. Tipos fundamentais *Revista de Administração de Empresas São Paulo*, v. 35, n.3, p, 20-29 Mai./Jun. 1995

JADAD, A. *Randomized Controlled Trials*. London: BMJ Books, 1998.

KIRSCH, P.; ESSLINGER, C.; CHEN, Q.; MIER, D., STEFANIE LIS, S. Oxytocin Modulates Neural Circuitry for Social Cognition and Fear in Humans. *The Journal of Neuroscience*, 25(49):11489 –11493 • 11489, 7 dec. 2005.

KITZINGER, S. *Mães: um estudo antropológico sobre a maternidade* Lisboa: Presença, 1978.

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

LEAL, M.C., GAMA, S.G.N., CUNHA, C.B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n.1, p. 100-07, 2005.

LEAL et al. *Nascer no Brasil – Rio de Janeiro*, Fio Cruz, 2014

LOSSO, E.G.B A soberania do instante contra o poder dominador. *Revista on-line do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Literatura*; V. 1 2003 Divulgação: Meio digital. Disponível em:

[http://www.ciencialit.letras.ufrj.br/index\\_revistae-escrita.htm](http://www.ciencialit.letras.ufrj.br/index_revistae-escrita.htm)

LOURO, G. L. *Pedagogias da sexualidade. O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2007. p. 7-34.

LUDKE, Menga & ANDRÉ, Marli E.D.A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 1986. 99p.

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

MATTAR, ALQUINO E MESQUITA, 2007 A prática da episiotomia no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29(1):1-2

MATTAR, L.D.; DINIZ, S.G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.40, p.107-19, jan./mar. 2012.

MELLO E SOUZA, M. C.C-sections as ideal births: the cultural constructions of beneficence and patients'rights in Brazil. *Camb Q Healthc Ethics*. 1994 ;3(3):358-66

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

MELLO E SOUZA, M. C.O conceito de Cultura e a Metodologia Etnográfica: Fundamentos para uma Psicologia Cultural. In: *Tecendo o Desenvolvimento Org: D'Avila M. I. , Pedro R. – Editora Bapera, 2003.*

MENEZES, R. A. Etnografia do ensino Médico em um CTI. *Rev: Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.5, n.9, p.117-30, Agosto, 2001.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 116-160.

MERCER, M.O medo não pode fazer uma cesariana. Em: *Eu quero parto normal*. 2013. Disponível em: <http://www.euqueropartonormal.com.br/eqpn/o-medo-de-nao-poder-fazer-uma-cesariana/> Acesso: Fevereiro de 2015.

MORSE, M.L.; FONSECA, S.C.; BARBOSA, M.D.; CALIL, M.B.; EYER, F.P.C. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, Apr. 2011 .

MOTT, M. L.Bibliografia comentada sobre a assistência ao parto no Brasil (1972-2002). *Estudos Feministas*.10(2): 493-507, 2002.

MOTT, M. L. Atendimento ao parto em São Paulo: o Serviço Obstétrico Domiciliar In: *Poéticas e Políticas Feministas*. Florianópolis: Editora Mulheres, 2004.

MUNIZ, B. M. V. A experiência do parto na voz das mulheres. Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) –Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

NORMAN & TESSER, 2009 Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(9):2012-2020, set, 2009

ODENT, M In-labour intrauterine life. Epidural anesthesia. Disponível em: [www.wombecology.com/epidural.html](http://www.wombecology.com/epidural.html). 2006 Acesso em: 16 set. 2014.

ODENT, M. A Cesariana. (1ª ed.) Florianópolis: Editora Saint Germain. 2004.

ODENT, M. A Cientificação do Amor.(2ª ed.) Florianópolis: Editora Saint Germain.2002.

OKSALA J. Como ler Foucault. Trad. BORGES M. L. X. A Editora Zahar, 2007

OLIVEIRA SMJV, RIESCO MLG, MIYA CFR, VIDOTTO P. (2002) Tipo de parto: expectativas das mulheres. Rev Latino-am Enfermagem 2002 setembro-outubro; 10(5):667-74.

OMS 21 Recomendações acerca do Parto. 1985. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1985-86/ICP\\_MCH\\_102\\_m02\(s\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1985-86/ICP_MCH_102_m02(s).pdf) Acesso: Outubro de 2013.

OMS *Maternidade Segura*, 1996. Disponível em: [http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56\\_a.pdf](http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf) Acesso: Janeiro de 2014

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. de A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. Revista Tempus Actas Saúde Coletiva, Brasília, v. 4, n. 4, 2010.

PEREIRA, W.R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. Texto Contexto Enferm., v.13, n.3, p.391-400, 2004.

PINOTTI, J.A. E A. FAÚNDES. As distorções da cesariana. Revista Paulista de Hospitais 36:73-4, 1988.

POTTER JE, BERQUÓ E, PERPÉTUO IH, LEAL OF, HOPKINS K, SOUZA MR, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. BMJ. 2001;323(7322):1155-8.

PROGIANTI J. M., MOUTA R. J. O.A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. Rev. Enferm. UERJ. 2009 Abr-Jun; 17(2):165-9.

RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea no Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública, n.30, p.19-33, 1996.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico, Interface 13(1), 2009.

REGO, S. O processo de socialização profissional na medicina. In: MACHADO, M. H. (Org.) Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p.119-32.

REGO, S. A Educação Médica e o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos no Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica. 34 (4): 479-480; 2010

REGO, S. O profissionalismo e a Formação Médica – Rev. Brasileira de Educação Médica, 36 (4): 446, 2012

REGO, S. Ética médica – 3: A ética na formação dos médicos. In: Palácios, M.; MARTINS, A.; PEGORARO, A.O. (org). Ética, ciência e saúde: desafios da bioética. Petrópolis: Vozes 2001. P. 108-33

RAHM, Vivi-Anne, HALLGREN, Anita, HÖGBERG, Hans, HURTIG, Ingalill Hurtig ODLIND, Viveca Plasma oxytocin levels in women during labor with or without epidural analgesia: a prospective study. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 81:11, 1033–1039, 2002.

REZENDE J. Operação cesariana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Obstetrícia; p.952-91, 1974.

RIGHARD, L. e ALADE, M.O. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet, 336; 1105-1107, 1990.

ROTHMAN, B. The active management of physicians. Birth, 20, p. 158-9, 1993.

RUSSEL JGB. Moulding of the pelvic outlet. J Obstetr Gynaec Brit. Journal of Obstetric and Gynaecology Commonwealth, 76:817-820, 1969.

SANTOS, M. L Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo Teórico. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2002.

SCHRAIBER, LB. Medicina tecnologia e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1997

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em londrina. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 41, n. 1, 2007.

SOUZA JP, PILEGGI-CASTRO C Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S11-S13, 2014

STARFIELD, B *Is US Health Really the Best in the World?* American Medical Association. All rights reserved. JAMA, July 26, 2000. Vol 284. No 4

SUS - Saúde incentiva parto normal, 2009.

Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33908](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33908) Acesso: Março de 2012.

TANAKA A.C. A. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo (SP): Hucitec; 1995.

UNICEF, 2013. Estudo faz alerta sobre situação de prematuridade no Brasil. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/media\\_25849.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/media_25849.htm) Acesso: Fevereiro de 2014.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2011.

VIEIRA, E. M.A medicalização do corpo feminino (1ª ed.).Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

WAGNER, M. Pursuing the birth machine: the search for appropriate birth technology. Camperdown: ACE Graphics: 1994.

WAGNER, M. IN BONARO D. P. (org) (2008) Documentário Orgasmic Bith. Disponível em: <http://orgasmicbirth.com/> Acesso em: setembro de 2012

WOLFF, L.R.; WALDOW, V.R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008.

Wertz, R.W., Wertz D.C. Lying-in. A history of childbirth in America. London: Yale University Pree; 1989. [Publicado originalmente em 1977]

XAVIER R. B.; Janotti, C. B.; SILVA. K. S.; MARTINS, A. C. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.4 Rio de Janeiro abr. 2013

YAMAGUCHI, Cardoso e Torres Ocitocina em cesarianas: Qual é a melhor maneira de utilizá-las? Revista Brasileira de Anestesiologia Vol. 57, Nº 3, Maio-Junho, 2007

ZAJONC, R. B. Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology* 9, 1-27, 1968.

## **ANEXO I – ENTREVISTAS**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MÉDICOS**

*Perguntas facilitadoras para o que não for abordado espontaneamente pelo entrevistado:*

#### **EIXO 1- HISTÓRICO PESSOAL**

1. O que sabe sobre seu próprio nascimento? Parto normal/Cesárea?
2. Você tem filhos? Se sim, como foi a concepção, gestação e o nascimento dele(s) para você? Parto normal/Cesárea?
3. Como decidiu ser médico? Suas motivações profissionais mudaram ao longo do tempo?
4. Como chegou à obstetrícia?
5. Me conte, por favor, um pouco de como foi a sua profissionalização?
6. Quais foram as maiores dificuldades durante a formação? E as facilidades?
7. Há quanto anos trabalha como obstetra?
8. Quantos partos, em média, você já fez?
9. Trabalha em outro hospital? Qual?
10. Faz atendimento clínico em consultório particular?
11. Como é organizado o seu expediente de trabalho?

#### **EIXO 2 - SOBRE A PRÁTICA OBSTÉTRICA**

1. O que pode me relatar a respeito das principais características da rotina de um obstetra?
2. Qual considera a maior dificuldade da profissão?
3. Qual considera a maior facilidade?
4. Como você sente o evento do parto?

5. O que pode dizer a respeito dos riscos inerentes ao processo?
6. Quanto tempo considera normal para uma gestação sem que seja necessária a cesariana?
7. Quanto tempo se considera normal que se transcorra um trabalho de parto sem risco para mulher e bebê?
8. Qual são suas expectativas na hora do nascimento da criança?
9. Como é para você a experiência de dar plantão? E de ser chamado para atender o trabalho de parto e parto?
10. Lembra-se do parto mais difícil que já fez? Como foi?
11. E o mais fácil?
12. Como são os procedimentos de rotina de um parto sem risco?
13. Quais as complicações que costuma ver num parto que a princípio não tem riscos?
14. Como são, em geral, os procedimentos de rotina de um parto de uma gestação que não tem riscos?
15. Como você considera que seja um parto ideal?

### EIXO 3- SOBRE A TRANSMISSÃO DO CONHECIMENTO OBSTÉTRICO

1. Como é a experiência de transmitir a técnica da obstetrícia para os alunos?
2. O que é mais difícil na hora de passar o conhecimento para os alunos?
3. Como os alunos lidam com a primeira experiência de parto?
4. Quais são as principais questões e dificuldades relatadas por eles?
5. O que você tem a dizer com relação à formação dos alunos na instituição em que trabalha?

### EIXO 4- SOBRE AS TÉCNICAS UTILIZADAS NO PARTO

1. Quais as principais intervenções realizadas durante um parto?
2. Que técnica/tecnologia você considera indispensável para o bom andamento do trabalho de parto e parto normal sem complicações nem riscos?
3. Você acha o protocolo de parto adequado para os atendimentos hoje a partir de sua experiência? Tem alguma intervenção que você considera que deveria estar incluída e não está? Ou que é desnecessária?
4. A falta de alguma tecnologia poderia impedir a realização de um parto sem risco? Qual?
5. Existe alguma intervenção que você não utiliza? Por que?
6. Até quantas semanas é possível esperar que a mulher entre em trabalho de parto sem agendar cesárea?
7. Que parâmetros estabelece, no geral para a realização da cesariana? Que situações levam ao parto cesáreo?
8. Tenho acompanhado alguns partos na maternidade, e percebido serem frequentes o uso de algumas tecnologias e intervenções, gostaria de saber a sua opinião a respeito de algumas delas:
  - a) A tricotomia é rotina? Se não, com que frequência e que parâmetros são usados para o uso da tricotomia? Como ela beneficia no parto?
  - b) O enema é utilizado? Como esse procedimento ajuda no parto?
  - c) O uso da anestesia local ou mista é rotina no parto normal? Se não, com que frequência e que parâmetros são usados para a sua administração? Como, de acordo com a sua experiência, o parto segue após sua administração?

- d) Ocitocina é rotina no parto normal? Se não, quais são os parâmetros para sua utilização? Como de acordo com a sua experiência o parto segue após a sua administração? Já realizou um parto sem administração de ocitocina?
- e) Ruptura de bolsa é rotina? Se não, quais são os parâmetros para sua utilização? Como de acordo com a sua experiência o parto segue após a ruptura? Já realizou algum parto sem romper a bolsa?
- f) Cardiotocografia é rotina? Se não, com que frequência e que parâmetros são usados para o seu uso? Como, de acordo com a sua experiência, o parto segue com o seu uso? Já teve de realizar algum parto utilizando a apalpação abdominal e a ausculta cardíaca? Como foi essa experiência?
- g) Episiotomia é rotina? Se não, com que frequência e que parâmetros são usados para o seu uso? Como, de acordo com a sua experiência, o parto segue após o seu uso?
9. Qual tipo de parto considera mais seguro?
10. Ao seu ver, o que justifica a alta incidência de cesárea no Brasil?

#### EIXO 5- SOBRE A INSTITUIÇÃO

1. Como é a sala de parto? Que tipo de equipamentos vocês podem contar com?
2. Por quantas pessoas em média uma gestante/parturiente é atendida?
3. Quanto tempo leva uma cesárea?
4. Quanto tempo leva um parto normal?

#### EIXO 6- SOBRE O ATENDIMENTO À GESTANTE/PARTURIENTE

1. Como as gestantes costumam estar na hora da assistência ao trabalho de parto e parto?
2. Que tipo de orientação você dá?
3. Que grupo de mulheres, são considerados grupos de risco?
4. É comum o uso de anestesia? As mulheres costumam solicitar?
5. Existe outro método para alívio da dor?
6. O que você acha do trabalho da doula? Concorda, discorda?
7. O que você pensa a respeito do parto domiciliar realizado por médicos?
8. E por parteiras?
9. Você conhece o programa nacional de humanização do sus? O que acha dele? Discorda de algum ponto

### **ROTEIRO DA ENTREVISTA COM RESIDENTES**

*Perguntas facilitadoras para o que não for abordado espontaneamente pelo entrevistado:*

#### EIXO 1 – HISTÓRICO PESSOAL

1. O que sabe sobre seu próprio nascimento? Parto normal/Cesárea?
2. Você tem filhos? Se sim, como foi a concepção, gestação e o nascimento dele(s) para você? Parto normal/Cesárea?
3. Como decidiu ser médico? Suas motivações profissionais mudaram ao longo do tempo?

4. Como chegou à obstetrícia?
5. Me conte, por favor, um pouco de como foi a sua profissionalização?
6. Quais foram as maiores dificuldades durante a formação?
7. E as facilidades?

## EIXO 2 – SOBRE A PRÁTICA OBSTÉTRICA

1. O que pode me relatar a respeito das principais características da rotina da sua residência nesta maternidade?
2. Qual considera a maior dificuldade da profissão?
3. Qual considera a maior facilidade?
4. Como você sente o evento do parto?
5. O que pode dizer a respeito dos riscos inerentes ao processo?
6. Quanto tempo considera normal para uma gestação sem que seja necessária a cesariana?
7. Quanto tempo se considera normal que se transcorra um trabalho de parto sem risco para mulher e bebê?
8. Qual são suas expectativas na hora do nascimento da criança?
9. Como é para você a experiência de dar plantão? E de ser chamado para atender o trabalho de parto e parto?
10. Lembra-se do parto mais difícil que já fez? Como foi?
11. E o mais fácil?
12. Como são os procedimentos de rotina de um parto de risco habitual?
13. Quais as complicações que costuma ver num parto que a princípio não tem riscos?
14. Como são, em geral, os procedimentos de rotina de um parto de uma gestação que não tem riscos?
15. Como você considera que seja um parto ideal?

## EIXO 3 - SOBRE A TRANSMISSÃO DO CONHECIMENTO OBSTÉTRICO

1. Como tem sido para você a prática da obstetrícia?
2. Como foi a parte teórica de sua formação em obstetrícia?
3. Sentiu falta de alguma tema na grade?
4. As instruções teóricas que você recebeu na graduação foram suficientes para a realização da parte prática(o atendimento propriamente dito)?
5. Qual é sua maior dificuldade na especialidade?
6. Como foram os atendimentos ao parto que você já realizou?
7. Como se sente em relação ao parto?
8. Como você se sente para realizar diferentes tipos de parto? Pélvico, com cordão enrolado, cesárea, parto normal?  
Considera uma especialidade mais simples, mais complexa ou similar as outras especialidades médicas?

## EIXO 4 - SOBRE AS TÉCNICAS UTILIZADAS NO PARTO

1. Quais as principais intervenções realizadas durante um parto?
2. Que técnica/tecnologia você considera indispensável para o bom andamento do trabalho de parto e parto normal sem complicações nem riscos?
3. Você acha o protocolo de parto adequado para os atendimentos hoje a partir de sua experiência? Tem alguma intervenção que você considera que deveria está incluída e não está? Ou que é desnecessária?
4. De acordo com o que tem aprendido, que parâmetros estabelece, no geral para a realização da cesariana?
5. Tenho acompanhado alguns partos na maternidade, e percebido serem frequentes o uso de algumas tecnologias e intervenções, gostaria de saber a sua opinião a respeito de algumas delas:
  - h) A tricotomia é rotina? Se não com que frequência e que parâmetros são usados para o uso da tricotomia? Como ela beneficia no parto?
  - i) O enema é utilizado? Como esse procedimento ajuda no parto?
  - j) O uso da anestesia local ou mista é rotina no parto normal? Se não, com que frequência e que parâmetros são usados para a sua administração? Como, de acordo com a sua experiência, o parto segue após sua administração?
  - k) Ocitocina é rotina no parto normal? Se não, quais são os parâmetros para sua utilização? Como de acordo com a sua experiência o parto segue após a sua administração? Já realizou um parto sem administração de ocitocina?
  - l) Ruptura de bolsa é rotina? Se não, quais são os parâmetros para sua utilização? Como de acordo com a sua experiência o parto segue após a ruptura? Já realizou algum parto sem romper a bolsa?
  - m) Cardiotocografia é rotina? Se não, com que frequência e que parâmetros são usados para o seu uso? Como, de acordo com a sua experiência, o parto segue com o seu uso? Já teve de realizar algum parto utilizando a palpção abdominal e a ausculta cardíaca? Como foi essa experiência?
  - n) Episiotomia é rotina? Se não, com que frequência e que parâmetros são usados para o seu uso? Como, de acordo com a sua experiência, o parto segue após o seu uso?
6. Ao seu ver, o que justifica a alta incidência de cesárea no Brasil?

## EIXO 5 – SOBRE O ATENDIMENTO À GESTANTE/PARTURIENTE

1. Como tem sido a experiência de lidar com as pacientes no pré-natal, parto e pós-parto? Como você se sente?
2. Existe algum cuidado ou técnica que acha que falta na maternidade?
3. Existe algum cuidado ou técnica que você considera inadequada?
4. Como você vê o trabalho da doula?
5. O que você pensa a respeito do parto domiciliar realizado por médicos?
6. E por parteiras?
7. Você conhece o programa nacional de humanização do SUS? O que acha dele? Discorda de algum ponto?

## **ROTEIRO DA ENTREVISTA COM ALUNOS**

Estou interessada em conhecer um pouco da prática obstétrica e da experiência dos alunos de obstetrícia em uma instituição de ensino. Por isso gostaria de saber de você um pouco sobre a disciplina cursada por você na graduação. Você pode me falar um pouco sobre as suas principais impressões a respeito desta especialidade? Sobre o que sente como desafios e dificuldades da sua profissão? Como tem sido, para você, a disciplina de obstetrícia?

*Perguntas facilitadoras para o que não for abordado espontaneamente pelo entrevistado:*

## EIXO 1 –HISTÓRICO PESSOAL

1. Você sabe alguma coisa sobre o seu próprio nascimento? Parto normal/Cesárea?
2. Você tem filhos? Se sim, como foi o nascimento dele(s) para você? Parto normal/Cesárea?
3. Por que motivo optou pela medicina?

## EIXO 2 - SOBRE A TRANSMISSÃO DO CONHECIMENTO OBSTÉTRICO

1. Como tem sido para você a disciplina de obstetrícia?
2. Qual é sua maior dificuldade na disciplina?
3. O que tem achado da grade do curso? Falta alguma tem? Tem algum tema em excesso?
4. Você pensa em seguir esta especialidade? Por que?
5. Considera uma especialidade mais simples, mais complexa ou similar as outras especialidades médicas?

## EIXO 3 -SOBRE AS TÉCNICAS UTILIZADAS NO PARTO

1. De acordo com o que você tem aprendido, que técnica/tecnologia você considera indispensável para o bom andamento do trabalho de parto e parto?
2. Existe alguma técnica que você considera inadequada? Por que?
3. De acordo com o que tem aprendido, que parâmetros estabeleceria, no geral para a realização da cesariana?
4. Qual tipo de parto considera mais seguro?
5. A seu ver, o que justifica a alta incidência de cesárea no Brasil?
6. O que você pensa a respeito da doula?
7. O que você pensa a respeito do parto domiciliar realizado por médicos?
8. E por parteiras?
9. Você conhece o programa nacional de humanização do SUS? O que acha dele? Discorda de algum ponto?

## **ANEXO II – TERMOS DE CONSENTIMENTO**

### **PESQUISA SOBRE PRÁTICA OBSTÉTRICA NA ATENÇÃO AO TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO CONSENTIMENTO INFORMADO ENTREVISTA COM MÉDICOS/RESIDENTES**

Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social  
EICOS - Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social  
Instituto de Psicologia - Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Pesquisadora: Alice Sicuro de Moraes Valle  
Orientadora: Maria Cecília de Mello e Souza  
Co-Orientadora: Maria Luiza Mello de Carvalho

#### **Objetivo da pesquisa:**

Este é um estudo sobre a prática obstétrica e a experiência dos profissionais de obstetrícia no Brasil realizado por Alice Sicuro de Moraes Valle, CPF – 123.996.277-09, sob a orientação da professora Maria Cecília de Mello e Souza, no curso de mestrado do programa EICOS/IP/UFRJ e da co-orientadora Maria Luiza Mello de Carvalho.

O objetivo geral desta pesquisa é conhecer a prática e a experiência profissional de atenção ao parto entre profissionais e estudantes numa instituição pública de ensino. Observar as influências, motivações e pressupostos técnicos e pessoais que baseiam as escolhas dos profissionais com relação aos procedimentos a serem utilizados mediante às condições que se apresentam no trabalho de parto e parto em uma maternidade escola. Nesta etapa da pesquisa são realizadas entrevistas com os médicos e professores da Maternidade Escola.

## Sobre a participação na entrevista

Se você concordar em fazer parte desta pesquisa como entrevistado, sua contribuição será contar um pouco sobre sua rotina de trabalho na Maternidade Escola, apresentar a forma como você vivencia a experiência de assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto, as dificuldades e desafios desta assistência, bem como apresentar sua perspectiva técnica e pessoal a respeito do parto, trabalho de parto e pós-parto.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, você só participará da entrevista se assim quiser. Poderá a qualquer momento interromper a entrevista e/ou não responder a alguma questão, se assim desejar.

A entrevista deverá durar cerca de noventa minutos. Será gravada para melhor registro das palavras e posteriormente transcrita. Serão registradas notas no diário de campo durante a entrevista pela pesquisadora. O acesso aos dados da entrevista será restrito à pesquisadora, às orientadoras e aos membros do grupo de pesquisa. Os arquivos de áudio serão destruídos após serem transcritos, e as transcrições serão armazenadas em nosso banco de dados, protegido com senha. Os nomes de todos os entrevistados serão alterados nos textos e materiais de divulgação da pesquisa, e serão omitidos quaisquer dados específicos que possam identificá-los.

## Contato com a pesquisadora

Você poderá fazer contato posterior com a pesquisadora, a qualquer momento, pelos telefones: 22059744 e 981640724, ou pelo e-mail: [sicuro.alice@gmail.com](mailto:sicuro.alice@gmail.com)

## Utilização das entrevistas

As entrevistas serão analisadas e utilizadas apenas para fins científicos e obtenção do título de mestrado. As informações serão mantidas sob sigilo, analisadas pela pesquisadora e professoras orientadoras. O nome e qualquer dado que possa identificar os entrevistados nunca será apresentado em qualquer divulgação.

## Riscos e benefícios

A participação nessa pesquisa não oferece nenhum risco. Tendo em vista que você terá sua identidade mantida em sigilo e que a pesquisa apenas solicitará que você apresente sua forma de conduzir a sua rotina de trabalho. O benefício da pesquisa é o de abrir a possibilidade de reflexão e discussão sobre as práticas cotidianas e contribuir para o campo científico sobre práticas de atenção ao parto, trabalho de parto e pós-parto.

Afirmo que este termo de consentimento foi lido em conjunto com o entrevistador e decidi participar da pesquisa de forma livre e esclarecida.

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Documento de identidade \_\_\_\_\_

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistado \_\_\_\_\_

PESQUISA SOBRE A PRÁTICA OBSTÉTRICA NA ATENÇÃO AO  
TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO  
CONSENTIMENTO INFORMADO  
ENTREVISTA COM ALUNOS

Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social  
EICOS - Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social  
Instituto de Psicologia - Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Pesquisadora: Alice Sicuro de Moraes Valle  
Orientadora: Maria Cecília de Mello e Souza  
Co-orientadora: Maria Luiza Mello de Carvalho

**Objetivo da pesquisa:**

Este é um estudo sobre a prática obstétrica e a experiência dos profissionais de obstetrícia no Brasil realizado por Alice Sicuro de Moraes Valle, CPF – 123.996.277-09, sob a orientação da professora Maria Cecília de Mello e Souza e co-orientação de Maria Luiza Mello de Carvalho, no curso de mestrado do programa EICOS/IP/UFRJ.

O objetivo geral desta pesquisa é conhecer a prática e a experiência profissional de atenção ao parto entre profissionais e estudantes numa instituição pública de ensino. Observar as influências, motivações e pressupostos técnicos e pessoais que baseiam as escolhas dos profissionais com relação aos procedimentos a serem utilizados mediante às condições que se apresentam no trabalho de parto e parto em uma maternidade escola. Nesta etapa da pesquisa são realizadas entrevistas com os médicos e professores da Maternidade Escola.

**Sobre a participação na entrevista**

Se você concordar em fazer parte desta pesquisa como entrevistado, sua contribuição será contar um pouco sobre sua experiência como aluno/residente de medicina da UFRJ, apresentar as suas vivências na maternidade escola e a experiência de atendimento ao parto e trabalho de parto.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, você só participará da pesquisa se assim quiser. Poderá a qualquer momento interromper a entrevista e/ou não responder a alguma questão, se assim desejar.

A entrevista deverá durar cerca de noventa minutos. Será gravada para melhor registro das palavras e posteriormente transcrita. Serão registradas notas no diário de campo durante a entrevista pela pesquisadora. O acesso aos dados da entrevista será restrito à pesquisadora, às orientadoras e aos membros do grupo de pesquisa. Os arquivos de áudio serão destruídos após serem transcritos, e as transcrições serão armazenadas em nosso banco de dados, protegido com senha. Os nomes de todos os entrevistados serão alterados nos textos e materiais de divulgação da pesquisa, e serão omitidos quaisquer dados específicos que possam identificá-los.

### Contato com a pesquisadora

Você poderá fazer contato posterior com a pesquisadora, a qualquer momento, pelos telefones: 22059744 e 981640724, ou pelo e-mail: [sicuro.alice@gmail.com](mailto:sicuro.alice@gmail.com)

### Utilização das entrevistas

As entrevistas serão analisadas e utilizadas apenas para fins científicos e obtenção do título de mestrado. As informações serão mantidas sob sigilo, analisadas pela pesquisadora e professoras orientadoras. O nome e qualquer dado dos entrevistados nunca serão apresentados em qualquer divulgação.

### Riscos e benefícios

A participação nessa pesquisa não oferece nenhum risco, tendo em vista que você terá sua identidade mantida em sigilo. O benefício da pesquisa é o de abrir a possibilidade de reflexão e discussão sobre as práticas cotidianas e contribuir para o campo científico sobre práticas de atenção ao parto, trabalho de parto e pós-parto.

Afirmo que este termo de consentimento foi lido em conjunto com o entrevistador e decidi participar da pesquisa de forma livre e esclarecida.

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Documento de identidade \_\_\_\_\_

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistado \_\_\_\_\_