



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**VIRGÍNIA JUNQUEIRA OLIVEIRA**

**O SENSÍVEL E O INSENSÍVEL NA SALA DE PARTO: interdiscursos  
de profissionais de saúde e mulheres**

**Belo Horizonte  
Setembro de 2016**

**VIRGÍNIA JUNQUEIRA OLIVEIRA**

**O SENSÍVEL E O INSENSÍVEL NA SALA DE PARTO: interdiscursos  
de profissionais de saúde e mulheres**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Claudia Maria de Mattos Penna.

**Belo Horizonte  
Setembro de 2016**

Oliveira, Virgínia Junqueira.  
O842s O sensível e o insensível na sala de parto [manuscrito]:  
interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres. / Virgínia  
Junqueira Oliveira. - - Belo Horizonte: 2016.  
159f.: il.  
Orientador (a): Claudia Maria de Mattos  
Penna. Área de concentração: Saúde e  
Enfermagem.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de  
Enfermagem.

1. Tocologia. 2. Saúde da Mulher. 3. Violência contra a Mulher. 4.  
Parto Humanizado. 5. Discursos. 6. Dissertações Acadêmicas. I.  
Penna, Claudia Maria de Mattos. II. Universidade Federal de Minas  
Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM: WQ 165

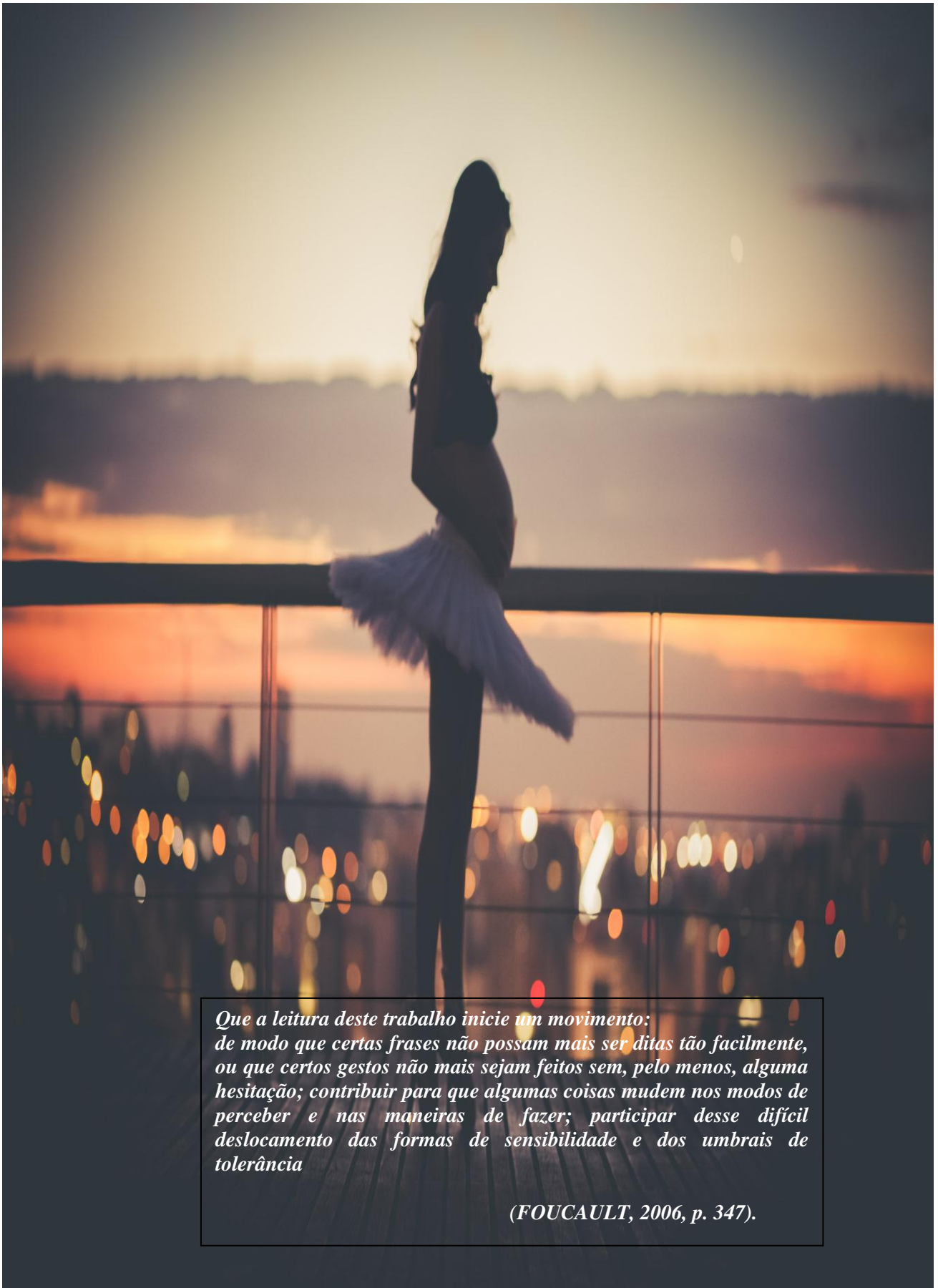


*Dedico este trabalho a todas as mulheres participantes desta pesquisa, que de maneira espontânea se dispuseram a narrar as histórias dos seus partos, revelando sentimentos, anseios, medos, segredos e desejos, dando voz às nossas inquietações.*

## O SENSÍVEL E O INSENSÍVEL NA SALA DE PARTO

*Virgínia Junqueira Oliveira*

Gente gera afetividade, sexualidade e sensibilidade.  
Barriga à mostra, alma exposta, explode humanidade.  
Nasce do parto, pare da alma e na calma.  
Cuidado com essa gente que pare.  
Cuidado com cada palavra dita, antes de dizer, reflita...  
A insensatez que você faz  
Dói, apaga, marca, belisca, espreme de uma só vez.  
Se você não consegue ver, sentir a delicadeza  
Ter cuidado com a prenhez  
Gere a sensatez.  
Ela nasce de dentro, se ancora ali  
Na sensibilidade da pele, do olhar pela primeira vez.  
A insensibilidade nasce da intolerância, gera violência e dói.  
Dói muito, dói em mim, dói em você, dói em quem vê!  
Se você não vê ou não quer ver ou não tem algo a dizer  
Adentre o silêncio dentro de você.  
Olhe pra ver, pra sentir, pra encontrar  
A sensibilidade  
Que tá na pele, na dor, na barriga, além da perneira.  
Corre no sangue, corre no corpo, aparece na alma.  
Corre a alma e tá na calma.  
Alma que se escancara na sua cara  
Na cara de quem tá de cara com o que vê  
Que fica sem voz, que guarda na alma, que sente na pele.  
Que não tem calma porque sente dor na alma.  
Gente que não pode ver nascer,  
Mas pode padecer pra parir  
E nascer na estupidez  
Da insensatez do outro, que não quer ver nascer o amor.



*Que a leitura deste trabalho inicie um movimento: de modo que certas frases não possam mais ser ditas tão facilmente, ou que certos gestos não mais sejam feitos sem, pelo menos, alguma hesitação; contribuir para que algumas coisas mudem nos modos de perceber e nas maneiras de fazer; participar desse difícil deslocamento das formas de sensibilidade e dos umbrais de tolerância*

*(FOUCAULT, 2006, p. 347).*

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof<sup>a</sup> Claudia M.M. Penna, pela orientação, apoio, confiança e incentivo constantes na construção deste trabalho, que é nosso. Muito obrigada!

À minha amiga, Prof<sup>a</sup> Márcia Christina Caetano de Souza, que foi uma das mentoras do programa do Doutorado Interinstitucional/ Universidade Federal de Minas Gerais/ Universidade Federal São João Del-Rei (DINTER/UFMG/ UFSJ), tornando possível esta caminhada.

Aos meus alunos da UFSJ, com quem estou sempre aprendendo e compartilhando sonhos.

Aos amigos da UFSJ, pelo apoio, em especial a Vânia, Luciana, Patrícia, Arlessandro, Nadja e Alisson, que se mobilizaram para que a conclusão deste trabalho fosse possível.

Aos colegas do Núcleo de Pesquisa sobre Cultura, Cotidiano, Educação e Saúde (NUPCCES), pelos encontros de discussão e produção coletiva que tanto contribuíram para aprimorar as ideias desta pesquisa.

Aos meus amigos do DINTER e, em especial, a Jack, que partilhou comigo até a orientadora.

Aos participantes deste estudo, mulheres, médicos e enfermeiros obstetras que gentilmente se dispuseram a compartilhar as suas experiências.

Ao Júlio, meu companheiro, com quem compartilhei ansiedades, dúvidas, alegrias e descobertas na confecção deste estudo. Sua companhia dá uma tonalidade diferente na minha vida!

A minha mãe, Irene, que mesmo depois de deixar-me sua lembrança me reconforta.

Ao meu pai e as minhas irmãs, Cristina, Cássia, Daniela e Marília, pela amizade, amor e carinho de sempre.

Sei que muitas pessoas, companheiras e amigas, estiveram presentes ao longo desta jornada. A todas que não pude citar, meus agradecimentos.

## RESUMO

Este estudo parte da premissa de que as relações entre os profissionais de saúde e as mulheres na assistência ao parto são permeadas pelo discurso da medicalização do corpo feminino e do poder hegemônico do médico. O discurso é dissimétrico e as decisões sobre o parto não são embasadas em condições precisas, informações esclarecedoras e no desejo da parturiente, sendo a autonomia das mulheres frequentemente desrespeitada. Objetivo: analisar os discursos sobre a assistência ao parto na perspectiva de mulheres e profissionais de saúde de uma rede pública, considerando as experiências vivenciadas na interação construída durante o trabalho de parto e parto. Optou-se por abordagem qualitativa, por possibilitar apreender e revelar os processos de subjetivação inerentes à temática em análise. O método utilizado foi análise de discurso, pois numa interação discursiva pode haver momentos em que o discurso da mulher contrapõe-se ao do profissional de saúde ou à apropriação por parte dos participantes da lógica do discurso dominante no campo da saúde. Os cenários foram sete maternidades públicas da região centro-oeste de Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas e registro das observações feitas durante o trabalho de parto. Os participantes foram 36 mulheres, 14 médicos obstetras e dez enfermeiros obstetras. Organizaram-se os resultados nas seguintes categorias: a) o discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde; b) o *ethos* e o *pathos* na sala de parto; c) a discursividade do parto humanizado; d) cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto. Os temas que surgiram revelaram uma violência presenciada e silenciada, na narrativa dos enfermeiros, semelhante à perspectiva das mulheres ao discursarem sobre violência consentida. Contrapõe-se ao discurso médico, que negligencia esse fenômeno na relação médico-parturiente. A análise dos dados permite inferir que as imagens preconcebidas e estereótipos são determinantes na constituição do *ethos* tanto da parturiente quanto do profissional médico e da enfermeira. O discurso da humanização é percebido como um modismo que se restringe à utilização de práticas alternativas. Para as parturientes, o tipo de parto é determinado pelo médico e as mulheres não são proativas. A atuação do enfermeiro é tímida, embora sua presença seja fundamental para o estímulo ao parto fisiológico e promoção da autonomia das mulheres. Identifica-se a necessidade de o médico adotar conduta acolhedora, informando às mulheres sobre os benefícios e prejuízos implicados na escolha do modo de nascer. Concluiu-se que o tratamento hostil constitui um dos obstáculos à humanização da assistência ao parto, interferindo na escolha da via de parto, sendo necessário rever o conceito de violência obstétrica, considerando todas as suas especificidades e nuances. Defende-se que para redefinição do *ethos* profissional na assistência ao parto são imprescindíveis o apoio institucional, compromisso dos gestores com políticas públicas e formação qualificada de ambas as categorias; de forma que a atuação desses profissionais seja condizente com seu papéis na reorganização do modelo. Acredita-se que para promover a humanização da assistência requer-se pensar em uma micropolítica do trabalho, capaz de ter como meios os encontros dialógicos e os espaços intercessores como potencializadores da conduta ética, comprometida e resolutiva.

**Palavras-chave:** Assistência ao parto. Saúde da mulher. Violência contra a mulher. Humanização do parto. Discurso.



## ABSTRACT

The relations between health professionals and women in pregnancy and childbirth care, are permeated by the discourse of the medicalization of the female body and the hegemonic power of the physician. It is considered that the speech is dissimétrico and that decisions about childbirth are not based on precise conditions, enlightening information and the desire of the parturient woman, being the autonomy of women, often flouted. Objective: to analyze the discourses about the pregnancy and childbirth care from the perspective of women and health professionals from a public network, highlighting situations both positive and negative experiences had in interaction built during labor and delivery. The method used was discourse analysis, whereas in a discursive interaction there may be moments in which the discourse of women contrasts to the speech of the health professional, or the ownership by the participants in the logic of the dominant discourse in the health field. The scenarios were seven public maternity hospitals in the Midwest region of Minas Gerais. The data collection was carried out through interviews and record of observations made during labor. The participants of this study were 36 women, 14 doctors obstetricians and ten obstetric nurses. He organized the results in the following categories: a) The discourse of violence in obstetric voice of women and health professionals; b) The ethos and pathos in the delivery room; c) The discursividade of humanizing; d) Each birth is a story: the process of choosing the delivery route. The themes that emerged pointed to a violence witnessed and silenced in the narrative of the nurses. Perspective that is similar to that seen in women, The discursarem on a violence conceded. And contrasts to the medical discourse, which neglects this phenomenon in the doctor-patient. The analysis of data allows us to infer that the images pre-conceived and stereotypes are determinants in the constitution of the ethos of the parturient and the professional ethos of the doctor and the nurse. The Speech of humanization is perceived as a fad that restricts the use of alternative practices. In the perspective of pregnant women the type of delivery is determined by the physician and women are not pro-active. The performance of the nurse is shy, although its presence is fundamental for the stimulus to labor solution and promote the autonomy of women. It was concluded that the treatment is hostile constitutes one of the barriers to humanization of childbirth care, interfering with the choice of delivery route, and it is necessary to review the concept of violence obstetrics, considering all its particularities and nuances. It is considered that for a redefinition of professional ethos in the delivery assistance, it is imperative for institutional support, the commitment of the managers with public policies and the qualified training of both categories; so that the performance of these professionals is consistent with its role in the reorganization of the model. It is believed that to promote the humanization of care, you have to think of a micropolitics of work, capable of having as means the meetings dialogic spaces and intercessors as improvers of ethical conduct, committed and effective.

**Keywords:** Midwifery. Women's health. Violence against women. Humanizing Delivery. Speech.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS	Ministério da Saúde
NUPCCES	Núcleo de Pesquisa sobre Cultura, Cotidiano, Educação e Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações não Governamentais
PAISM	Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher e da Criança
PHPN	Programa de Humanização ao pré-natal e nascimento
REBEN	Revista Brasileira de Enfermagem
REHUNA	Rede de Humanização ao Parto e Nascimento
RN	Recém-nascido
SESC	Serviço Social do Comércio
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de Parto
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFSJ	Universidade Federal São João Del-Rei

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais.....	37
FIGURA 2 - Municípios da mesorregião centro/oeste.....	37
FIGURA 3 - Cenários de investigação.....	38

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Maternidades dos municípios da região ampliada de Divinópolis.....	39
QUADRO 2 - Categorias empíricas.....	46
QUADRO 3 - Características das mulheres participantes da pesquisa .....	47
QUADRO 4 - Características das mulheres participantes da pesquisa .....	49
QUADRO 5 - Dados dos enfermeiros participantes.....	50
QUADRO 6 - Dados dos médicos participantes.....	50

# SUMÁRIO<sup>1</sup>

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>21</b>
2.1	Biopolítica do parto: uma prática social geradora de sentido.....	21
2.2	Uma reflexão sobre o discurso da violência na sala de parto: as diferentes abordagens sobre violência e poder de Foucault, Bourdieu e Maffesoli.....	27
<b>3</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>32</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>33</b>
4.1	A pesquisa qualitativa: opção epistemológica e metodológica.....	33
4.2	O cenário do estudo.....	37
4.3	Aspectos éticos.....	40
4.4	Participantes do estudo.....	40
4.5	Instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....	41
4.6	Análise dos dados.....	45
<b>5</b>	<b>UMA APROXIMAÇÃO COM AS MULHERES E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>47</b>
5.1	Relativizando o olhar da mulher, da parteira e da pesquisadora.....	51
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>57</b>
6.1	Artigo original - O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde.....	58
6.2	Artigo original - O <i>ethos</i> e o <i>pathos</i> na sala de parto.....	75
6.3	Artigo original - A discursividade do parto humanizado.....	96
6.4	Artigo original - Cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto.....	115

---

<sup>1</sup> Este trabalho foi revisado de acordo com as novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009. E foi formatado de acordo com a ABNT NBR 14724 de 17.04.2014.

<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>131</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>135</b>
	<b>APÊNDICES E ANEXO.....</b>	<b>141</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O parto compreende um momento ritual no qual o lugar da mulher e do bebê é delimitado cultural e socialmente. E como uma experiência carregada de significados, pode construir e reconstruir sentidos diferentes para uma mesma realidade, possibilidade esta que faz do parto um processo em contínua construção e com mudanças expressivas ao longo da história (MATOS *et al.*, 2013).

A cena do parto até início do século passado era essencialmente feminina, a assistência à mulher e ao recém-nascido era exercida por mãos de parteiras, na privacidade do espaço domiciliar e na presença de pessoas conhecidas e de confiança da parturiente. Nos anos 40, do século XX, a partir da Segunda Guerra Mundial, cresceu a tendência à institucionalização do parto, sendo que no final do século 98% dos partos passaram a ser realizados em hospitais (RATTNER, 2009).

A realização do parto no ambiente hospitalar, associado ao avanço da antibioticoterapia e a disponibilidade da tecnologia, contribuíram para a organização da assistência como uma linha de produção, acentuando a medicalização e mercantilização do parto. A capacidade de escolha passou a ser de responsabilidade do médico, a despeito do desejo das mulheres, que perderam a sua privacidade e autonomia, reafirmando a situação de subordinação materializada no controle e vigilância do corpo feminino (MUNIS; BARBOSA, 2012).

Na literatura médica, o parto é descrito, muitas vezes, como um acontecimento não natural, com necessidade de ser medicalizado e controlado. Na tentativa de minimizar esse fato, a Medicina produz um apagamento da experiência do parto. Assim, persistiu por várias décadas do século XX a ideia do parto com narcóticos, no qual muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado deram à luz, inconscientes, aos seus recém-nascidos (RN). A mulher passou a desejar a cesárea para evitar os sofrimentos do parto, sem, no entanto, ter clareza de que esse sofrimento advém do modelo obstétrico desumano praticado no parto vaginal, que deixa de ser normal e passa a ter uma série de intervenções desnecessárias (DINIZ, 2005; SALGADO; DINIZ, 2012).

Em todo o mundo, cresce o número de cesáreas ou outras intervenções. Na Espanha, um em cada quatro partos (24,9%) é cirúrgico (PADILLA, 2014). Estudo italiano na *Provincia Reggio Emilia* apurou que as mulheres que tiveram seus partos acompanhados em centros privados tiveram mais medicalização e tecnologia na condução do mesmo, o que não implicou melhores resultados perinatais (BONVICINI *et al.*, 2014). Uma pesquisa em maternidades sul-africanas revela que a assistência desumana e exploradora é mais prevalente em maternidades públicas e de países em desenvolvimento (KRUGER; SCHOOMBEE, 2010).

No Brasil, vive-se hoje a cultura cesarista, que não reconhece a autonomia feminina e considera mais o número de nascimentos que a qualidade da assistência. Isso prioriza o saber médico e ressalta a relação de poder entre os profissionais de saúde e as mulheres, reafirmando o fenômeno de medicalização do parto (SENA, 2012). Tal fenômeno é reflexo da atual medicalização social, que traz como consequência influências na capacidade da mulher de enfrentamento autônomo da experiência do parto.

Dados estatísticos ratificam essa afirmação, enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a taxa de cesarianas seja de 15%, tanto na rede pública, quanto na rede privada. No Brasil, o número de cesáreas tem aumentado a cada ano. Entre o período de 2000 e 2010, o país teve significativo aumento no número de nascimentos pela via cirúrgica, de 37,8% para 52,3%, com índice em torno de 82% na rede privada. Pode-se constatar, ainda, que 78,6% das mortes durante o parto têm como causa direta a qualidade da assistência com intervenções desnecessárias, o que interfere também nas mortes fetais. Se forem sem indicação, as intervenções podem ser consideradas violências contra a mulher e a criança. Os dados demonstram, portanto, que o excesso de intervenções médicas durante o trabalho de parto pode levar a óbitos maternos e neonatal (LANSKY *et al.*, 2014).

A pesquisa “Nascer no Brasil”, um inquérito nacional sobre parto e nascimento realizada com 23.894 mulheres de todas as unidades federativas do país, possibilita conhecer a repercussão de intervenções desnecessárias, como a cesariana e a manobra de Kristeller<sup>1</sup>, para a saúde de puérperas e recém-nascidos. Evidencia-se o quanto a execução de práticas sem respaldo científico desconsidera as competências próprias das mulheres e se torna invisível nos registros dos profissionais de saúde. Isso se contrapõe aos relatos das



mulheres que, na sua grande maioria, acreditam que essas práticas são benéficas e protegem o seu bebê (LEAL *et al.*, 2014).

A partir de 1990 emergiu, mundialmente, um movimento contrário à medicalização do parto, liderado por mulheres insatisfeitas com o cuidado obstétrico ou por profissionais com dificuldade para prestar um cuidado humanizado. Com a popularização da Internet ampliou-se o número de organizações não governamentais (ONGs) como “Amigas do parto” e “Bem Nascer”, de *blogs* e redes sociais, a exemplo: “Parto nosso”, “Parto do Princípio” - todos em defesa do parto normal e da amamentação prolongada. Intensificaram-se também os movimentos sociais e as mulheres foram às ruas reivindicando parto humanizado, parteiras, casas de parto e o direito à presença do acompanhante (LEÃO *et al.*, 2013).

Nesse mesmo período, na tentativa de rediscutir o modelo de assistência ao parto e nascimento, várias ações de saúde foram direcionadas nesse sentido pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000); a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a) e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004b). Mais recentemente, a estratégia da Rede Cegonha, normatizada pela Portaria nº 1.459/2011, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida (BRASIL, 2011). Nesse modelo lógico, são ideias centrais a garantia do acesso às práticas de saúde baseadas em evidências científicas e o reconhecimento da gestante e de seus familiares como atores principais na cena do parto (CAVALCANTI *et al.*, 2013).

Entretanto, apesar de todos esses movimentos de mudanças que aconteceram nas últimas duas décadas, observa-se que muitos obstáculos têm dificultado os avanços na assistência ao parto e nascimento, como: a dificuldade de acesso, a manutenção da medicalização ao nascimento, o uso de intervenções/práticas assistenciais sem evidências científicas, o financiamento insuficiente; a deficiente regulação do sistema de saúde; a fragmentação das ações e dos serviços de saúde; e a permanência das taxas elevadas de morbimortalidades materna e infantil, o expressivo número de tratamentos hostis contra a mulher em trabalho de parto e parto, em hospitais públicos e privados de todo o país (FRELLO; CARRARO, 2010; VICTORO *et al.*, 2011).

De acordo com a pesquisa “Mulheres Brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, divulgada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, uma em cada quatro mulheres sofre alguma forma de violência durante o trabalho de parto e o parto. As situações de violência mais comuns, descritas no estudo, são gritos, procedimentos dolorosos, sem consentimento ou informação das gestantes, falta de analgesia e até negligência (SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO - SESC/ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010). Paralelamente, cresce o número de denúncias feitas ao Ministério Público Federal, que opta por instaurar um inquérito civil público para apurar os casos de desrespeito e violência no momento do parto.

Países da América Latina, como a Venezuela e Argentina, tipificaram a violência obstétrica, incorporando no conceito o abuso de medicalização no parto e de intervenções desnecessárias, ampliando e dando visibilidade ao problema. A legislação da Venezuela foi a que mais conseguiu avançar na definição da violência obstétrica, conceituando-a como:

Qualquer conduta, ou ato de omissão por profissional de saúde, tanto no setor público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres (GUERRA, 2008, p. 5).

As instituições e os profissionais de saúde não conseguem esperar e respeitar o tempo das mulheres e a sua fisiologia, pois estes, muitas vezes, desorganizam o planejamento hospitalar e a agenda de trabalho desses profissionais e, por isso, tornam-se inaceitáveis e inconvenientes. Instaura-se a desestabilização entre o discurso da cultura da cesárea segura, conveniente e asséptica e o discurso cultural do parto normal, que implica riscos, é doloroso e demorado. O parto, então, deixa de ser um rito de passagem e passa a ser um produto de consumo configurando o *business do nascimento* (DINIZ, 2013; SALGADO, 2012). Nessa lógica de mercado, o serviço de saúde oferece um parto normal desrespeitoso na tentativa de vender uma cesárea.

Assim, nesse cenário de assistência ao parto, marcado por consumo, em grande parte, abusivo e desnecessário de cesarianas, reflete-se: há um discurso marcado essencialmente por um saber médico, que determina um modelo intervencionista na assistência ao parto,

influencia os discursos das mulheres, além de, na maioria das vezes, controlar e subjugar qual deve ser o papel da mulher.

Como mulher, ativista do parto normal e há 13 anos trabalhando como enfermeira obstetra, professora e pesquisadora, inquieta-me a forma como são construídas as relações entre a mulher e o profissional de saúde na sala de parto. Na maternidade, sempre me deparei com questões que me causavam indignação e constrangimento e vinham em desencontro à minha prática profissional. Condutas, procedimentos e ações realizadas na assistência ao parto, por serem tão comuns e rotineiras na prática profissional de saúde, tornaram-se essenciais ou indispensáveis ao processo de parto pelas mulheres e seus familiares, que não as consideram agressivas, desrespeitosas e, muito menos, como violência contra elas.

Penso que muitas mulheres fogem do parto normal com medo de sentir dor e com receio de serem desrespeitadas, insultadas ou sua dor ser negligenciada, e também por acreditarem que quem sabe sobre o parto são os médicos, baseados numa suposta e falsa relação de poder e dominação do conhecimento e do corpo. Na minha perspectiva, é incompreensível oferecer ou receber assistência impessoal e insensível em um momento tão significativo e sensível como o parto.

Com a hospitalização, a assistência ao parto foi normatizada, estabeleceu-se uma hierarquização de poder entre os profissionais de saúde e as mulheres, permeada pelas questões de sexo, *status* social e saber. A normatização criou possíveis inteligibilidades sobre o mundo e sobre nós mesmos e passou a constituir-se como uma forma de violência contra o sujeito. Ao reconhecer o parto apenas no campo normativo, desconsideram-se as experiências do sujeito que, geralmente, ocorrem para além das normas, no campo das relações humanas, das mais sensíveis às mais duras do nosso cotidiano (BUTLER, 2000).

Ao refletir sobre essa realidade na atenção à mulher durante o parto e nascimento nos serviços de saúde e ao considerar que, de um lado, existem as normas e as hierarquias, nem sempre percebidas como ofensivas e violentas, e de outro há as experiências do sujeito fundadas em suas relações cotidianas que muitas vezes contradizem a normatização que lhe é imposta, questiona-se: como o discurso sobre parto e nascimento tem se apresentado nas relações entre profissionais de saúde e mulheres, na interação construída durante o trabalho de parto e o parto?

Muitas mulheres, ao experimentarem a hospitalização, no momento do parto utilizam-se de diferentes modos de resistência ou adequação, ao se depararem com *ethos* institucional. Ficam indignadas com o comportamento agressivo da equipe, denunciam os direitos que lhe foram negados, como o do acompanhante entrar na sala de parto, e ao mesmo tempo criam laços de solidariedade com as companheiras de quarto e seus familiares. Tece-se, uma rede de apoio na qual a troca afetiva se contrapõe a uma assistência impessoal e fria (GOMES; NATIONS; LUZ, 2008).

Enfrentar e superar as iniquidades na assistência ao parto nos serviços de saúde, desafiando as transformações sociais, não é tarefa fácil, pois há resistência à concretização dos direitos humanos no Brasil, uma sociedade caracterizada por ser autoritária, vertical, hierárquica e dividida entre a carência total e o privilégio absoluto (CHAUÍ, 2012). Esse poder abusivo do Estado configura-se, também, no espaço das instituições de saúde, onde o comportamento abusivo e autoritário pode ser considerado habitual e rotineiro no cotidiano de trabalho dos profissionais no campo da saúde.

Nesse contexto, esta pesquisa defende a tese de que os discursos produzidos na sala de parto entre os profissionais de saúde e as mulheres são permeados por um saber médico hegemônico, que expressam conflitos técnicos e éticos. A visível felicidade apresentada pelo nascimento do filho dissimula e encoberta uma violência sentida na assistência ao parto.

Ao abordar as controvérsias no discurso sobre a atenção ao parto, neste trabalho não se tem a pretensão de exaltar o sofrimento, nem o contrapor a alegria, mas apenas reconhecer a sua existência, mesmo porque não é possível uma sociedade camuflar os sentimentos - sejam eles visivelmente percebidos ou não ditos - que acompanham um acontecimento tão significativo como o ato do nascimento.

Assim, este trabalho busca analisar os discursos dos profissionais de saúde e das mulheres e os sentidos atribuídos à assistência prestada ao parto, em maternidades vinculadas a uma rede pública de saúde. Enfatiza-se o que são enunciados pelos participantes, as contradições e sobreposições que possam emergir no discurso dos atores sociais envolvidos nessa interação discursiva. Tal análise realizada em cenários brasileiros, com desigualdades tão marcantes, implica elucidar as estratégias e ações biopolíticas que foram

implementadas pelo governo ao longo de várias décadas. Procura-se compreender a normatização de um modelo de assistência ao parto prescritivo que, muitas vezes, tornou-se inseguro e medicalizado, além da forma como os discursos sobre parto e nascimento são legitimados.

Trata-se, portanto, de pensar as políticas públicas de atenção ao parto como um *locus* de discursos e práticas, saberes e poderes, que podem trazer em suas ações tanto dimensões regulatórias e disciplinares como dimensões participativas e emancipatórias (FERREIRA NETO *et al.*, 2009). Pode-se dizer que é a gestão da vida pelo poder, em que mesmo a liberdade configura-se como uma prática ético-política de invenção, de novos modos de subjetivação e novas formas de coexistência.

Acredita-se que a realização deste trabalho contribuirá para dar visibilidade ao problema da violência obstétrica presente na assistência ao parto, discussão da política pública de atenção à mulher, reflexão do profissional de saúde envolvido no cuidado ao parto e melhoria da qualidade da assistência materno-infantil. Entende-se que essa mudança virá quando se conseguir avanços na lógica de entendimento do parto, quando este deixar de ser visto somente como um evento médico e hospitalar e ser entendido como um evento sócio-cultural e da experiência humana, individual, interior, subjetiva e permeada por sentimentos e emoções.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Biopolítica do parto: uma prática social geradora de sentidos

Entende-se por biopolítica uma estratégia econômica e política para conduzir e intervir sobre fenômenos específicos, variáveis e de longa duração na vida de determinada população, por exemplo: a fecundidade, a expectativa de vida, a violência, entre muitos outros. Nas palavras de Foucault, "uma forma de intervir nas condições de vida para modificá-las e impor-lhes normas" com o intuito de maximizar as forças e a vida (SANTOS, 2011).

O século XVIII na sociedade ocidental inaugura o processo de entrada da vida na história, isto é, a entrada dos fenômenos próprios à vida humana na ordem do saber e na dimensão do poder. Assim, os processos relacionados à vida humana começam a ser levados em conta por mecanismos de poder e de saber, que tentam controlá-los e modificá-los. Neste campo a construção do discurso passa a engendrar também as amarras invisíveis do poder e do saber (FOUCAULT, 2004 *apud* DANNER, 2010).

A institucionalização do saber sobre a vida humana, no início do século XIX, dá origem a um poder soberano, no qual o direito de causar a morte ou de deixar viver, que lhe é característico, é substituído por um poder que gera a vida e a faz ordenar, em função de suas reivindicações. A partir dessa mutação o saber biomédico institucionalizado passa a atuar sobre o corpo do sujeito, percebido como doente. Exigi-se então, uma intervenção que seja capaz de salvar e prolongar a vida, além de dar conta de toda a sua singularidade (FOUCAULT, 2008).

O parto como uma forma de biopoder, capaz de dar origem à vida, é invadido por elementos biopolíticos. Vários saberes e poderes sobre o tema são postos em circulação. Numa tendência midiática, várias estratégias discursivas que integram o conhecimento biomédico passam a instilar a cultura do risco e do medo (VALE, 2013).

Instituiu-se assim, um poder organizado pelo saber científico e dirigido a um corpo reprodutor, frágil e dócil (FOUCAULT, 2008). As narrativas de medo e de risco sustentadas pela crença e responsabilidade moral do saber médico passam a interferir nas questões que envolvem a saúde e a vida da mulher e do recém-nascido. E a forjar as práticas que podem ou não serem feitas na assistência ao parto.

Ao fazer um resgate histórico da assistência ao parto, há registros de que a partir do século XIX houve gradativa perda de espaço das parteiras, inicialmente para os cirurgiões barbeiros e em seguida para os médicos. Assim, as mulheres foram perdendo o controle sobre o parto e o nascimento de tal forma que o modelo biomédico foi instituído e as práticas empíricas utilizadas pelas parteiras substituídas por práticas mais intervencionistas (SALIM *et al.*, 2012).

Em todo o cenário mundial, com o fim da Segunda Guerra intensificou-se o processo de institucionalização do parto com o objetivo de diminuir as taxas de mortalidade materna e infantil. Assim, no Brasil, como na maioria dos outros países, o parto passou a ser um acontecimento médico, sendo necessário que a parturiente fosse isolada durante todo o processo de parto e nascimento, o qual necessitava de intensa medicalização e de rotinas, desapropriando a mulher de uma atitude ativa durante o parto (MATOS *et al.*, 2013).

Na literatura médica, para diversos autores clássicos da Obstetrícia, como De Lee, Jorge Rezende e José Magalhães, o parto era percebido como um fenômeno patológico. Nessa concepção, a passagem do RN pelos genitais já representa, por si só, uma violência física e sexual contra o corpo frágil e despreparado da mulher (SALGADO; DINIZ, 2012). O parto era descrito como um acontecimento medonho que implicava riscos para a mãe e o filho e com necessidade de ser controlado com medicamentos e sob a supervisão de um profissional especializado.

Para minimizar o fato de o parto ser concebido como um evento traumático, mais precisamente na década de 50 do século XX, a Medicina concretizou um apagamento da experiência do parto. Dessa forma, persistiu por longo tempo a ideia do parto com sedativos, muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado deram à luz aos seus RNs sozinhas, inconscientes e contidas em uma maca hospitalar. Essa ação médica ficou conhecida como o sono do crepúsculo (ZORZAM, 2013).

Essas práticas médicas utilizadas na atenção ao parto em décadas passadas foram analisadas por Foucault como ações de controle do corpo, na tentativa de garantir um comportamento reprodutivo, socialmente útil e politicamente conservador. Foram capazes de assegurar e reproduzir relações de poder preestabelecidas no *locus* de trabalho das instituições de saúde e nas políticas de saúde (CARVALHO, *et al.*, 2012).

Esse controle do corpo e da vida pelas ações de saúde, descrito por Foucault, esteve presente em várias estratégias políticas de atenção à saúde da mulher. Quando se faz uma retrospectiva desses movimentos, observa-se que a partir do século XX e até meados da década de 70 a mulher era assistida de forma restrita, reducionista e fragmentada, com estratégias que enfatizavam apenas o ciclo gravídico-puerperal. As ações eram verticalizadas e centralizadoras, o que distanciava as medidas adotadas das reais necessidades das mulheres (FREITAS *et al.*, 2009).

Nesse sentido, o movimento feminista protagonizou uma série de reivindicações com o objetivo de incorporar às políticas de saúde da mulher outras questões como sexo, trabalho, desigualdade, sexualidade, anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Rompendo com o enfoque biologicista e medicalizador do modelo hegemônico de assistência à saúde, nos anos 1980 foi criado o Programa de Atenção Integral a saúde das mulheres (PAISM). O PAISM surgiu num contexto brasileiro marcado pela democratização, participação social e em uma concepção mais humanitária e inclusiva das políticas de saúde, base da estruturação do projeto da Reforma Sanitária que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) (PROGIANT; MOUTA; SANTOS, 2011).

A partir da década de 1990, as políticas públicas adquiriram nova configuração, com o objetivo de intensificar e avançar em outras questões ainda deficientes na promoção da saúde materno-infantil. Assim, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 1993, a Portaria GM/MS nº 1016, tornando obrigatória a implantação do alojamento conjunto durante o período de hospitalização da puérpera e do recém-nascido em todo o território nacional. Nessa mesma década, em 1994, o MS lançou a Iniciativa de Hospital Amigo da Criança (IHAC), garantindo o pagamento de 10% a mais sobre assistência ao parto a instituições vinculadas ao SUS (COSTA *et al.*, 2010).



Acrescida a essas ações governamentais, a Rede de Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), a partir de 1993, estruturou todo um movimento com o intuito de diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado à gravidez, ao parto e nascimento, baseado na compreensão do processo natural e fisiológico.

A partir da criação da REHUNA, nas décadas seguintes intensificaram-se as ações e estratégias governamentais, com o objetivo de devolver às mulheres o protagonismo no momento do parto e nascimento. Esse movimento alcançou visibilidade com a instituição do Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (PHPN) em 2.000. Outro efeito positivo que emergiu nesse período foi a Lei Federal nº 11.108, promulgada em 2005, que permite à mulher um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto/parto e puerpério. E mais recentemente, a estratégia Rede Cegonha, implantado em março de 2011, pelo Ministério da Saúde (DIAS, 2011).

Ao narrar essa trajetória das políticas públicas de atenção ao parto, pode-se perceber que há ênfase no corpo grávido, como sendo a única capacidade de poder da mulher. Nessa perspectiva reducionista do conceito de saúde, toda mulher é vista como uma mãe em potencial, fenômeno que Foucault denomina de biopoder. Este pode ser compreendido como o processo de intervenção do Estado/sociedade sobre a saúde, o corpo, as condições de viver, de alimentar-se e morar, ou seja, em todo o espaço da existência da mulher e dos seus significantes (VERSIANI, 2012), incluindo a forma de parir e de nascer.

Nesse modo de coexistir com uma falsa liberdade do sujeito, sem poder para escolher o tipo de parto, criou-se um ideal de saúde, defendido pelo poder médico e difundido pela mídia. Discursos como “o bebê é muito grande para nascer de parto normal”, “a circular de cordão pode sufocar o seu bebê” ou “parto normal é muito doloroso” invadem o cotidiano pelos meios de comunicação, com o objetivo de persuadir as mulheres grávidas, nas quais qualquer sinal de dor torna-se ultrajante e um desvio, precisando ser corrigido (MARTINS, 2004). Esse sentido é estendido à dor do parto, que pode ser percebida pela mulher como humilhante, desnecessária e pelo médico como uma imperfeição do corpo que como uma máquina, necessita de reparos.

Assim, analisar os sentidos atribuídos à assistência ao parto, na perspectiva de mulheres e de profissionais de saúde da rede pública, implica pensar o parto como uma prática social

geradora de sentidos e emoções. Não apenas as sensações físicas como a dor, a tensão, as contrações que fazem parte da vivência do parto, mas também os sentidos presentes nos discursos das mulheres e dos profissionais de saúde que deveriam cuidar delas nesse momento.

Os profissionais de saúde, durante o exercício da prática assistencial, assim como as mulheres, expressam sua maneira de compreender o parto influenciados por aspectos culturais, sociais e pelo modelo de formação e de práticas hegemônicas. O encontro ou desencontro entre esses dois sujeitos é sempre singular e algumas vezes conflituoso (PIRES *et al.*, 2010). Dessa forma, entende-se que, embora a sala de parto deveria ser um *locus* propício ao discurso, este é dissimétrico e a fala constitui-se em um lugar de poder, capaz de intervir na maneira de ser e de dizer desses sujeitos discursivos.

No campo social e familiar, o corpo da mulher e o parto são permeados por inúmeros discursos que aparecem como verdades e que marcam determinadas formas de ser mulher e de ter cuidados com a saúde e com o corpo. O parto, como um objeto constituído pelo discurso, representa um acontecimento com normas e rotinas preestabelecidas, que prevalecem sobre os desejos das mulheres e sobre seus corpos.

Conforme compreende Foucault, os discursos formam os objetos e os sujeitos de que falam e na medida em que constituem sujeitos e corpos, podem moldar determinadas práticas (GIACOMONI; VARGAS, 2010), a exemplo dos discursos biomédicos que se sustentam na cultura do medo e do risco *versus* a cultura da segurança.

Nesse processo de construção dos sentidos, entende-se que o sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo e interativo, por meio do qual as pessoas na dinâmica das relações sociais, historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir do qual compreendem e lidam com as situações e fenômenos à sua volta (SPINK, 2010).

Na cena do parto, no atual modelo de assistência, observa-se que não se constrói sentido sem a presença e a intencionalidade dos sujeitos envolvidos. Neste caso, os profissionais de saúde e as mulheres, ao estabelecerem uma interação discursiva, utilizam-se do discurso e da linguagem para dizer e mostrar algo da sua subjetividade.

Na análise do discurso, interpretar o sentido não é o mesmo que atribuir sentidos, mas sim se expor à opacidade do texto. Pode-se dizer que é compreender, ou melhor, explicitar o modo como uma ação ou um acontecimento produz sentido. Ressalta-se que o sentido sempre pode ser outro, porque não se tem o sentido como efeito, e sim o sentido desfeito (MALISKA, 2013).

O relacionamento das mulheres com os profissionais de saúde que lhes prestam assistência é um dos fatores mais importantes que afetam diretamente a memória e a lembrança destas em relação ao parto e nascimento (SALIM *et al.*, 2012). No campo do cuidado, assim como na vida, a tecnologia biomédica possibilita intervenções em várias situações, novas formas de biopoder se apresentam na gestão tecnológica da saúde. Nesse sentido, somos impelidos o tempo todo a opinar sobre questões éticas e políticas que envolvem a saúde e a vida (FERREIRA NETTO *et al.*, 2009).

Percebe-se que existe uma assimetria na interação discursiva profissional de saúde/paciente. Médicos e mulheres não compartilham o mesmo conhecimento, interesses e objetivos. O discurso do profissional ainda é muito centrado na técnica, com perguntas previamente estruturadas. Por outro lado, o discurso das mulheres se limita à obtenção de informações sobre o cuidado e as condições do RN. No momento do parto, o que lhe parece mais importante é o seu desfecho, abstendo-se das questões políticas, sociais e subjetivas que envolvem esse cuidado.

Acredita-se que durante a hospitalização os saberes subjetivos das parturientes em relação ao próprio corpo são ignorados e negados, sendo substituídos pelo saber dos profissionais de saúde e pela tecnologia biomédica de que eles se servem para salvar a vida. As mulheres pensam que nada entendem de parto. Entregam toda a responsabilidade do parto para os profissionais de saúde, deixando de participar ativamente desse momento tão significativo e se abstendo de fazer escolhas, abrindo mão dos seus desejos e da sua subjetividade, o que caracteriza um aspecto de centralização da informação e a normatização do saber.

Para superar essa pluralidade de concepções em relação à atenção ao parto e ao nascimento, é preciso explicitar e aprofundar as reflexões sobre as imposições feitas à

mulher, na experiência do parto. É necessário tomar como referencial ético a dignidade no nascimento, o parto ativo e respeitoso, para contrapor à violência institucional, à violação dos direitos da mulher e da criança, ao abuso de poder nas relações entre homens e mulheres, entre gestores e profissionais de saúde e os usuários, que repercutem como iatrogenia e negligência no cuidado (LANSKY, 2012).

É preciso reconhecer um lugar para esse feminino, para poder legitimar os seus desejos e atender às inquietações desse corpo, que almeja ser respeitado, ser ouvido e entendido nas suas experiências. Busca-se, assim, evitar que a cena do parto se transforme num campo de batalha.

No instante do parto, ao parir, a mulher está produzindo o regime do sensível, gerando consequências inesperadas. Esse acontecimento emerge como uma denúncia das relações de poder e desigualdades que se constroem nesse momento em que a mulher se vê numa situação de submissão, de coerção física, em que as possibilidades se saturam. A mulher se sente coagida pelo poder cultural e pelo conhecimento científico do profissional de saúde (AGUIAR; OLIVEIRA, 2010).

Após realizar esta revisão enfatizando os aspectos biopolíticos na atenção ao parto e nascimento, percebe-se que, na prática, a integralidade da assistência não é efetivamente contemplada, tendo em vista que o atual modelo de assistência materno-infantil ainda é fragmentado, intervencionista e que persiste a ideia de que todo parto implica risco.

## **2.2 Uma reflexão sobre o discurso da violência na cena de parto: as diferentes abordagens sobre violência e poder de Foucault, Bourdieu, e Maffesoli**

Busca-se compreender de que forma ocorrem e como são percebidas as situações de conflito, que se revelam em um discurso agressivo e desrespeitoso entre profissional de saúde e mulheres durante o trabalho de parto e o parto. Propõe conhecer as questões de gênero e poder envolvidas e as expectativas dos profissionais de saúde e das mulheres em relação à cena do parto.

O discurso médico que num primeiro momento parece ser só informativo e prescritivo, com um conjunto de efeitos patêmicos, pode resultar em sentimentos de indignação e de medo na parturiente. Razão e emoção estão de tal maneira entrelaçadas no discurso, que podem ser utilizadas com a finalidade de seduzir ou persuadir o outro.

Portanto, acredita-se que apoiar essa reflexão nos argumentos teóricos de Michel Foucault, que aborda as relações de poder; Pierre Bourdieu, que trata do poder simbólico; e Michel Maffesoli (1987), que estuda a dinâmica da violência no cotidiano, permitirá aproximações com diferentes interpretações sobre um discurso violento, reproduzido na sala de parto, considerando suas contradições, seus aspectos institucionais e suas nuances.

Outro motivo dessa reflexão é evidenciar como as palavras são impactantes nas relações, podendo se materializar e se manter na memória como dizíveis. Considera-se que as formações discursivas constituem-se o início de produção do sentido, determinando o que pode e deve ser dito a partir de um tempo histórico e um espaço (PÊCHEUX; FOUCAULT *apud* GREGOLIN, 2007). No discurso, o que importa não é apenas o que se fala, mas de onde se fala.

Na assistência ao parto, as relações discursivas entre os profissionais de saúde e mulheres tornaram-se tão dissimétricas, que passam a caracterizar uma das tipologias da violência obstétrica, segundo a OMS. Esse fato emerge na definição do conceito de violência obstétrica pela OMS, entendido como qualquer ato ou intervenção desnecessária dirigida à parturiente ou ao seu RN, praticada sem o consentimento informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física ou psicológica, indo contra os seus sentimentos, desejos e opções (SILVA *et al.*, 2014).

Inicialmente, pensar a medicalização da assistência ao parto a partir das análises feitas por Foucault em seu trabalho “O Nascimento da Clínica” ajuda a compreender como o interesse médico foi se apropriando das estruturas internas do corpo na busca de lesões que explicassem as doenças. Nessa perspectiva, as instituições de saúde, assim como as escolas, as fábricas têm como tarefa se encarregar de disciplinar e moralizar o corpo de um sujeito assujeitado, cujos desejos são secundários às manifestações clínicas do corpo (CÉSAR, 2010).

Esse processo de disciplinarização dos corpos acontece em lugares arquitetonicamente preparados, com a presença de pessoas especializadas e num período de intensas modificações nas estruturas de poder. Um exemplo de instituição disciplinar são os hospitais, que surgem como proteção das pessoas doentes e em contraposição ao discurso e à prática de curandeiras e parteiras (FOUCAULT, 2008).

Para Foucault, não existe de um lado os que têm poder e do outro os que são destituídos de poder. O que existe são práticas ou relações de poder cujo exercício baseia-se em relações de força que podem se disseminar por toda a estrutura social, intervindo sobre os cidadãos na forma de violência, repressão ou coerção (SOUZA, 2011). Nesse sentido, algumas crenças e ritos utilizados por parteiras na assistência ao parto podem ser entendidos como resposta à imposição do saber médico.

No discurso de Bourdieu, violência simbólica é toda imposição que se exerce de maneira suave, insensível, pelas vias simbólicas da comunicação, do conhecimento ou do desconhecimento (BOURDIEU, 2010). Entende-se, assim, que todo poder que impõe significados como verdades, que torna invisíveis as diferentes formas de dominação ou contradiz as relações de força pode caracterizar um discurso violento.

Nesse sentido, é possível reconhecer esse poder simbólico descrito por Bourdieu na assistência à mulher na sala de parto, cujas práticas estão centradas no uso de intervenções desnecessárias, expondo a mulher a procedimentos dolorosos e arbitrários, e por isso violentos (LEAL *et al.*, 2014). Esse poder é exercido muitas vezes com o consentimento das mulheres, e nem sempre percebido como uma imposição ou uma ordem.

Sabe-se que muitas das intervenções arbitrárias na assistência ao parto são realizadas com a permissão das parturientes ou dos acompanhantes, por julgá-las necessárias para aliviar o incômodo da dor e a demora do processo do parto.

Ao aquiescer à imposição do outro em estabelecer um tempo e um espaço a um acontecimento fisiológico, como o parto, inconscientemente os sujeitos se submetem a uma ordem social e institucional dominante (BOURDIEU, 2010). Essa ordem é responsável por criar uma imagem pré-discursiva de um corpo feminino essencialmente reprodutor, frágil e que precisa de reparos.

Maffesoli (1987) pensa a violência e o ser humano como fenômenos inseparáveis. Considera a violência algo socializado, que pode se apresentar na forma de luta pela vida ou contradição entre vontade e necessidade, articulando diversos valores. Nesse aspecto, as privações, as competições e os conflitos são componentes básicos para fundamentar um discurso violento (BARAZAL, 2014).

Pensar a violência usando argumentos apenas da razão seria uma armadilha que poderia resultar em uma visão simplista desse fenômeno, intensificando sua atomização social, que faz com que a violência se dilua em uma agressividade mesquinha e cotidiana (MAFFESOLI, 1987). Entende-se, assim, que violência e crueldade são apenas aspectos da vida cotidiana levadas ao seu extremo.

Dessa forma, a sala de parto apresenta-se como um espaço onde ações automatizadas podem ocorrer, na medida em que o processo de parto e nascimento torna-se habitual e corriqueiro para quem está ali diariamente. Deixa de ser entendido, portanto, como um processo que pode exigir inúmeras adaptações, permeado por subjetividades distintas tanto da mulher como dos profissionais que a assistem. Interfere, inclusive, na garantia do direito de livre escolha de quem será o acompanhante na sala de parto.

No campo conceitual existe uma aproximação entre os termos “poder” e “violência”. Ao discursar sobre exacerbação de poder, há uma tendência a associar a violência a uma monopolização de forças. Mas o que se pode constatar é que embora exista no discurso literário uma imprecisão conceitual entre os dois termos, Bourdieu, assim como Foucault, consegue romper com o pensamento estritamente político de perceber o poder, apenas como repressão ou coerção (BORGES; CARMO, 2009).

Embora haja congruências entre esses pensadores, eles possuem pontos de vista distintos. Foucault acredita que somos submetidos pelo poder à produção da verdade e que são os discursos capazes de julgar, condenar e produzir a verdade. Para Bourdieu, as relações de poder vão além da prática discursiva, pois esta não provoca nem explica a ação. Procura entender o princípio explicativo dos acontecimentos no campo das possibilidades.

Para Bourdieu, as relações de poder transcendem o discurso. O filósofo define poder simbólico como um poder invisível, que pode ser exercido com a cumplicidade do sujeito, que muitas vezes desconhece que está subjugado a alguma forma de poder. Ou não se reconhece como ator da dominação do outro (BOURDIEU, 2010 traduzido por Bertharnd Brasil).

Nessa reflexão, é importante enfatizar como as relações de poder podem passar para excesso de poder e violência, alcançando ações extremas, a ponto de querer determinar e configurar os limites de uma relação ou organização. Num processo discursivo, poder e violência são capazes de romper o vínculo de uma relação, constituindo ou desconstituindo a subjetividade dos sujeitos.

Acredita-se que falar sobre a violência é inicialmente colocar o ponto de vista do outro. Mais é a partir do discurso sobre a violência que podemos nos aproximar de uma significação mais consistente sobre a temática. Também pode-se oferecer as bases para uma reflexão cada vez mais profunda sobre a violência obstétrica e orientar as estratégias de prevenção mais efetivas.



### **3 OBJETIVO**

Analisar os discursos sobre a assistência ao parto na perspectiva de mulheres/puérperas e profissionais de saúde de uma rede pública, considerando as interações vivenciadas durante o trabalho de parto e parto.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 A pesquisa qualitativa: opção epistemológica e metodológica**

Este estudo é de abordagem qualitativa. Para o delineamento da problemática a ser investigada, utilizou-se como método de pesquisa a análise do discurso na perspectiva de Foucault.

A escolha do método qualitativo deve-se à complexidade da situação estudada e à natureza do problema de pesquisa. Esse caminho metodológico possibilita analisar situações que consideram a subjetividade, a complexidade e o dinamismo do fenômeno. A pesquisa qualitativa dá importância à intencionalidade do pesquisador. E enfatiza a continuidade, diversidade e a relativa indeterminação da experiência humana diante da complexidade do mundo social (LAPERRIÈRE, 2012).

A abordagem metodológica utilizada foi a análise do discurso, considerando que neste estudo a questão fundamental é analisar o discurso construído na relação entre o profissional de saúde e a mulher na assistência ao parto. Nessa interação discursiva pode haver momentos em que o discurso da mulher contrapõe-se ao discurso do profissional de saúde ou a tentativa por parte dos participantes de se apropriarem da lógica interna do discurso dominante no campo da saúde.

Acredita-se que nessa relação complexa do sujeito com o mundo e com os outros, todas as nossas experiências são significativas (MAGALHÃES, 2010). Os discursos, além de representarem o mundo concreto, também são capazes de evocar possibilidades diferentes da realidade. Eles permitem modos de representar que podem mudar o mundo, dando sentido às nossas experiências por meio da linguagem e mais precisamente do discurso (MAIA, 2013).

Nessa perspectiva, o que se entende por discursos são formas de representação. O texto só adquire expressão e sentido quando entra na corrente das interações sociais. A linguagem é um fenômeno social a partir do qual se organiza a expressão do sujeito e se constrói os

sentidos. O discurso diz respeito aos enunciados, conceitos e as falas escritas realmente produzidas (FIGARO *et al.*, 2012).

A análise do discurso compreende a análise da prática discursiva, do texto e da prática social. A análise nesta abordagem metodológica se dá a partir da percepção de um problema que comumente se apoia em relações de poder, na distribuição desigual de recursos materiais e simbólicos e na universalização de discursos particulares, pelo fato dessa teoria se caracterizar por uma essência crítica (RESENDE; RAMALHO, 2006)

Compreende-se que discurso é socialmente constitutivo. A linguagem é posicionada na prática social, sendo o discurso um momento desta prática que se depara com outros momentos, como o discursivo e o não discursivo. Foucault revela a ligação entre o discurso, o desejo e o poder. E enfatiza que nessa imbricada relação nem tudo pode ser dito, depende das circunstâncias e de quem diz, há aqueles que podem e aqueles que não podem falar (FOUCAULT; PÊCHEUX *apud* GREGOLIN, 2007).

Nesse processo, o sujeito se vê imerso na ordem arriscada do discurso, tendo que se haver com normas categóricas e decisivas das instituições sociais e políticas, as quais se contrapõem ao seu desejo. Esse discurso articulado não é o mesmo que se pensa fazer. Em outras palavras, falamos não o que é do nosso desejo, mas o que julgamos necessário, para dar continuidade ao discurso e criamos regras individuais para que ninguém se aproprie do que é nosso. Na verdade, o discurso não deveria ser o que manifesta ou oculta o desejo, mas sim o objeto do desejo (FOUCAULT, 2009).

Nos cenários das instituições hospitalares, onde a experiência do parto acontece, estratégias, procedimentos e condutas de rotina, como a cesárea eletiva, a manobra de Kristeller, a credeização<sup>21</sup> do recém-nascido, entre outras, podem constituir práticas de controle sobre indivíduos e coletivos.

O discurso contribui para a constituição de todas as dimensões da estrutura social que o moldam e o restringem, sendo uma prática não apenas de representação do mundo, mas

---

E uma manobra obstétrica que consiste na aplicação de pressão no fundo do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê. A credeização é aplicar uma gota de nitrato de prata a 1% no olho do RN, com o objetivo de prevenir a oftalmia gonocócica (conjuntivite), que pode ser transmitida pela mãe durante o parto, caso ela esteja infectada.

também de significação do mundo, constituindo e construindo o mundo em significado (FOUCAULT, 2005). Sendo assim, a análise dos enunciados deve ir além da exegese textual, incluindo as condições socioinstitucionais da sua produção (FERREIRA NETO *et al.*, 2009).

Ao expressar nossos sentimentos, nossas relações com os outros, podemos apresentar diferentes discursos. As palavras não são neutras, mas repletas da visão de mundo, ou seja, trazemos em nossas palavras ecos das palavras dos outros (BAKTHIN, 2005). Discursos divergentes podem utilizar uma mesma palavra. Por esse motivo, o processo de análise do discurso prioriza o significado e o sentido das palavras, as metáforas e as analogias (MAIA, 2013).

O discurso é algo mais que a fala, algo mais que um conjunto de enunciados. O discurso é uma prática, e como no caso de qualquer outra prática social é possível definir as condições de sua produção. O enfoque discursivo de Michel Foucault traz elementos da prática discursiva como: o discurso, o poder, as relações poder/saber e a produção da subjetividade (FOUCAULT, 2005).

Para o autor, é na dispersão de textos que se constitui um discurso; na relação com as formações discursivas, com as suas diferenças que se constrói a historicidade do texto. O sentido sempre pode ser outro. O sujeito, com suas intenções e objetivos, não tem o controle daquilo que está dizendo.

O ato de argumentar é um processo que envolve o lugar de onde se fala, que é o *logos*. A imagem que esse orador faz dos seus interlocutores refere-se ao *pathos* e a sua própria imagem compreende o *ethos* (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2014). Entende-se, assim, que a imagem e os sentimentos, que o sujeito transparece e revela de si no discurso exerce importante papel no êxito das discussões e pontos de vista em processos interacionais, como na relação profissional de saúde-parturiente no momento do parto.

Charaudeau define três competências que fundamentam o direito à fala: o reconhecimento do saber, do poder e do saber fazer. Inicialmente, o sujeito comunicante precisa demonstrar que seu discurso refere-se, com propriedade, a um conjunto de significados aceitos e reconhecidos pelo sujeito destinatário e pela comunidade da qual faz parte ou em que está

inserido, para que em seguida o sentido do seu discurso possa ser compreendido e avaliado, sendo o locutor capaz de conquistar a credibilidade do outro (PAULIUKONIS; GOUVÊA, 2012).

Os discursos são concretizados em gêneros e inculcados em estilos, ações, identidades e representações. No processo de análise o pesquisador irá identificar diferentes modos de agir, modos de representar e modos de ser dos sujeitos. Analisam-se três tipos de significado: o significado acional, que corresponde a gêneros e modos de agir; o significado representacional, que diz respeito ao modo de representação dos aspectos do mundo e o significado identificacional, que irá identificar os diferentes estilos e modos de ser (PAULA; OTTONI, 2010).

As principais categorias de análise textual na análise do discurso são a intertextualidade - que compreende a relação entre elementos explícitos do texto -, a interdiscursividade - para a relação entre os discursos - e a representação identitária -, que é caracterizada como uma categoria sociossemântica (MAGALHÃES, 2010).

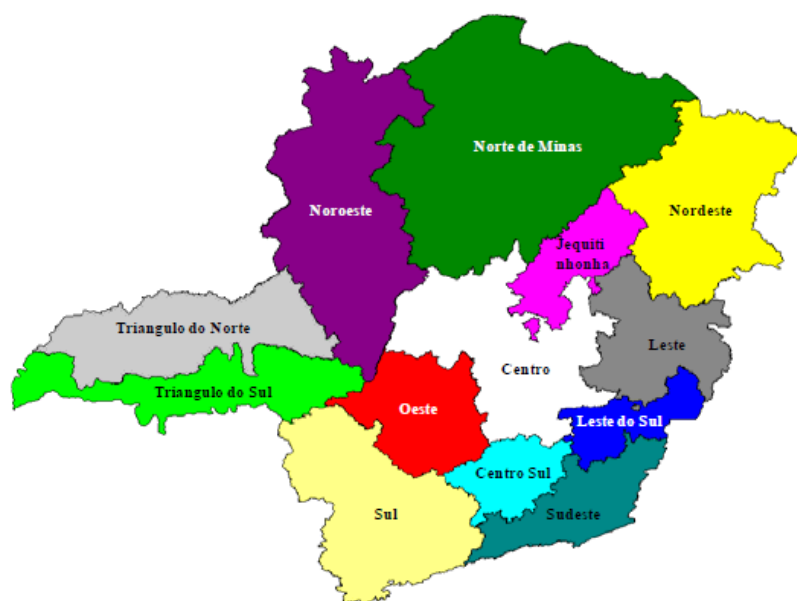
A intertextualidade é uma categoria de análise complexa e produtiva, pode ser definida como uma combinação de vozes, considerando que para relatar um discurso direto é preciso parafrasear, resumir e ecoar em discurso indireto; um texto articula diversas vozes. Pode-se ter diferentes discursos em um mesmo texto, essas representações heterogêneas articuladas no texto caracterizam a segunda categoria de análise denominada de interdiscursividade. Por último, o significado identificacional e estilo, que se refere à construção simbólica de identidade que, assim como a diferença, está sujeita a relações de poder e luta por redefinição (RESENDE; RAMALHO, 2006).

Considera-se o método de análise do discurso coerente e coeso para este estudo na medida em que irá analisar os discursos dos profissionais de saúde e das mulheres sobre a assistência ao parto a partir de uma visão crítica dos enunciados em relação ao cuidado oferecido à mulher durante o trabalho de parto e o parto.

## **4.2 O cenário de estudo**

A região de saúde ampliada de Divinópolis é uma das microrregiões do estado de Minas Gerais, pertencente à mesorregião centro-oeste de Minas. Sua população foi estimada em 2006 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 449.710 habitantes e está dividida em 11 municípios. Possui uma área total de 5.090.728 km<sup>2</sup>. Os principais municípios da microrregião são Itaúna, Nova Serrana e Divinópolis.

FIGURA 1 - Macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais



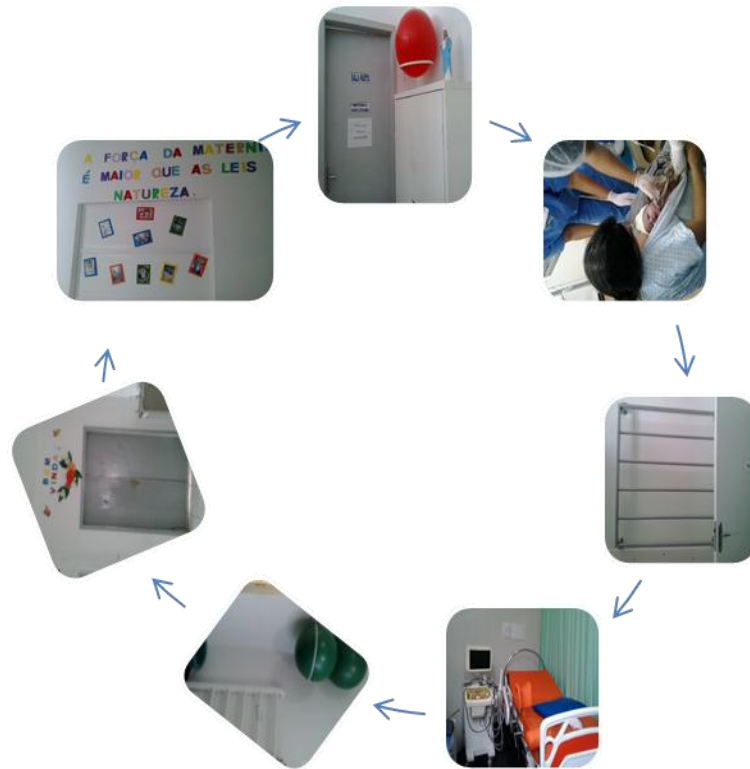
Fonte: Malachias, Leles e Pinto (2011).

FIGURA 2 - Municípios da mesorregião centro/oeste



Fonte: Malachias, Leles e Pinto (2011).

FIGURA 3 - Cenários de investigação



Fonte: diário de campo da pesquisadora.

Buscando a diversidade, ao analisar a assistência ao parto na perspectiva das mulheres e dos profissionais de saúde, definiram-se como cenários de investigação maternidades de pequenos municípios, cuja média de partos/ mês é em torno de 45 a 85 partos.

Escolheram-se as maternidades de municípios da macrorregião oeste de Minas, considerando que pesquisas dessa amplitude habitualmente são desenvolvidas nos grandes centros. Pouco se sabe sobre a assistência ao parto em instituições hospitalares de médio e de pequeno porte. Foram cenários de investigação sete maternidades públicas dos respectivos municípios da macrorregião oeste de Minas Gerais (Divinópolis, Itaúna, Bom Despacho, Formiga, Pará de Minas, Nova Serrana e Santo Antônio do Monte), conforme descrito no QUADRO 1:

QUADRO 1 – Maternidades dos municípios da região ampliada de Divinópolis

<b>Maternidades</b>	<b>Nº de Partos/Mês</b>
Santa Casa de Caridade de Formiga	65 partos
Maternidade da Santa Casa de Bom Despacho	60 partos
Maternidade do Hospital São José - Nova Serrana	95 partos
Maternidade do Hospital São João de Deus- Divinópolis	250 partos
Maternidade Nossa Senhora da Conceição -Pará de Minas	65 partos
Santa Casa de Misericórdia - Santo Antônio do Monte	40 partos
Maternidade do Hospital Manoel Gonçalves - Itaúna	60 partos

Fonte: diário de campo da pesquisadora.

Entre as maternidades escolhidas como cenários de investigação, a do município de Divinópolis pode ser considerada de porte médio e é referência para partos de alto risco para toda a macrorregião oeste do estado. Atende a um número de partos/ mês em torno de 250 e à demanda de outros municípios vizinhos que não possuem maternidade, como Carmo do Cajuru, São Sebastião do Oeste, São Gonçalo do Pará, entre outros.

Convém mencionar que as maternidades investigadas ainda não possuem uma política institucional para lidarem com as novas exigências da Agência Nacional de Saúde (ANS) e do Ministério da Saúde (MS). No município de Divinópolis, que é referência para outros municípios, a taxa de cesárea é de 67,3%, ultrapassando a média estadual e do país. As equipes de trabalho desses hospitais contam com reduzido quadro de funcionários. Dessas maternidades, cinco possuem apenas uma enfermeira obstetra, que fica responsável pela coordenação e assistência no pré-parto, unidade neonatal e Pediatria. A maternidade do Hospital São João de Deus conta na equipe de trabalho com uma enfermeira obstetra ou supervisora por plantão, a qual presta assistência no pré-parto, alojamento conjunto e unidade neonatal .

Em uma das maternidades não tem enfermeira obstetra, os cuidados ficam sob a supervisão de uma enfermeira que gerencia e presta assistência em outras unidades da instituição hospitalar. Ainda é prática comum nas maternidades de alguns desses pequenos municípios o médico obstetra e o anestesista ficarem de sobreaviso durante o plantão de 24 horas. Quando a paciente chega eles são chamados.

Nenhuma das maternidades cenários desta pesquisa possui um protocolo específico de atuação do enfermeiro obstetra no pré-parto, na sala de parto e no alojamento conjunto. Não contam com programas como cuidado-canguru e doulas voluntárias. A grande maioria



dos partos ocorre na posição de litotomia (na mesa ginecológica tradicional) e apenas um dos sete municípios possui um posto de coleta para leite humano.

### **4.3 Aspectos éticos**

Previamente à inserção no cenário, o trabalho foi autorizado pelas comissões de ética interna das sete maternidades escolhidas como cenários de investigação. Para solicitar autorização das maternidades, foi entregue pessoalmente uma cópia do projeto e uma carta de apresentação juntamente com o termo de anuência, que foi posteriormente assinado pelos diretores de cada instituição participante. Nas cartas de anuência foi solicitada permissão para utilizar o nome dos hospitais.

Depois da autorização dos diretores das maternidades, o projeto foi apreciado pelo Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG e então encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, obtendo autorização para ser desenvolvido conforme Parecer número 791.265 CAAE: 3252471420000.5149.

O trabalho de campo teve início após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG e sua construção foi feita atendendo às exigências das resoluções 196/96 e pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Anexo-A O sigilo, o anonimato, o consentimento livre e esclarecido e o uso do material exclusivamente para fins científicos foram garantidos, bem como todas as exigências previstas na resolução.

### **4.4 Participantes do estudo**

Um número mínimo de participantes da pesquisa foi determinado *a priori* por cenário, ou seja, um de cada categoria de profissionais envolvidos com o parto.

A seleção dos profissionais de saúde para a coleta de dados foi realizada aplicando-se os seguintes critérios de inclusão: estar inserido no quadro de funcionários da maternidade

pública e prestar assistência direta à mulher em trabalho de parto e parto; ser enfermeiro obstetra e médico obstetra.

Os critérios de inclusão em relação às mulheres estabelecidos foram: ter sido parturiente em uma das maternidades cenários deste estudo; ter tido parto normal ou cirurgia; com permanência de no mínimo seis horas; estar no puerpério e ter idade entre 15 e 45 anos.

Assim, foram participantes deste estudo 36 mulheres de diferentes municípios e 24 profissionais de saúde que integram o quadro de funcionários das respectivas instituições escolhidas como cenários desta pesquisa. Destes, 10 eram enfermeiros obstetras e 14 eram médicos obstetras. O contato com os participantes foi feito na própria instituição de acordo com a disponibilidade de tempo e o desejo de contribuir de forma voluntária com a pesquisa.

Por se tratar de um estudo qualitativo, não foi intenção preocupar-se com a quantificação dos participantes, mas com a sua representatividade, *a priori*. A amostragem final foi feita por saturação teórica, quando se percebeu que não havia mais acréscimo nas informações obtidas. Priorizou-se, entretanto, pelo menos um profissional médico e um enfermeiro de cada cenário.

#### **4.5 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados**

Para apreensão da complexa realidade a ser investigada, a pesquisa de campo foi dividida em duas fases: exploratória e compreensiva. A primeira fase compreendeu a imersão no campo e a observação da relação profissional de saúde/mulher durante a assistência no pré-parto e na sala de parto. A segunda fase constituiu-se de entrevista a partir de um roteiro norteador, procurando dar ênfase à interação discursiva estabelecida entre os profissionais de saúde e as mulheres.

A observação como procedimento de pesquisa implica o pesquisador observar pessoalmente e de maneira prolongada situações e comportamentos pelos quais se interessa, sem reduzir-se a conhecê-los somente por meio das categorias utilizadas por

quem vive essas situações. Pode ser considerada um requisito essencial do trabalho de campo (JACCOUND; MAYER, 2012).

A observação e as entrevistas foram iniciadas no mês de setembro de 2014, começando pela maternidade do município de Divinópolis, por ser uma instituição de referência, devido à proximidade e por ser o município de residência desta pesquisadora. Na sequência e simultaneamente foi dada continuidade à coleta de dados, primeiro nos municípios mais distantes. A distância média dos outros municípios de Divinópolis varia entre 35 e 90 km. Os dias eram escolhidos alternados para coletar dados para não coincidir com o plantão da mesma equipe e especificamente do mesmo médico obstetra, considerando que em alguns municípios a enfermeira obstetra era única.

A fase de observação foi fundamental para possibilitar a aproximação com o fluxo de atendimento à mulher em trabalho de parto e parto e ao recém-nascido nas maternidades escolhidas como cenário de investigação deste trabalho.

Entre os métodos de coleta de dados, a observação revela-se como um procedimento privilegiado de contato com a realidade, uma vez que é observando que se situa, orienta os deslocamentos e compreende a realidade no qual se está imergindo (SILVA *et al.*, 2013).

Ao empregar como forma de coleta a observação e a entrevista individual, a intenção foi registrar de maneira não invasiva as conversas informais, as observações dos comportamentos durante as falas e as impressões como pesquisadora durante a imersão nos cenários de investigação.

O diário de campo como um instrumento de coleta em pesquisa qualitativa tem como finalidade não apenas o registro das estratégias metodológicas empregadas na condução do processo de investigação, mas também possibilita compreender o objeto de estudo e suas múltiplas dimensões e inter-relações (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Durante a observação, procurou-se dar ênfase à interação discursiva estabelecida entre o profissional de saúde e a mulher durante o trabalho de parto e o parto. Os registros no diário de campo eram realizados diariamente, com as notas de observação e reflexão da pesquisadora.

Para sistematizar o registro no diário de campo, foi feito um quadro com três colunas onde se registrava o discurso dos participantes (mulher, enfermeira obstetra e médico obstetra), procurando ressaltar o que era mais enfático na fala de cada um dos interlocutores presentes na sala de parto. Nas notas de observação e de reflexão foram descritos os comportamentos observados, as conversas informais e as impressões como pesquisadora. Os registros no diário de campo totalizaram 32 páginas digitadas.

As entrevistas individuais foram sistematizadas de forma distinta da observação e foram fundamentadas por um roteiro básico de perguntas para as usuárias e os profissionais de saúde (médicos e enfermeiras obstetras) com as seguintes perguntas para os profissionais: Apêndice- D 1- Gostaria que você se apresentasse, quem é você? 2- O que significa para você ser médico ou enfermeiro obstetra? 3- Descreva como você percebe a relação entre você e as usuárias durante o trabalho de parto (TP) e o parto? 4- Como você vê a assistência prestada às mulheres pelos profissionais de saúde? 5- Descreva uma situação positiva vivenciada na sala de parto entre você e a usuária. 5- Você pode contar uma situação positiva vivenciada na sala de parto? 6- Você pode contar uma situação negativa vivenciada na sala de parto que envolva você e a usuária? 7- Quais os critérios que você utiliza para definir qual será o tipo de parto e nascimento?

Com a pretensão de contrapor o discurso das mulheres com o discurso dos profissionais, foram elaboradas perguntas específicas para as usuárias: Apêndice E 1- Relate como foi para você o nascimento do seu filho. 2- Conte como foi pra você ser atendida pelo médico/enfermeiro que assistiu o seu parto. 3- Descreva como vê a relação entre você e o profissional de saúde que lhe prestou cuidados no parto. 4- Conte uma situação vivenciada no seu parto que você gostou. 5- Descreva uma situação vivenciada no seu parto que você não gostou. 6- Descreva um acontecimento, uma coisa que marcou você no seu atendimento. 7- Quem definiu o tipo de parto/nascimento?

Optou-se neste trabalho pela técnica de entrevista com roteiro norteador, por ser um instrumento que possibilita ao pesquisador obter informações contidas no discurso dos atores sociais, guiado por questões amplas e abertas. Essa técnica de coleta de dados caracteriza-se por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala, podendo-se obter dados objetivos e subjetivos (MINAYO, 2010).

Ao escolher a entrevista, considerou-se também que a partir dessa estratégia o entrevistador ou entrevistado podem divergir do roteiro inicial com a finalidade de prosseguir com determinada ideia ou resposta em mais detalhes, o que permite melhor compreensão da realidade estudada (BRITTEN, 2009). Assim, novas questões podem ser acrescentadas pelo entrevistador ou novas informações podem ser referidas pelo entrevistado.

Desenvolvida no período de setembro de 2014 a março de 2015, buscou-se durante o trabalho de campo observar e identificar a organização do atendimento às mulheres/parturientes em trabalho de parto e parto, a partir dos discursos dos profissionais de saúde e das mulheres.

Nesta etapa da pesquisa, foi possível a aproximação com a vivência de mulheres e profissionais de saúde sobre a assistência ao parto. Tanto as mulheres como os profissionais de saúde eram convidados previamente a participar da pesquisa e esclarecidos em relação ao objetivo do trabalho e sobre os princípios éticos, como participação voluntária, sigilo, entre outros.

As entrevistas com os profissionais de saúde ocorreram em horário de trabalho, conforme disponibilidade dos profissionais, nas dependências da maternidade na qual os médicos e enfermeiras trabalhavam e em local que lhes garantia a privacidade. As entrevistas com as mulheres também aconteceram num local privativo da maternidade, próximo do alojamento conjunto e conforme o horário determinado por elas.

As entrevistas foram gravadas em aparelho digital e inicialmente transcritas na íntegra, mantendo-se todos os vícios de linguagem, interrupções, falas do pesquisador e falas dos colaboradores. O segundo passo foi realizar uma leitura dos dados transcritos, o que permitiu um processo de organização dos discursos em narrativas, nas quais foram eliminadas as perguntas e vícios de linguagem.

Na busca de dados em fontes secundárias, durante o trabalho de campo foram solicitados documentos e materiais que sinalizam para a organização do cuidado à gestante em trabalho de parto e parto nessas maternidades. No entanto, os participantes revelaram que os documentos existentes são aqueles disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pelo governo de Estado, como as linhas-guias e os manuais técnicos. Nesse período, alguns

profissionais médicos e enfermeiros relataram cursar os módulos do Programa de Qualificação da Assistência Perinatal oferecido pelo Estado aos profissionais dos hospitais/maternidades pertencentes à rede viva vida.

#### **4.6 Análise dos dados**

Os trabalhos de pesquisa que utilizam a análise de discurso são considerados uma tarefa interdisciplinar sensível às formas particulares de prática social e suas relações com a estrutura social. Nessa modalidade de análise, três itens são considerados essenciais: os dados, a análise e os resultados.

A análise compreendeu um movimento de três etapas: inicialmente, foi realizada a organização, transcrição e disposição dos discursos na íntegra. Esta etapa possibilitou ampla visualização das descobertas em campo. Com a ordenação dos dados foi possível iniciar o processo de leitura vertical que compreende a leitura exaustiva de cada discurso individual para apreensão das ideias centrais. Concluída essa leitura vertical, iniciaram-se as leituras horizontais para determinar as ideias ou significados que se assemelham ou não à organização dos dados em temas comuns, determinando as categorias e subcategorias.

Para garantia de anonimato, os participantes foram identificados de forma alfanumérica, de acordo com a primeira letra da categoria a que pertencem, como exemplo: M para as mulheres. Para discriminar os profissionais de saúde, optou-se por utilizar a abreviatura convencional, ou seja, Méd. para médicos e Enf. para enfermeiros - todos seguidos do número, conforme aproximação para as entrevistas.

No entanto, a etapa de análise deste trabalho constituiu-se em constante exercício de pensar o que é dito e o que não é dito. A imagem e a maneira de se mostrar de mulheres e profissionais de saúde se revelam como um construto social, que é perpassado por inúmeros discursos, que aparecem como verdades e que rotulam determinadas formas de ser e de se sentir mulher e diferentes maneiras de ser e de cuidar como enfermeira obstetra ou médico obstetra.

A ênfase durante a análise foi em considerar o discurso dos participantes da pesquisa como uma forma de significar e dar sentido à experiência vivenciada, incluindo o contexto sócio-

histórico e político no qual essas narrativas estão inseridas. Desse processo analítico foi possível a construção de quatro categorias empíricas.

QUADRO 2 - Categorias empíricas

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>
O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde	A violência obstétrica presenciada no discurso da enfermeira obstetra Hoje tudo é violência obstétrica Aqui a gente não tem voz
O <i>ethos</i> e o <i>pathos</i> na sala de parto	O <i>ethos</i> no discurso de si e o <i>pathos</i> no interdiscurso de mulheres na sala de parto O <i>ethos</i> no discurso de si e o <i>pathos</i> no interdiscurso de enfermeiras obstetras na sala de parto. O <i>ethos</i> no discurso de si e o <i>pathos</i> no interdiscurso de médicos obstetras na sala de parto
A discursividade do parto humanizado	O nosso parto é o clássico. A humanização do parto ainda é um sonho Direito desconhecido ou direito negligenciado
Cada parto é uma história: o processo de escolha da via de parto	A cesárea não é indicada: a gente vai de parto normal A complexidade da escolha da via de parto É preciso legitimar a escolha da mulher.

Fonte: dados da pesquisa.

Assim, as categorias são apresentadas buscando-se revelar os sentidos atribuídos pelos participantes à assistência ao parto. A análise dos dados foi construída considerando-se o referencial teórico metodológico adotado nesta pesquisa e confrontando os achados com literatura que discute a temática. Esse processo permitiu análise aprofundada e contextualizada, configurando um movimento dialético e procurando revelar as determinações e especificidades que se expressam na realidade.

## 5 UMA APROXIMAÇÃO COM AS MULHERES E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DESTE ESTUDO

Ao apresentar as mulheres, é possível uma aproximação com informações socioeconômicas e perfil das mesmas. Informações sobre escolaridade, renda familiar e religiosidade podem ser visualizadas no QUADRO 3.

QUADRO 3 – Características das mulheres participantes da pesquisa

Mulheres	Religião	Idade	Escolaridade	Reside c/ companheiro	Renda familiar em salário mínimo
M 1	Católica	22	Ens. Médio completo	Não	Não sabe informar
M 2	Católica	33	Ens. Fund. incompleto	Sim	1 e ½
M 3	Católica	24	Ens. Médio completo	Sim	2
M 4	Evangélica	22	Ens. Fund. incompleto	Sim	2
M 5	Católica	38	Ens. Fund. incompleto	Sim	Não tem fixa
M6	Evangélica	16	Ens. Fund. incompleto	Sim	Não tem fixa
M 7	Evangélica	35	Ens. Fund. incompleto	Sim	2
M 8	Católica	26	Ens. Fund. incompleto	Sim	1 e ½
M 9	Evangélica	17	Ens. Médio incompleto	Não	2
M 10	Católica	19	Ens. Médio completo	Sim	Não sabe informar
M 11	Católica	31	Ens. Médio incompleto	Não	1 e ½
M 12	Evangélica	18	Ens. Médio completo	Não	3
M 13	Evangélica	27	Ens. Médio incompleto	Sim	3
M 14	Evangélica	22	Ens. Médio incompleto	Sim	2
M 15	Evangélica	22	Ens. Médio completo	Não	2
M 16	Católica	18	Ens. Médio incompleto	Sim	1
M 17	Nenhuma	24	Ens. Médio incompleto	Não	1
M 18	Católica	24	Ens. fund. incompleto	Não	1
M 19	Evangélica	30	Ens. Médio completo	Sim	3
M 20	Evangélica	18	Ens. Médio incompleto	Sim	2
M 21	Católica	33	Ens. Médio completo	Sim	2
M 22	Católica	31	Ens. Médio incompleto	Sim	2
M 23	Evangélica	19	Ens. Médio completo	Sim	Não sabe informar
M 24	Evangélica	16	Ens. Médio incompleto	Sim	2 salários mínimos
M 25	Evangélica	22	Ens. Médio incompleto	Sim	1 e 1/3
M 26	Evangélica	17	Ens. Fund. completo	Sim	1 e ½
M 27	Católica	17	Ens. Méd. incompleto	Sim	1
M 28	Evangélica	24	Ens. Médio completo	Sim	2
M 29	Católica	17	Ens. Médio incompleto	Não	Não sabe informar
M 30	Católica	29	Ens. Médio incompleto	Sim	2
M 31	Católica	29	Ens. Médio completo	Sim	2
M 32	Evangélica	21	Ens. Médio completo	Não	2
M 33	Católica	38	Ens. Fund. incompleto	Sim	2
M 34	Católica	21	Ens. Médio incompleto	Sim	3
M 35	Católica	28	Ensino superior	Sim	5
M 36	Católica	27	Ensino superior	Sim	5

Fonte: dados da pesquisa.



Salienta-se que 10 participantes não completaram o ensino fundamental, 13 não finalizaram o ensino médio, 11 concluíram o ensino médio e duas possuem ensino superior. Em relação à religiosidade, 16 mulheres informaram serem evangélicas, 19 católicas e uma negou pertencer a qualquer seita ou religião.

No que diz respeito à renda familiar, 24 mulheres referiram viver com menos de dois salários mínimos, quatro com renda familiar de até três salários mínimos, apenas duas mulheres informaram renda familiar de até cinco salários mínimos; e seis participantes não souberam informar, por desconhecerem esse dado ou não terem renda fixa.

Estudo correlacionando o grau de instrução com a via de parto encontrou aumento da preferência pelo parto natural nas gestantes do grupo portador de ensino médio incompleto e superior completo (TEODORO; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

A associação positiva entre o grau de escolaridade materna e o parto vaginal sugere que essas mulheres têm melhor nível de compreensão das informações sobre os benefícios dessa via de parto. Em contrapartida, outro estudo descreve a associação entre maior renda familiar e o desejo por cesárea (LORA *et al.*, 2011).

A idade das mulheres/parturientes participantes da pesquisa variou entre 16 e 38 anos, sendo 11 adolescentes entre 16 e 19 anos e 22 parturientes mulheres jovens entre 22 e 33 anos. E três mulheres tinham idade igual ou maior que 35 anos.

Referente ao estado civil, oito informaram que são solteiras, 12 são casadas e 16 estão em união estável.

A distribuição conforme a ocupação ou profissão apresentou maior quantidade de mulheres que trabalham na fabricação de roupas ou calçados, totalizando 14; oito participantes trabalham nas atividades domésticas sem remuneração, sete estão desempregadas, duas são vendedoras e três trabalham como autônomas.

QUADRO 4 – Características das mulheres participantes da pesquisa

Mulheres	Tipo de parto	GPA	Situação Conjugal	Número de filhos	Etnia
M 1	Cesárea	G1P0A0	Solteira	1	B
M 2	Normal	G2P2A0	Casada	2	P
M 3	Normal	G1P1A0	Casada	1	P
M 4	Normal	G1P1A0	Situação estável	1	p
M 5	Normal	G3P3A0	Situação estável	3	P
M6	Normal	G1P1A0	Situação estável	1	P
M 7	Normal	G2 P2 A0	Casada	2	B
M 8	Normal	G5P4A1	Situação amigável	4	B
M 9	Normal <sup>Epsio</sup>	G2P2A0	Situação estável	2	P
M 10	Cesárea	G2P2A0	Situação estável	2	B
M 11	Cesárea	G3P3A0	Solteira	3	N
M 12	Cesárea	G1P1A0	Solteira	1	P
M 13	Cesárea	G1P1A0	Casada	1	B
M 14	Cesárea	G1P1A0	Casada	1	B
M 15	Normal	G1P1A0	Solteira	1	B
M 16	Normal <sup>Epsio</sup>	G2P1A1	Casada	1	P
M 17	Normal <sup>Epsio</sup>	G1P1A0	Solteira	1	B
M 18	Cesárea	G2P1A1	Solteira	1	P
M 19	Normal <sup>Epsio</sup>	G2P1A1	Casada	1	B
M 20	Normal	G1P2A0	Situação amigável	2	P
M 21	Cesárea	G1P1A0	Casada	1	B
M 22	Normal	G3P3A0	Situação estável	3	N
M 23	Normal <sup>Epsio</sup>	G1P1A0	Situação amigável	1	P
M 24	Cesárea	G1P1A1	Situação estável	1	B
M 25	Cesárea	G4P3A1	Situação estável	3	B
M 26	Normal <sup>Epsio</sup>	G1P1A0	Situação estável	1	B
M 27	Normal <sup>Epsio</sup>	G1P1A0	Situação amigável	1	P
M 28	Normal	G1P1A0	Casada	1	P
M 29	Cesárea	G1P1A0	Solteira	1	B
M 30	Normal	G2P2A0	Situação estável	2	B
M 31	Normal <sup>Epsio</sup>	G1P1A0	Situação estável	1	P
M 32	Normal <sup>Epsio</sup>	G1P1A0	Solteira	1	P
M 33	Cesárea	G2P3A0	Casada	3	B
M 34	Normal	G2P2A0	Situação estável	2	P
M 35	Normal	G1P1A0	Casada	1	B
M 36	Normal	G1P1A0	Casada	1	B

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação à via de parto, constata-se que 24 parturientes tiveram partos normais, sendo nove com episiotomia e 12 fizeram operação cesariana. A análise dos resultados permitiu identificar que, para 17 mulheres, quem escolheu a via de parto foi o médico, 18 relataram terem participado da escolha da via de parto e apenas uma mulher delegou a escolha da via de parto à enfermeira.

Todos os profissionais enfermeiros que atendiam aos critérios de inclusão aceitaram participar da pesquisa. Dos 10 enfermeiros que colaboraram com o estudo, nove são do sexo feminino e apenas um é do sexo masculino. Quando questionados sobre o tempo de

formado, eles citam dois a seis anos de experiência profissional, sendo que quatro trabalharam anteriormente como técnicos de enfermagem pelo período entre seis e 18 anos e três fizeram o curso de especialização em Obstetrícia na modalidade de Educação a Distância (EAD).

QUADRO 5 – Dados dos enfermeiros participantes

Enfermeiro	Maternidade	Sexo	Tempo de formado	Vínculo empregatício
Enf – 01	Mat.1	Feminino	4 anos	4 anos como Enf./6 Téc.Enf.
Enf – 02	Mat.2	Feminino	6 anos	18 anos/12Téc Enf.
Enf – 03	Mat.3	Feminino	6 anos	1 ano e 10 meses.
Enf – 04	Mat.4	Feminino	6 anos	4 meses
Enf – 05	Mat.5	Feminino	4 anos	2 anos
Enf – 06	Mat.6	Feminino	2anos	6 meses
Enf – 07	Mat.1	Feminino	6 anos	9 anos
Enf – 08	Mat.1	Feminino	2 anos	3 meses
Enf – 09	Mat.1	Feminino	5 anos	4 anos
Enf – 10	Mat.1	Masculino	5 anos	4 anos

Fonte: dados da pesquisa.

Dos 14 médicos obstetras entrevistados, 11 eram do sexo masculino e cinco do sexo feminino. Todos os obstetras declararam ser especialistas com residência médica e trabalham tanto na rede pública quanto na rede privada. No tocante à experiência profissional, a grande maioria tem experiência profissional na assistência materno-infantil, sete declararam ter entre 20 e 29 anos de formação, cinco têm entre 34 e 37 anos de exercício da Medicina e dois profissionais têm 15 anos de formados.

QUADRO 6 – Dados dos médicos participantes

Participante	Maternidade	Sexo	Tempo de formado	Vínculo empregatício
Med - 01	Mat.2	Feminino	15 anos	10 anos
Med - 02	Mat.3	Masculino	37 anos	5 anos
Med - 03	Mat.2	Masculino	26 anos	24 anos
Med - 04	Mat.2	Feminino	36 anos	36 anos
Med - 05	Mat.4/Mat.3	Masculino	20 anos	10 anos
Med - 06	Mat.5	Masculino	23 anos	21 anos
Med - 07	Mat.4	Masculino	29 anos	14 anos
Med - 08	Mat.6	Masculino	35 anos	2 anos
Med - 09	Mat.1	Masculino	34 anos	30 anos
Med - 10	Mat.1	Feminino	21 anos	11 anos
Med - 11	Mat.1	Feminino	15 anos	4 anos
Med - 12	Mat.1	Masculino	24 Anos	18 anos
Med - 13	Mat.1	Masculino	36 anos	33 anos
Med - 14	Mat.4/Mat.7	Feminino	27 anos	5 anos

Fonte: dados da pesquisa.

### **5.1 Relativizando o olhar da mulher, da parteira e da pesquisadora**

Para realizar a pesquisa de campo, optou-se pela técnica de observação direta como estratégia para contextualizar a assistência ao parto, no cenário de pequenas maternidades de municípios do interior de Minas Gerais. O trabalho de campo durou aproximadamente seis meses, período em que eram feitas simultaneamente as entrevistas e a transcrição e análise das mesmas. Ao direcionar o olhar para a relação profissional de saúde/parturiente durante o período intraparto e o parto, detalhes anteriormente não vistos ou percebidos chamaram a atenção sob outra perspectiva.

As situações de conflito de conhecimentos e práticas ou de interação presenciadas no pré-parto e na sala de parto sempre remetiam a muitas reflexões. Durante o trabalho de campo, surgiu a oportunidade de entrar em contato mais próximo com 10 enfermeiras obstetras e 14 médicos. Em conversas informais com esses profissionais, constatou-se o quanto é diferente ser enfermeiro obstetra em maternidades do interior se comparado a grandes centros. Os desafios são bem maiores, considerando os reflexos da cultura institucional predominante nessas instituições, ainda muito centradas no modelo médico hegemônico.

No pré-parto, o tempo, a voz, as atitudes, o silêncio e os gritos permeiam a relação entre o obstetra e a parturiente e parece produzir uma ansiedade muito grande na mulher. Por várias vezes ela pergunta “tá acabando?”. Um momento que deveria ser prazeroso se prolonga e parece não ter mais fim. É nítida a dificuldade de comunicação entre a mulher e o obstetra. Irado, o médico afirma que ela não está ajudando e ele que está fazendo tudo sozinho. As palavras do médico são agressivas, ele diz: “Não, não está acabando, você está me atrapalhando, eu já ganhei neném sozinho... Você não me ajudou em nada!” (NO 09/10/14).

Antes mesmo de iniciar a pesquisa como enfermeira obstetra, já se vislumbravam cenas como essas, partindo-se do pressuposto de que muitos profissionais de saúde não conseguem perceber a necessidade da dimensão humana no cuidado e no controle da dor. O hospital, assim como outras instituições, acaba por reproduzir situações hostis e comuns numa sociedade cada vez mais desumana e desumanizante.

As palavras agressivas representam uma forma de violência que pode ser mais dominadora e opressora que a violência física, pela sutileza com que se escondem no contexto institucional, nas relações sociais e nos significados simbólicos. Podem ter consequências mais duradouras que outras formas de abuso e acontecem com muito mais frequência que as outras formas de violência (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Ao refletir sobre essa problemática no contexto deste trabalho, não se pretende ter uma perspectiva única ou lançar um olhar de compaixão ou vitimizador em relação à mulher, o que tem sido alvo de críticas importantes. Mas enfatiza-se que historicamente há expressiva concentração da violência sobre os corpos femininos e que as ações violentas existem porque as relações assimétricas de poder permeiam a vida rotineira das pessoas e podem ser desencadeadas em contextos e espaços distintos e diversos (BANDEIRA, 2014) como aqui presenciado na sala de parto.

Outra cena observada no pré-parto que muito nos sensibilizou e levantou várias questões que se encontram problematizadas neste trabalho foi quando o médico entra no pré-parto e olhando para a parturiente fala: “por que está cara de coitada?”

A mulher na fase ativa do trabalho de parto com contrações fortes expressa o desejo de fazer uma cesárea, manifestação comum da mulher em trabalho de parto e sentindo dor. O obstetra demonstra-se intolerante e mudando o tom de voz diz:

Isso é uma chantagem barata que você está fazendo... eu não faço cesárea por dinheiro. Eu faço cesárea por necessidade, você já é uma mulher madura. Já teve dois filhos, viu as outras mulheres parindo, aqui hoje de manhã, sentindo dor, viu como é o processo. Eu iniciei a indução, porque você não estava sentindo contrações, deveria ter deixado como estava. Porque agora está ai reclamando [...] do jeito que tá (NO 11/10/14).

Essa situação observada na cena do parto remete ao enunciado de Pechêux sobre o discurso, quando ele afirma que o discurso representa ser um lugar destinado à prática de reprodução e transformação das relações de produção devido às diversas posições assumidas pelo sujeito (GREGOLIN, 2007).

No período intraparto, assim como no parto, a emoção e a razão são os dois lados de uma mesma moeda, representam a dupla dimensão do *ethos*, um lado racional e o outro potencialmente afetivo. Numa perspectiva problemática, essas duas instâncias podem ser

consideradas como o “*ethos* dito” e o “*ethos* mostrado”, de forma dinâmica e construída na interação discursiva (SILVEIRA, 2014).

Como enfermeira obstetra, em muitas situações presenciadas durante o trabalho de campo percebeu-se a necessidade de paciência por parte da equipe, de deixar que o processo se desencadeasse por si. Sabe-se que no parto, em alguns momentos, não há o que ser feito, tudo tem seu tempo de acontecer. Tudo parecia simples, era preciso esperar o corpo modificar-se aos poucos, no seu próprio ritmo, até chegar às condições necessárias para o nascimento.

Essa suposição foi reafirmada ao presenciar, em uma das maternidades investigadas, uma situação na sala de parto causadora de acentuada inquietação. A parturiente já estava na fase de transição do primeiro período clínico do parto. Ela era espontânea, alegre e, mediante o pedido do obstetra para que fizesse força, perguntou: “quantos km de força eu tenho que fazer?” E no momento da contração ela gritou: “[...] eu não aguento mais!”. E em seguida deu um grito longo [...] (NO).

O médico respondeu de forma irônica:

Você grita, espanta todo mundo, o bebê assusta e volta lá pra dentro! Se você gritar de novo eu vou sair correndo!  
 [...]
   
 Me dá a xilocaína, que eu vou fazer uma episiotomia para ajudar, força que tá nascendo! (NO 10/12/14)

Minutos depois o obstetra solicitou à técnica de enfermagem uma forcinha: “Vou precisar de você, de uma forcinha aqui!” Já familiarizada com a terminologia usual no discurso da sala de parto, a técnica de enfermagem se posicionou para realizar a manobra de Kristeller, subindo em um banquinho.

A parturiente, com receio, diz à técnica de enfermagem: “Cuidado pra não me machucar”. Antes de iniciar a manobra, a técnica de enfermagem se dá conta de que o parto está sendo filmado e exclama: “Agora não pode filmar, eu fazendo força!” (NO10/12/14).

Essa cena ilustra bem o que é evidenciado no inquérito nacional de parto, que revela que entre as práticas sabidamente prejudiciais no momento parto a manobra de Kristeller, a

episiotomia e a posição de litotomia (posição deitada de costas e com as pernas levantadas) ainda são práticas comuns na grande maioria das maternidades (LEAL *et al.*, 2014).

A atitude da técnica de enfermagem demonstra que ela reconhece a manobra de Kristeller como um procedimento que pode ser danoso. Tanto reconhece que ela verbaliza o receio do registro por meio da filmagem e da interpretação que a acompanhante possa vir a ter da cena presenciada.

Outra triste realidade confirmada a partir do trabalho de campo é que a sala de parto não é considerada lugar para o acompanhante nos cenários investigados. Os profissionais de saúde utilizam vários argumentos para justificar a não permissão da entrada do acompanhante. Alegam que os acompanhantes não estão familiarizados com o ambiente, que não sabem como se comportar, podem interpretar de maneira errada o atendimento à parturiente e ao RN e que a infraestrutura é inadequada e não tem roupa disponível para o acompanhante.

Em conversas informais com as enfermeiras, elas falam dessa dificuldade do acompanhante em ter acesso à sala de parto:

Hoje o pai do convênio ainda consegue entrar, mas o pai do SUS ainda encontra muita resistência.(NO 03/11/2014).

Eu tenho a maior dificuldade de colocar o acompanhante na sala de parto, parece até que a gente está fazendo um favor e depois se a gente insiste a violência se volta contra mim (NO 28/10/14).

O discurso identifica que o poder do profissional médico é cerceador da presença do acompanhante. Assim, a publicação da Lei nº 11.108, em 2005, não assegurou esse direito para todas as mulheres. Dados do inquérito nacional de parto evidenciaram que apenas 18,8% das mulheres tiveram acompanhante em todos os momentos da internação (LEAL *et al.*, 2014). Também revela as dificuldades das enfermeiras em relação a cultura institucional, que obstaculiza, cerceia os direitos das mulheres.

Embora o trabalho de campo tenha sido centrado na observação da interação discursiva estabelecida entre o profissional de saúde e a parturiente durante o período intraparto e o parto, a aproximação com os cenários de investigação possibilitou observações dos espaços

físicos e do cuidado propriamente dito, o que permite fazer algumas considerações em relação à infraestrutura.

A estrutura física das maternidades possibilita adequações, sendo que algumas já foram feitas, como: a individualização dos leitos do pré-parto com biombos ou cortinas e aquisição de tecnologia leve/dura para o desenvolvimento de métodos não farmacológicas de alívio da dor. No entanto, durante o período de imersão no campo, observou-se que algumas maternidades, apesar de possuírem recursos como a bola Bobath, a escala de Ling ou cama de parto com arco, esses recursos ainda são subutilizados, predominando o parto na mesa de parto e na posição de litotomia.

A dificuldade em utilizar instrumentos como o partograma e o plano de parto mostrou-se um desafio em todos os cenários em análise. Constatou-se que a utilização do partograma, como um instrumento de registro da progressão do parto e prevenção do trabalho de parto prolongado, ainda é incipiente pelos profissionais de saúde inseridos nas maternidades cenários de investigação deste trabalho. É também reduzido o número de mulheres que foram referenciadas para a maternidade com o plano de parto anexado ao cartão de pré-natal. A grande maioria das mulheres desconhece esse instrumento.

As maternidades investigadas enfrentaram períodos de crise. Durante o trabalho de campo houve paralisação das atividades em uma das maternidades, denúncias ao Ministério Público, mudanças na estrutura de pessoa física das instituições, demissões e atraso de pagamento. Durante conversas informais com os profissionais, eles mencionam essas dificuldades:

Alguns médicos estão com o salário atrasado e isso tem repercutido na população de tal maneira que com frequência as usuárias ligam na maternidade para verificar se há pediatra e obstetra de plantão (NO 30/10/14).

O hospital aqui só não fechou as portas ainda graças a duas pessoas. Qualquer problema que se tem o que eu mais ouvi nestes últimos quatro anos é fechar a maternidade, e por insistência minha e do Dr..... a gente não tem deixado isso acontecer [...] (NO 24/11/14).

O subfinanciamento e a má-gestão dos recursos têm sido os principais geradores de problemas que estão superlotando os hospitais regionais e os pronto-atendimentos, dificultando o acesso aos serviços de saúde para usuários do Sistema Único de Saúde



(SUS). Tem reduzido o número de unidades de saúde de pequeno e médio porte para atender à demanda nas pequenas cidades da região, onde a maioria dos municípios ainda não possui gestão plena. Torna-se necessário fortalecer o diálogo regional e avaliar as peculiaridades de cada município para se ter um sistema público mais eficiente e resolutivo.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa apresentados na forma de artigos científicos retratam um panorama da assistência ao parto, constituído a partir do discurso das mulheres e dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros obstetras). Além da análise das entrevistas desses participantes, os artigos evidenciam o contexto de assistência à mulher no momento parturitivo e sinalizam os movimentos e possibilidades de mudanças no modelo assistencial de mulheres e seus bebês predominante nas maternidades de pequeno porte cenários desta investigação.

O primeiro artigo, intitulado “**O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde**”, aborda a violência obstétrica na perspectiva de profissionais de saúde e de mulheres. Identifica a necessidade de rever o conceito de violência obstétrica e todas as suas nuances e sugere estratégias de enfrentamento das situações de conflito e violência no parto, como: a prevenção quaternária, a inserção de outros profissionais como o médico generalista e a enfermeira obstetra no cuidado materno-infantil e na defesa dos direitos das mulheres. Esse artigo foi aceito para publicação na Revista Texto & Contexto Enfermagem em volume e número a serem definidos posteriormente.

O segundo artigo, intitulado “**O *ethos* e o *pathos* na sala de parto**”, analisa o *ethos* (discurso de si) e o *pathos* (interdiscurso), termos emprestados da retórica de Aristóteles no discurso das mulheres e dos profissionais de saúde. O intuito foi caracterizar sua constituição e o tom presente nos diferentes discursos sobre a assistência ao parto, com ênfase à maneira de se mostrar e de dizer desses sujeitos discursivos na cena do parto. Esse manuscrito foi submetido para avaliação na Revista Gaúcha de Enfermagem.

O terceiro artigo resultado deste trabalho, “**A discursividade do parto humanizado**”, busca analisar o discurso sobre a humanização do parto na perspectiva de mulheres e de profissionais de saúde e os diferentes sentidos que essa diretriz pode constituir ou desconstituir, dependendo do contexto no qual está inserido, dos atores sociais envolvidos e do momento político que permeia a prática do cuidado ao parto e nascimento. Esse artigo foi

encaminhado para a Revista Latino-Americana de Enfermagem e encontra-se em processo de avaliação.

O quarto artigo apresentado, “**Cada parto é uma história: O processo de escolha da via de parto**”, objetiva analisar os discursos sobre a escolha da via de parto na perspectiva de mulheres e profissionais de saúde de uma rede pública. Procura contextualizar esse processo de escolha, considerando os diferentes argumentos utilizados para justificar a opção por determinada via de parto e os fatores envolvidos. E propõe possíveis estratégias para promover mudanças no atual modelo de assistência ao parto em que a cesárea tornou-se a regra. Esse artigo foi submetido para avaliação no periódico da Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN).

## **6.1 ARTIGO - O DISCURSO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA VOZ DAS MULHERES E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

### **Resumo**

**Objetivo:** analisar os discursos de mulheres e profissionais de saúde sobre a assistência ao parto, considerando as situações vivenciadas e as interações construídas entre eles durante o trabalho de parto e parto. **Método:** trata-se de estudo interpretativo, com abordagem qualitativa. Utilizou-se a análise de discurso como método de pesquisa. Os cenários de investigação foram sete maternidades pertencentes à rede pública da região centro-oeste de Minas Gerais. Foram realizadas entrevistas com 36 parturientes, 10 enfermeiros obstetras e 14 médicos obstetras. Os dados coletados foram submetidos à análise de discurso. **Resultados:** os dados estão organizados em três categorias: a) a violência obstétrica presenciada no discurso da enfermeira obstetra - que discute que, mesmo reconhecendo a existência desta, fala da dificuldade de garantir os direitos das parturientes na cena do parto; b) hoje tudo é violência obstétrica: mostra a negação da existência desse fenômeno na relação profissional - paciente; c) aqui a gente não tem voz: há violência obstétrica, porém existe certo consentimento por parte das mulheres que, na hora do nascimento, esquecem a forma da assistência recebida. **Conclusão:** concluiu-se que o tratamento hostil constitui um dos obstáculos à humanização da assistência ao parto, interferindo na escolha da via de parto, sendo necessário rever o conceito de violência obstétrica, considerando todas as suas especificidades e nuances.

**Descritores:** Assistência ao parto. Saúde da mulher. Violência contra a mulher. Humanização do parto. Discurso. Pesquisa qualitativa. Enfermagem obstétrica. Nascimento.

## INTRODUÇÃO

A cena do parto, até o início do século passado, era essencialmente feminina, a assistência à mulher e ao recém-nascido era exercida pelas mãos experientes das parteiras, na privacidade do espaço domiciliar e na presença de pessoas conhecidas e de confiança da parturiente. Nos anos 40, a partir da Segunda Guerra Mundial, cresceu a tendência à institucionalização do parto e, no final do século, 90% dos partos passaram a ser realizados em hospitais.<sup>1</sup>

A realização do parto no ambiente hospitalar associada à disponibilidade tecnológica no cuidado à saúde contribuiu para a organização da assistência como uma linha de produção, acentuando a medicalização do parto, cuja capacidade de escolha passa a ser de responsabilidade exclusiva do médico, a despeito do desejo das mulheres, que perdem a sua privacidade e autonomia.<sup>2</sup>

Esse fenômeno é observado em outros países, como na Espanha, onde um em cada quatro partos (24,9%) realiza-se por meio de cesariana.<sup>3</sup> Em estudo italiano na *Provincia Reggio Emilia* observou-se que as mulheres que tiveram seus partos acompanhados em centros privados, foram submetidas a maior número de medicalização na condução do parto, o que não implicou melhores resultados perinatais.<sup>4</sup> Pesquisa em maternidades sul-africanas revelou que a assistência desumana e exploradora é mais prevalente em maternidades públicas, de países em desenvolvimento.<sup>5</sup>

No Brasil, vive-se hoje o que se pode denominar de paradoxo perinatal: ao mesmo tempo em que há melhoras significativas na ampliação do acesso das mulheres aos serviços de saúde e à disponibilização de tecnologias para diagnóstico, há intensa medicalização do parto e do nascimento, com a manutenção de taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal. Isso sinaliza a baixa qualidade da atenção ao pré-natal e ao parto. A taxa de 53,7% de cesarianas no Brasil é um dos exemplos mais enfáticos dessa realidade.<sup>6</sup>

Sabe-se que reduzir o número de cesáreas e de outras intervenções desnecessárias na assistência ao parto é tarefa complexa e que está além do espectro da saúde. Envolve questões de igualdade de sexo, de acesso à renda e à educação.

Ao inserir nesse contexto, a partir da década de 90 do século XX, intensificam-se vários movimentos contrários à medicalização da gravidez, liderados por mulheres e ativistas. Cresceu o número de *blogs* e ONGs em defesa do parto normal e das casas de parto. O Ministério da Saúde intensificou as ações, na tentativa de rediscutir esse modelo

de assistência e garantir o acesso às práticas de saúde, baseadas em evidências científicas e no reconhecimento da autonomia das gestantes em todo o processo gravídico/puerperal.<sup>7</sup>

Entretanto, apesar de todo esse movimento, verifica-se que muitos obstáculos dificultam os avanços na assistência ao parto, como: a manutenção da medicalização do parto, o uso abusivo de tecnologias, o financiamento insuficiente, a deficiente regulação do sistema, a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, a permanência de taxas elevadas de morbimortalidades materna e perinatal e a indiferença a tratamentos hostis contra as mulheres em hospitais públicos e privados de todo o país.<sup>8</sup>

De acordo com a pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços público e privado”, uma em cada quatro mulheres sofre alguma forma de violência durante o parto. As situações de violência mais comumente descritas são gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento das gestantes, falta de analgesia e até negligência.<sup>9</sup>

Paralelamente, cresceu o número de denúncias feitas ao Ministério Público Federal, que optou por instaurar inquérito civil público para apurar os casos de desrespeito e violência no momento do parto.

No campo da saúde, intensificaram-se as discussões sobre as intervenções desnecessárias na assistência ao parto, o que acaba por emergir o conceito de violência obstétrica, entendido como qualquer ato ou intervenção desnecessária dirigida à parturiente ou ao neonato, praticada sem o consentimento da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física ou psicológica, indo contra os seus sentimentos, desejos e opções.<sup>10</sup>

Ao refletir sobre essa realidade na atenção à mulher durante o parto e ao considerar que, de um lado, existem as normas e as hierarquias, nem sempre percebidas como ofensivas e violentas, e de outro há as experiências do sujeito, fundadas em suas relações cotidianas que, muitas vezes, contradizem a normatização que lhe é imposta, questiona-se: como o discurso sobre parto e nascimento tem sido estabelecido nas relações dos profissionais de saúde e mulheres/parturientes?

Ao considerar que o fenômeno da violência obstétrica é produto de uma situação complexa e de ambientes que fomentam o discurso agressivo e hostil e colocando em lados opostos as mulheres e os profissionais de saúde, este trabalho tem como objetivo analisar os discursos de mulheres e profissionais de saúde sobre a assistência ao parto, considerando as situações vivenciadas e interações construídas entre eles durante o trabalho de parto e o parto.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo interpretativa, cujo método utilizado foi a análise do discurso segundo a perspectiva de Foucault. Isso porque a questão fundamental consiste em analisar o discurso construído na relação entre o profissional de saúde e a mulher na assistência ao parto.

Ao buscar a diversidade, escolheram-se como cenários de investigação da pesquisa sete maternidades públicas dos municípios da macrorregião centro-oeste de Minas Gerais. A escolha foi proposital, considerando-se o fato de que pesquisas dessa amplitude habitualmente são desenvolvidas nos grandes centros e que pouco se sabe sobre a assistência ao parto em instituições hospitalares de pequeno porte.

Os critérios de inclusão estabelecidos para definir os participantes da pesquisa foram, em relação aos profissionais: estarem inseridos no quadro de funcionários da maternidade pública e prestarem assistência direta à mulher em trabalho de parto e o parto; ser (enfermeiro ou médico) obstetra. Para as mulheres: ter sido parturiente em uma das maternidades-cenários deste estudo; ter tido parto normal ou cesáreo, com permanência de, no mínimo, seis horas; estar no puerpério e ter idade entre 15 e 45 anos.

Por se tratar de um estudo qualitativo, não foi intenção preocupar-se com a quantificação dos participantes, mas com a sua representatividade. Porém, estabeleceu-se, *a priori*, que pelo menos um profissional enfermeiro e um médico de cada cenário seriam convidados a participar, como também uma parturiente. Entretanto, para finalização da coleta de dados, considerou-se a saturação dos dados mediante uma pré-análise que mostrou congruências entre os discursos obtidos para os questionamentos feitos. Assim, os participantes deste estudo foram 36 mulheres e 24 profissionais de saúde, sendo 10 enfermeiros obstetras e 14 médicos obstetras.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, com um roteiro semiestruturado para os profissionais e um para as mulheres, com os seguintes questionamentos: relate como foi para você o nascimento do seu filho. Descreva como vê a relação entre você e o profissional de saúde que lhe prestou cuidados no parto. Conte um acontecimento que marcou no seu atendimento. O que significa ser (médico ou enfermeiro) obstetra? Você pode contar uma situação vivenciada na sala de parto que envolva você e a usuária?

As entrevistas foram gravadas em aparelho digital e transcritas na íntegra, para análise e interpretação dos discursos. Além disso, utilizou-se observação de situações ocorridas durante o trabalho de parto e o parto, procurando dar ênfase ao diálogo

estabelecido entre os profissionais de saúde mulheres, que foi registrado em um diário de campo. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro de 2014 e março de 2015.

A análise de discurso<sup>11,12</sup> compreendeu um movimento de três etapas: a) organização, transcrição e disposição dos discursos na íntegra; b) leitura vertical, que compreende a leitura exaustiva de cada discurso individual para apreensão das ideias centrais; c) leituras horizontais, para determinar as ideias ou significados que se assemelham ou não à organização dos dados convergentes em temas comuns, determinando as categorias e subcategorias.

Nessa abordagem metodológica, a análise dos enunciados deve ir além da exegese textual, incluindo as condições socioinstitucionais da sua produção. O discurso contribui para constituição de todas as dimensões da estrutura social que o moldam e o restringem, sendo uma prática de representação e significação do mundo.<sup>11</sup>

Num enfoque discursivo, Foucault revela a ligação entre o discurso, o desejo e o poder e enfatiza que nessa imbricada relação nem tudo pode ser dito, depende das circunstâncias e de quem diz. Há aqueles que podem e aqueles que não podem falar.<sup>12</sup>

Para garantia de anonimato, os participantes foram identificados de forma alfanumérica, de acordo com a primeira letra da categoria a que pertencem, como exemplo: M para as mulheres. E a fim de discriminar os profissionais de saúde, optou-se por utilizar a abreviatura convencional, ou seja, Méd. para médicos e Enf. para enfermeiros - todos seguidos do número, conforme aproximação para as entrevistas.

Na última etapa da análise, fez-se a interpretação dos resultados, estabelecendo a discussão dos resultados encontrados com a literatura existente e a experiência e o conhecimento das pesquisadoras, configurando um movimento dialético e procurando revelar as determinações e as especificidades que se expressam na realidade.

O trabalho de campo teve início após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG - parecer número 791.265 CAAE: 3252471420000.5149. E sua construção foi feita atendendo às exigências das resoluções 196/96 e pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

## **RESULTADOS**

As perspectivas dos participantes sobre a violência no parto, revelada nos discursos de diferentes formas, encontram-se organizadas em três categorias descritas a seguir.

### **A violência obstétrica presenciada no discurso da enfermeira obstetra**

Os discursos das enfermeiras obstetras sinalizam para uma violência presenciada, ao compartilharem suas experiências. As dificuldades enfrentadas para garantir os direitos das parturientes, o receio do enfrentamento com os colegas de trabalho e o tratamento agressivo e pouco tolerante que permeia o cuidado durante o trabalho de parto e o parto fazem-se presentes.

*Alguns momentos na sala de parto são difíceis pra enfermagem. Porque a gente estando deste lado e a paciente do outro é complicado. Ela está sentindo dor, frágil, cansada, pedindo ajuda. Eu já presenciei fatos negativos, o que me deixa triste é quando a paciente tá no período expulsivo, e o médico e a própria enfermagem grita pra ela fazer força, diz que não é hora de ficar parada, que o neném tem que nascer, faz a manobra de Kristeller, e a gente tem que acatar o que o médico tá pedindo (Enf. 1).*

*Eu tenho presenciado situações negativas, principalmente pela parte médica, o médico mandar calar a boca, falar se elas gritarem vai sair, largar elas, não vai prestar assistência ou fazer algum tipo de medicação para a paciente ficar um pouco mais dopada e não ter condição de estar gritando e não ficar tão histérica, então ainda existe essas situações (Enf. 3).*

Esses achados demonstram serem ainda muito evidentes os limites estabelecidos pela hierarquia médico/enfermeiro na instituição hospitalar, restringindo e controlando o seu espaço na assistência ao parto.

*Alguns profissionais se irritam com a paciente, sem entender o outro lado, de fraqueza, medo. E acaba que você escuta agressões verbais, que no momento ali, não pode fazer nada. Como você vai chamar a atenção do médico na frente da paciente, sendo que ele está na frente de qualquer coisa, ele está ali para fazer o parto. Isto é ruim, porque a gente está presente e qualquer coisa que acontecer, querendo ou não você está envolvida na insatisfação da paciente e tudo mais. É esta violência verbal que acontece quando a paciente está agitada, cansada e não consegue fazer força (Enf. 9).*

Para quem está presente na sala de parto, escutar palavras ofensivas pode doer e persistir mais que as agressões físicas, por sua dimensão invisível que se projeta no campo moral e psíquico e por envolver todos numa conspiração do silêncio, o que implica não dizer o que se pensa, o que acha justo, em respeito ao outro. Os profissionais de enfermagem não percebendo as contradições em que estão mergulhados, não enxergam possibilidades para romper com situações de opressão e hierarquia e se silenciam.



*Uma coisa chocante pra mim foi uma primigesta em TP, que não colaborava e ela se revirava em cima da mesa e a médica perdeu a paciência e começou a falar coisas que magoou a equipe, que ela não era toureira, que ela não sabia jogar laço, pelo fato da paciente estar exaltada. Devido àquela situação, eu achei por bem pegar a paciente e voltar para o pré-parto, onde conseguiu dar à luz e a criança nasceu bem! Assim, uma coisa que fica na memória, uma médica falar esse tipo de palavras com a paciente deixa a gente magoado (Enf. 10).*

Sinaliza-se, também, que assim como o parto pode ser traumático para a mulher, pode ser também para a equipe:

*No final ela desesperou, queria analgesia e o anestesista resistente. Estava gritando e o médico começou a fazer pressão no fundo do útero dela, e ela não queria, sabia o que era Kristeller, episio. Ela gritava: “Eu não quero esta mão aí” Se posicionava, e o médico gritou com ela, várias vezes. E o marido junto, um casal jovem, que tinham programado um parto maravilhoso e tiveram um parque de horrores ali na sala de parto e todo mundo começou meio que perder a paciência com ela (Enf. 8).*

*Um parto desumano não é traumatizante só para a mulher, mas para a equipe toda que está ali e pro neném, porque, olha a situação que este neném nasceu, como ele foi tirado dali. Até hoje quando eu lembro me dá muita raiva (Enf. 4).*

*A gente não esquece nem do bem e nem do mal. Eu acho que o negativo fica muito mais. Tem que ter cuidado, porque pra nós é uma rotina, mas para as mulheres é único. A gente vê a intervenção desnecessária, não sei se é o horário de trabalho, que não tem tempo de estar ali do lado. E já presenciei a própria imposição, grito e até o toque diferenciado, imposto “abre esta perna, fica aí, não levanta” (Enf. 7).*

Há ainda uma violência metaforicamente maquiada, encontrada no cotidiano de trabalho na maternidade:

*Quando a gente fala na violência obstétrica, ela existe em todas as instituições, por todos os profissionais, todos os dias, algumas mais explícitas, outras mais maquiadas, a maioria não é denunciada, porque a paciente ou os profissionais não entendem como uma violência, e fica entre os profissionais da instituição, mas é com falas, com atitudes com condutas, tudo isso é propício pra violência (Enf. 8).*

Os discursos salientam que a sala de parto apresenta-se como um espaço onde ações irracionais e automatizadas podem ocorrer, na medida em que o processo de parto e nascimento torna-se habitual e corriqueiro para quem está ali diariamente.

*Eu tenho a maior dificuldade de colocar os acompanhantes na sala de parto, parece até que você está fazendo um favor, e depois se a gente insiste, a violência se volta contra mim (Enf. 3).*

*Na sala de parto é raro deixarem entrar acompanhante. É só quando o hospital está mais vazio aí deixa, dependendo do comportamento do acompanhante. Agora, pra ser sincera, acontece mais quando o parto é particular, aí os obstetras permitem mais que os acompanhantes entrem (Enf. 4).*

*Vou falar do meu local de trabalho, a partir do momento que eu não consigo permitir que o marido acompanhe o TP eu estou indo contra uma lei federal, que é clara e tem um propósito, ela fala que a paciente tem que ter um acompanhante de livre escolha no TP e parto, se eu não permito isso, estou cometendo uma violência. Se eu quero abreviar o parto pra ir descansar e começo a fazer um monte de intervenção, isto é violência obstétrica (Enf. 8).*

Como um procedimento naturalizado, o parto deixa de ser entendido como um processo que pode exigir inúmeras adaptações, permeado por subjetividades distintas, tanto da mulher como dos profissionais que a assistem, interferindo, inclusive, na garantia do direito de livre escolha de quem será o acompanhante na sala de parto.

### **Hoje tudo é violência obstétrica**

Ao falar sobre a sua profissão, o médico expressa desgosto com a expressão violência obstétrica, compreendida no seu discurso como um termo depreciativo, exacerbado pela mídia e que negligencia a autonomia do obstetra e classifica todas as práticas médicas como hostilidade contra a mulher, e não como um benefício em prol da saúde da parturiente e do recém-nascido. Isso influencia de maneira negativa no cotidiano de trabalho nas maternidades e na relação médico-parturiente.

*Hoje qualquer coisa que você faz com a paciente pode ser encarado como violência obstétrica. Se você faz parto normal, é violência, se faz cesárea, é violência. Eu acho que não é por este lado. Tem que entender que é um contexto, a gente não quer que ninguém sinta dor ou sofra. É muito maior do que se fala na mídia, do que um caso. Eu acho que Obstetrícia é cumplicidade, a gente tá aqui para fazer o melhor, chegar a uma solução boa pra todo mundo. A paciente quer que você faça o atendimento sem examinar como é que isto pode ser justo, eu não concordo com esta Obstetrícia (Méd. 6).*

A relação médico-usuária comumente é permeada por um discurso dissimétrico entre um suposto-saber médico com um presumível não saber da paciente. O médico acredita possuir um saber científico suficiente para conduzir o trabalho de parto e lidar com

as adversidades e complicações que possam surgir nesse momento. No seu discurso descredibiliza a realidade e outros saberes. O poder não permite ver outras realidades dentro de uma realidade

*Hoje, quem manda é a paciente, você não tem reconhecimento, a maior dificuldade minha é com o acompanhante, porque ele hoje sabe mais do que o médico, pesquisa na internet. Então ele chega e determina o que deve e o que não deve ser feito e isso me traz muito desgosto, ter que trabalhar com esse tipo de paciente (Méd. 1).*

*A mulher não vem preparada para o que vai enfrentar, a maioria vem com uma carência de informação e acaba tendo um desencontro entre o que a gente propõe e o que a mulher espera. A Obstetrícia é a segunda classe médica com mais processo e isso cria uma posição de defesa do médico perante a paciente e acaba atrapalhando a relação médico/paciente (Méd. 5).*

*É um pessoal difícil de trabalhar, porque não faz um pré-natal direito, e chega exigindo. Algumas relações são difíceis, são mulheres que não querem escutar o que a gente fala, não ajudam no parto e são despreparadas, tem gestante que não deixa fazer o toque, começa a brigar na hora do parto, deita no chão, não faz o que precisa, morde, unha as enfermeiras, que estão ajudando (Méd. 7).*

Ao se ver questionado pelo acompanhante, o médico sente-se confrontado e indignado, porque tem seu saber como uma verdade absoluta, ao qual os corpos das pacientes são docilmente submetidos para que possam ser controlados, transformados e aperfeiçoados.

*Eu tenho tido desilusões por eu querer fazer uma coisa e as mulheres preferirem outras, tem uma cidade que eu trabalhei que eu adquiri a fama de carrasco, que não faz cesárea e deixa a mulher sofrer até esgotar (Méd. 8)*

*Você é ameaçado muitas vezes pela paciente e pelo acompanhante, tem pacientes que agridem não só verbalmente, tem uma situação em que a avó do bebê empurrou a médica. A função do acompanhante não é a de curiosidade, é um tal de meter o dedo na conversa dos outros. Eu não sou amigo, sou um médico extremamente sério, não gosto de brincadeira em nenhum momento (Méd. 6).*

A construção da relação entre o médico e a mulher é conflituosa e agravada por uma carência de informação sobre a fisiologia do parto, pela falta de reciprocidade, responsabilidade e afetividade na interação entre os atores envolvidos no processo, o que se reflete em desencontro entre o desejo da mulher e o que é proposto pelo médico.

### **Aqui a gente não tem voz**

Embora o discurso médico discorra sobre uma presumível autonomia das mulheres no momento do parto, chegando a afirmar que “hoje quem manda é a parturiente”, a narrativa das mulheres se contrapõe a esse discurso. As parturientes, ao vivenciarem uma situação de violência na sala de parto, emudecem-se diante de uma atitude hostil ou autoritária dos profissionais de saúde.

*Eu não gostei, na hora que o médico falou que ia chamar o Conselho Tutelar, eu fiquei com medo deles levar meu bebezinho, me senti ameaçada, só que eu fiquei quieta, porque eu tava errada, não fiz pré-natal! Isso me deixou nervosa. Ele me chamou de irresponsável. Mas é normal, a gente dá trabalho demais na hora de ganhar neném, é muita dor, você não sabe que posição ficar, eles não deixam qualquer posição (M20).*

*Não gostei do jeito que o doutor falou comigo, fiquei super sem graça, eu acho que naquele momento de dor, não tinha necessidade de falar daquele jeito. Ele podia ter mais educação, porque na hora da dor você desespera, fala bobagem. Parece que eu era um lixo ali, que ele tava me tocando obrigado. E além dele ter me xingado lá no quarto, depois ele foi lá na sala de parto, falar tudo que ele já tinha falado: se adiantou eu ter dado chiquete, que as minhas lágrimas eram falsas, choro falso, sabe? (M5).*

O discurso sinaliza para uma violência naturalizada, mesmo que inicialmente haja constrangimento com o tratamento agressivo recebido. Atribui-se a atitude agressiva do profissional de saúde ao ritmo de trabalho extenuante na assistência ao parto e ao comportamento fora de controle que a parturiente teve diante da dor durante o trabalho o parto.

*É muito tenso, eu não esperava que fosse assim, imaginava que ia receber orientação da equipe. Eu passei dificuldade. Para algumas mulheres é mais fácil, mas eu tive dificuldades de pôr em prática. Eu acho que pode ter sido de mim mesma, ficar tensa, nervosa, querendo chorar, desistir, foi isso (M3)*

*Porque não tem momento bom nenhum, é muita dor, foi tudo dentro do normal mesmo, mas o parto não é uma experiência prazerosa, é muito difícil e a cesariana não é indicada, aí a gente vai de parto normal mesmo, mas é muito difícil (M19).*

*Os toque pra ver a dilatação, é preciso, mas é horrível! Acho que é uma das piores coisas que tem (M14).*

Apesar da negligência dos direitos ou situações de violência reconhecidas, o discurso das mulheres sinaliza para as dificuldades de se fazerem ouvir num momento de dor e de vulnerabilidade no qual se veem imersas durante o parto. Declaram-se sem voz e sem vez diante das normas e regras que lhe são impostas pela instituição hospitalar, sendo necessário alguém para falar por elas nesse instante.

*O máximo que eles permitiram foi a sala de pré-parto, depois que foi para a sala de parto eles já barraram a minha mãe, que tava comigo. Porque é uma segurança a mais porque você tá naquela dor, no sofrimento. E o problema é esse: se a gente tá sentindo dor, é o nosso acompanhante que tem que se impor, bater o pé e firmar, porque é um direito nosso! E a gente não tem voz aqui! (M31).*

*O TP foi tranquilo, eu fiquei em casa até o último momento. Mas quando eu cheguei no hospital, tudo desandou, a enfermeira fazendo pergunta, o doutor querendo fazer o toque. E assim o tempo todo: você não pode isso, não pode aquilo, e ignorando meu plano de parto, não fazendo questão nenhuma de pegar. O doutor começou a brigar comigo porque eu tinha colocado uma bolsa de água quente para amenizar a contração, e a falar: “que a gente fica arrumando estas pessoas pra ficar na casa da gente que não sabe nada”, “que a doula colocou o meu bebê em risco” e foi assim, o bebê nascendo e eles fazendo aquele terror (M35).*

No instante em que a equipe se depara com mulheres bem orientadas, que elaboraram o plano de parto e que recusam intervenções, age com hostilidade frente ao desejo da mulher e passa a rotulá-la e a extorquir os seus direitos.

*Eu já estava com 10 cm e eles preocupados em fazer boletim de ocorrência. Eles falavam assim "aquela menina que veio com a doula, que quer tudo natural, que trouxe o plano de parto, sabe meio que rotulando, além da falta de respeito com tudo, do médico falar: - "menina, aqui quem manda sou eu", de não se preocupar com o plano de parto pra ver o que eu queria, em falar que tava tudo errado, que eu tava colocando meu filho em sofrimento (M35).*

Mesmo reconhecendo que ocorreram situações negativas ou mesmo de violência, as mulheres dizem que isso em nada ofusca o brilho de poder dar à luz. A satisfação de estar com o recém-nascido são e salvo no colo é tão gratificante, que parece apagar tudo de negativo que aconteceu no período que antecedeu o momento do parto.

*Apesar de ter acontecido situações de desagrado, de violência mesmo, isso não ofuscou em nada, não tirou nem um pouco o brilho do momento da experiência, mas porque eu também não deixei, eu não permiti que a situação fosse adiante (M36).*

*No pré-natal o médico falou uma coisa que eu fiquei com medo: ele falou assim: quando você for ganhar seu bebê, se for meu plantão eu não vou fazer o seu parto, mas graças a Deus aconteceu tudo o contrário, ele fez meu parto e fez bem. Passou e eu tô com meu molequinho são e salvo (M23).*

Depois de algum tempo, após ter elaborado o que ocorreu durante o processo de parto e nascimento, as mulheres percebem a situação vivenciada com mais clareza e discernimento. Chegam a afirmar no seu discurso que não iriam permitir que a situação negativa persistisse e que reagiram diante de uma situação de desrespeito.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitiram refletir sobre a assistência ao parto na perspectiva das mulheres e dos profissionais de saúde. Os temas que surgiram sinalizaram para uma violência presenciada e silenciada na narrativa dos enfermeiros. Essa perspectiva assemelha-se à das mulheres ao discursarem sobre a sua sujeição, a qual procuram justificar com diferentes argumentos. E contrapõe-se ao discurso médico, que negligencia a violência obstétrica por acreditar que essa forma de violência não acontece na mesma dimensão nem tem a repercussão que é representada pela mídia, pelos *blogs* e por outras organizações.

O fenômeno da violência obstétrica emergiu de forma mais enfática com os programas de humanização do parto e do nascimento, cujas estratégias utilizadas na época já representavam uma maneira sutil de abordar esse tipo de violência. Na atualidade, o termo violência obstétrica é considerado forte e tem causado indignação na classe médica obstétrica, por acreditar que o termo direciona certa hostilidade contra essa categoria profissional e pode contribuir para desfazer todas as conquistas e avanços técnicos incorporados pela assistência médica, em virtude de uma hipotética autonomia da mulher na parturição.<sup>13</sup>

Mesmo a Organização Mundial de Saúde (OMS) prefere utilizar o termo tratamento hostil, agressivo ou desrespeitoso ao se referir à violência obstétrica, sendo ainda necessário definir as suas diferentes facetas para elucidar melhor esse conceito.<sup>14</sup>

Mas o que esta investigação detectou é que, embora metaforicamente maquiadas, condutas autoritárias e o uso de palavras depreciativas, assim como ameaças e repreensões contra as parturientes, são comuns no cotidiano de assistência nas maternidades. Os profissionais de saúde tendem a confundir o exercício da autoridade com um contexto difícil de trabalho.<sup>15</sup> A dificuldade de ter um anestesista disponível, por exemplo, pode

levar o profissional de saúde a desconsiderar a dor referida pela mulher, não oferecendo métodos de alívio, por considerá-la inerente ao parto.

Destaca-se que a conformidade com a negligência do cuidado e mesmo o silêncio diante de situações de desrespeito pode ser entendido como uma violência simbólica: um abuso de poder baseado no consentimento que se estabelece e se impõe mediante o uso de símbolos de autoridade verbal, discriminação e práticas de assujeitamento, utilizadas por instituições e profissionais como estratégias de poder.<sup>16</sup>

No viés discursivo, o silêncio também significa, ele não é a ausência de palavras.<sup>17</sup> Dizer e silenciar andam juntos, ao se calar diante da violência presenciada no parto, o enfermeiro demonstra ter receio de sustentar um discurso no qual acredita.

Para Foucault, instituições como as escolas e os hospitais tornaram-se lugares privilegiados para se difundir as medidas higiênicas e disciplinares de forma normativa e constituir corpos dóceis e submissos. Ao definir a genealogia do poder, o corpo tornou-se alvo de poder - "o corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe" - Moldado, o corpo se torna tão útil quanto assujeitado. Essa técnica de disciplinar e controlar os corpos compreende uma modalidade de poder e de dominação.<sup>18</sup>

Assim, o corpo torna-se alvo do poder nas instituições de saúde. Descobriu-se que, por meio de intervenções, é possível acelerar o trabalho de parto por meio de técnicas invasivas como o toque vaginal. O corpo pode ser medido, investigado em cada detalhe e submetido a várias formas de manipulação para se tornar ao mesmo tempo tão útil, tão dócil, quanto assujeitado.<sup>19</sup>

Ao descrever o seu trabalho como médica obstetra numa situação de parto, uma das participantes utiliza-se da metáfora "parteira/toureira". Ao se remeter à figura de uma toureira, no seu discurso, a profissional de saúde compara a cena do parto vivenciada ao espetáculo de uma tourada. Essa figura analógica leva a pensar a cena do parto como um espetáculo de horror, como uma cena grotesca, com medo e provocação, visto que, numa tourada, os touros são provocados pelo toureiro para que eles invistam contra até serem abatidos ou derrubados.

Inserida no âmbito das maternidades, a violência se manifesta por meio das normas e rotinas de trabalho ou no comportamento irônico e impessoal do profissional de saúde. Essa sutileza no agir obscurece a percepção dos sujeitos que a vivenciam e passa a incomodar a razão e o sentimento das pessoas envolvidas, fazendo-se presente em toda modalidade de organização das instituições.<sup>20</sup>

Outro incômodo, consequente da violência presenciada na sala de parto, é a inconsistência entre as ações e as convicções do profissional de saúde, que pode ser identificada como sofrimento moral, um sentimento doloroso que comumente se origina de uma conduta ética que não pode ser cumprida, contrariando as perspectivas do profissional e interferindo na constituição que o sujeito tem de si mesmo e na sua experiência moral de vida.<sup>21</sup>

A realidade narrada no discurso dos participantes caracteriza o parto como um problema a ser solucionado e a relação construída entre as mulheres e os profissionais de saúde é considerada assimétrica e hierárquica. Essas relações de poder não acontecem de forma isolada, mas em sequência ou em constelações. Isso é condizente com a literatura que define o modelo de atenção ao parto como um evento médico e tecnológico, segundo o qual a mulher é tratada como paciente e os partos são, em sua maioria, hospitalares, e o médico é o responsável pela sua execução. E medir desigualdades de trocas diferentes não é fácil nem previsível.<sup>22,23</sup>

Enfim, ao considerar a amplitude e complexidade da violência obstétrica no Brasil, faz-se necessária a adoção de medidas de prevenção quaternária,<sup>24</sup> como: ações individuais e coletivas de proteção contra o excesso de intervenções médicas, instrumentalização de outros profissionais na assistência ao parto de risco habitual, tais como: os profissionais da Estratégia de Saúde da Família e os enfermeiros obstetras, contribuindo para a elaboração do plano de parto e a promoção da autonomia e empoderamento das mulheres desde o pré-natal.

Outra estratégia de enfrentamento de situações de conflito, como a violência obstétrica, é a atuação do enfermeiro na advocacia do paciente. Embora seja uma prática ainda incipiente no Brasil, essa ação emerge como uma obrigação moral do enfermeiro em advogar em defesa do paciente<sup>25</sup> - atitude profissional que pode ajudar as mulheres na tomada de decisões, garantir a qualidade do cuidado e estreitar o elo entre a paciente e o ambiente de saúde.

## **CONCLUSÕES**

Ao tecer considerações sobre os resultados encontrados neste estudo, pode-se dizer que a violência se faz presente no cotidiano da sala de parto. Os discursos expressam-se no silêncio dos enfermeiros, ao presenciarem um tratamento hostil; no consentimento das mulheres, que procuram justificar a agressividade e as dificuldades vivenciadas como parte inerente ao processo de parto e nascimento; e na invisibilidade aos olhos do profissional de



saúde, que acredita que a violência é apenas um caso isolado e que não tem grandes proporções, como é difundido pela mídia.

O estudo pode apresentar como limite o fato de ter sido desenvolvido em municípios de pequeno porte de um dos estados brasileiros e revela, possivelmente, uma realidade cultural específica. Porém, acredita-se que essa seja uma realidade encontrada em outras maternidades de outros municípios e estados brasileiros que também poderiam ser cenários de estudos como este.

Espera-se, assim, que este trabalho contribua para dar visibilidade ao problema da violência obstétrica presente na assistência ao parto, possibilite a discussão da política pública de atenção à mulher e a reflexão dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao parto e na melhoria da qualidade da assistência materno-infantil. Entende-se que essa mudança virá quando se conseguir mudar a lógica de entendimento do parto, quando ele parar de ser visto somente como um evento médico e hospitalar e puder ser entendido como um evento humano. Porque só a partir desse reconhecimento haverá a possibilidade de se fazer ouvir a voz das mulheres, resgatando a autonomia e a capacidade de deliberar sobre questões relacionadas ao seu processo de parto e nascimento.

## REFERÊNCIAS

1. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface - Comunic, Saude, Educ* [Internet]. 2009 [cited 2015 Jan 22];13(supl 1):595-602. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf><http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>
2. Munis BMV, Barbosa RM. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? In: *Anais do Memórias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud*, 2012 Dec 3-7 [Internet]. Palacio de las Convenciones de La Habana: Habana; 2012 [cited 2015 Aug 22]. Available from: <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/744/321>
3. Padilla J. Las Cesáreas em España: um problema em feminino plural. *El Diario* [Internet]. 2014 Mar 14; Zona Crítica [cited 2015 Jan 25]. Available from: [http://www.eldiario.es/zonacritica/cesareas-Espana-problema-feminino-plural\\_6\\_238736174.html](http://www.eldiario.es/zonacritica/cesareas-Espana-problema-feminino-plural_6_238736174.html)
4. Bonvicini L, Candela S, Evangelista A, Bertani D, Casoli M, Lusvardi A, et al. Public and private pregnancy care in Reggio Emilia Province: na observational study on appropriateness of care and delivery outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2014 Feb [cited 2015 Nov 12]; 14(72):1-12. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/72>

5. Kruger L M, Schoombee C. The other side of caring: abuse in a South African maternity Ward. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2010 Feb; 28(1):84-101.
6. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad saúde pública* [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 13];30(Suppl.):S192-S207. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>
7. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Ângelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2013 Aug [cited 2015 Dec 14];18(8):2395-400. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/24.pdf>
8. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet* [Internet]. 2011 May [cited 2015 Dec 11]:32-46. Available from: <http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/279/15%20Sa%C3%BAde%20de%20m%C3%A3es%20e%20crian%C3%A7as%20no%20Brasil%20progressos%20e%20desafios.pdf?sequence=1>
9. Serviço Social do Comércio, Fundação Perseu Abramo. Pesquisa de opinião pública: mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado [Internet]. São Paulo: Sesc/FPA; 2010 [cited 2016 June 11]. Available from: [http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra\\_0.pdf](http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf)
10. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Rev Rene* [Internet]. 2014 July/Aug [cited 2015 Jun 25];15(4):820-8. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/1121/1079>
11. Foucault, M. A arqueologia do saber [Internet]. 7th ed. Rio de Janeiro; Forense Universitária, 2005 [cited 2015 Dec 13]. Available from: <http://www.uesb.br/eventos/pensarcomveyne/arquivos/FOUCAULT.pdf>
12. Gregolin MR. Foucault e Pêcheux na análise do discurso: diálogos e duelos. 3 ed. São Carlos: Claraluz; 2007.
13. Melo VH. Obstetrícia: especialidade em extinção. *Jornal do CRM-MG* [Internet]. 2014 July/Sept [cited 2015 Dec 21];52:10. Available from: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/crmmg/index.jsp?ipg=152129>
14. Souza JPD. As diferentes faces da Violência Obstétrica. *Resc* [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 Jan 28];2(3):e84. Available from: <https://saudenacomunidade.wordpress.com/2015/03/03/resc2015-e84/>
15. Aguiar JM, D'Oliveira AFP, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad saúde*

- pública [Internet]. 2013 Nov [cited 2015 Oct 26]; 29(11):2287-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>
16. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
  17. Mello, R. O silêncio faz sentido. In: Anais do XI Simpósio Nacional e I Simpósio Internacional de Letras e Linguística, 2006, Uberlândia, Brasil [Internet]. Uberlândia (MG): UFU; 2006 [cited 2015 Sept 25]. p. 2588-94. Available from: [http://www.filologia.org.br/ileel/artigos/artigo\\_146.pdf](http://www.filologia.org.br/ileel/artigos/artigo_146.pdf)  
[http://www.filologia.org.br/ileel/artigos/artigo\\_146.pdf](http://www.filologia.org.br/ileel/artigos/artigo_146.pdf)
  18. Foucault M. O nascimento da clínica. 6th ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.
  19. César MRA. Pensar a educação depois de Foucault. Cult [Internet]. 2010 Mar [cited 2015 Fev 12]; 134. Available from: <http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/pensar-a-educacao-depois-de-foucault/>
  20. Barazal NR. Sobre violência e ser humano. Conventit Internacional (USP) [Internet]. 2014 May/Aug [cited 2015 Nov 11];15:77-86. Available from: <http://hottopos.com/convenit15/77-86NeusaRB.pdf>
  21. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS, Dalmolin GL. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. Rev Latinoam. Enferm[Internet]. 2013 Jan/Feb [cited 2015 Oct 24];21(spe):79-87. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_11.pdf)
  22. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev saúde pública [Internet]. 2011 Feb [cited 2016 Jan 28];45(1):185-94. <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v45n1/1759.pdf>
  23. Gomes ML, Moura MAV, Souza IEO. Obstetrical practice by nurses in institutional childbirth: a possibility for emancipatory knowledge. Text context enferm [Internet]. 2013 Jul-Sept [cited 2015 Jan 12];22(3):763-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a24.pdf>
  24. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz FA. Obstetric violence and quaternary prevention: what it is and what to do. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2015 June [cited 2015 Nov 21];10(35):1-12. Available from: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/1013/716>
  25. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Ramos AM, Silveira RS, Vargas MAO. Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? - Uma perspectiva Foucaultiana. Texto contexto enferm [Internet]. 2016 Mar [cited 2016 June 15]; 25(1): e2560014. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2560014.pdf>

## 6.2 ARTIGO ORIGINAL - O *ETHOS* E O *PATHOS* NA SALA DE PARTO

### RESUMO

**Objetivo:** compreender o *ethos* e o *pathos* presentes nos discursos de mulheres parturientes e profissionais de saúde no contexto da sala de parto **Método:** pesquisa qualitativa do tipo interpretativa. Utilizou-se o método da análise do discurso. Participaram das entrevistas 36 mulheres e 24 profissionais de saúde de maternidades do interior de Minas Gerais. **Resultados:** a análise revela as categorias: o *ethos* da mulher no parto; o *ethos* da enfermeira obstetra e o *ethos* do médico obstetra. **Considerações:** as narrativas sinalizam a contribuição que o enfermeiro pode trazer para a humanização do parto e a necessidade de o médico obstetra reafirmar o seu discurso e rever as práticas assistenciais ao parto e ressaltam os desafios de um campo de saber pouco democrático e com altos índices de intervenções. Considera-se que, para a assistência de qualidade, são fundamentais o apoio interdisciplinar da equipe e a participação ativa da mulher no processo.

**Palavras-chave:** Assistência ao parto. Saúde da mulher. Discurso. Pesquisa qualitativa.

### ABSTRACT

**Objective:** Understand the *ethos* and *pathos* present in the discourses of women pregnant women and health care professionals in the context of the delivery room **Method:** Qualitative Research , the type of interpretation. It was used as a method of Discourse Analysis. Participated in the interviews 36 women and 24 health professionals from seven maternity hospitals in the Midwest region of Minas Gerais. **Results:** The analysis reveals categories : Woman *ethos* in childbirth ; The *ethos* of the midwife and the *ethos* of the obstetrician **Considerations:** The narratives point to the contribution that the nurse midwife can bring to humanization of childbirth. The need of the obstetrician to reaffirm

*his speech and review care practices to the delivery of low risk. Indicate the challenges presented by a field of know little of democracy, centered on high rates of interventions. It is considered that, for a quality assistance, it is crucial to support interdisciplinary whole team and the encouragement of active participation of women in the whole process.*

**TITLE: THE ETHOS INSTITUTE AND THE PATHOS IN THE DELIVERY ROOM**

**Keywords :** *Midwifery, Women's health, Speech, Qualitative Research*

**RESUMEN: Objetivo:** *Comprender el ethos y el pathos presente en los discursos de las mujeres embarazadas y los profesionales de la salud en el contexto de la sala de parto.*

**Método:** *Estudio sobre el enfoque cualitativo, el tipo de interpretación. Participado en las entrevistas con 36 mujeres y 24 profesionales de la salud. Los escenarios fueron siete maternidades en la interior de Minas Gerais. Resultados:* *El análisis revela las categorías: La ethos de la mujer en el parto ; El ethos de la comadrona y , El ethos de la obstetra .Consideraciones:* *Los relatos apuntan a la contribución que la enfermera partera puede traer a la humanización del parto. La necesidad del obstetra para reafirmar su discurso y revisar las prácticas de atención al parto de bajo riesgo. Indicar los desafíos presentados por un campo de saber poco de la democracia, y con altas tasas de intervenciones. Se considera que, para una asistencia de calidad, es fundamental para todo el equipo interdisciplinario de apoyo y el fomento de la participación activa de la mujer en todo el proceso.*

**TITULO EL INSTITUTO ETHOS Y EL PATHOS EN LA SALA DE PARTO**

**Palavras Chave:** *Tocologia, Salud de la Mujer, Habla, Investigación Cualitativa*

**INTRODUÇÃO**

Este trabalho analisa o *ethos* e o *pathos* discursivo na voz das mulheres e dos profissionais de saúde, procurando caracterizar sua constituição e o tom presente nos

diferentes discursos sobre a assistência ao parto, com ênfase à maneira de se mostrar e o dizer desses sujeitos discursivos na cena do parto.

*Ethos* e *pathos* são termos emprestados da retórica de Aristóteles. *Ethos*, na análise do discurso, representa a apresentação de si, na interação discursiva. Entende-se que, ao se pronunciar, o sujeito deve fazer reconhecer como autêntico o seu dizer. Já o conceito de *pathos* pode ser definido como um transbordamento emocional, no qual sua proximidade com a fala mágica confere-lhe a possibilidade de persuasão e permite produzir a emoção no interlocutor ou no auditório<sup>(1)</sup>.

Nessa perspectiva, compreende-se que o discurso proferido pelo sujeito atribui uma posição institucional e delimita uma relação de saber entre os envolvidos. Ao discursar, o locutor usa a linguagem para transformar os fatos e exasperar ou minimizar os sentimentos de indignação ou de afeto. Constrói, assim, uma atitude emocional capaz de patemizar as coisas e as pessoas<sup>(2)</sup>.

Trazer esses conceitos para analisar o discurso sobre a assistência ao parto representa um desafio e implica refletir sobre as dificuldades do profissional de saúde e das mulheres em sustentar e situar a sua fala.

Um dos problemas que se enfrenta em relação à assistência ao parto diz respeito a essa incapacidade do profissional de saúde e da mulher em distinguir claramente o lugar de onde se fala, ao estabelecer um discurso que não se sustente apenas nas aparências de autoridade, medo, submissão ou grito, mas que seja capaz de produzir efeitos sensíveis.

Essa relação discursiva profissional de saúde/parturiente tornou-se tão conflituosa, que passou a ser classificada pela Organização Mundial de Saúde como uma das tipologias de maus-tratos às mulheres, caracterizando a agressão verbal dentro do conceito de violência obstétrica considerada, igualmente, como um dos problemas emergentes de saúde pública e direitos humanos<sup>(3)</sup>.

Outra reflexão importante em relação à compreensão dessa problemática discursiva na assistência à parturiente implica revelar as imagens pré-discursivas sobre o parto, que ganham voz e corpo no discurso das mulheres e dos profissionais de saúde.

Existe uma imagem pré-discursiva sobre o parto, ancorada em representações coletivas, que determina essa experiência como algo horrível, imprevisível, doloroso e que por isso precisa ser apagada. Essas crenças sobre o corpo da mulher e o processo de parto refletem-se nas práticas assistenciais, na organização do serviço e no *ethos* institucional, configurando o modelo de assistência ao parto no país<sup>(4)</sup>.

No campo da saúde, a imagem que a sociedade constrói do médico e da enfermeira está intimamente relacionada às modalidades das suas falas<sup>(5)</sup>. Criou-se a figura do médico carrasco, autoritário, arrogante e vilão, que se contrapõe à imagem da enfermeira cuidadora, auxiliar do médico e guardiã da parturiente. Entende-se que a imagem que o profissional de saúde tem de si mesmo se relaciona intimamente à ativação desses estereótipos gestados socialmente.

Como num esquema coletivo cristalizado, são imagens prontas que passam a mediar a relação do sujeito com a realidade. No entanto, enfatizar as noções de *ethos* e de *pathos* aplicadas no discurso da saúde permite compreender como se caracteriza a maneira de sentir e de dizer desses sujeitos envolvidos na cena do parto e revelar como se dá a patemização discursiva do parto.

Espera-se que essa posição reflexiva sobre a imagem e a construção de uma atitude emocional na cena de parto permita conhecer as dificuldades referidas por esses sujeitos, para a implementação de um novo modelo de atenção ao parto, além de desvelar os desafios que o jogo político traz para os profissionais no cotidiano das instituições de saúde.

Este artigo tem como objetivo compreender o *ethos* e o *pathos* presentes nos discursos de mulheres parturientes e profissionais de saúde no contexto da sala de parto. Busca também revelar a forma como os profissionais de saúde e as mulheres constroem a imagem de si e do outro, tendo em vista seus interlocutores e as condições de produção do discurso na cena do parto.

## MÉTODOS

A abordagem metodológica utilizada foi a análise do discurso, na perspectiva de Foucault e Maingueneau, por entender que a imagem e os sentimentos que o sujeito revela de si no discurso exerce importante papel no êxito das discussões e pontos de vista em processos interacionais, como na relação profissional de saúde-parturiente no parto.

Num enfoque discursivo, acredita-se ser impossível construir um objeto de discurso sem criar simultaneamente uma atitude emocional em relação a esse objeto<sup>(1)</sup>, aqui representado no parto, tanto na perspectiva das mulheres como dos profissionais de saúde.

O cenário de estudo foram sete maternidades de pequeno porte de uma região do interior de Minas Gerais, por considerar o pouco conhecimento, tanto da assistência como de estudos nesses locais, além de que estas não fizeram parte do inquérito nacional de parto.

Participaram desse estudo 36 mulheres e 24 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). Por se tratar de estudo qualitativo, não foi intenção preocupar-se com a quantificação dos participantes, mas com a sua representatividade, *a priori*. A amostragem final foi feita por saturação teórica, quando se percebeu que não havia mais acréscimo nas informações obtidas. Priorizou-se, entretanto, pelo menos um profissional médico e um enfermeiro de cada cenário.



Os critérios de inclusão para os profissionais de saúde foram: estarem inseridos no quadro de funcionários da maternidade, prestar assistência direta à mulher no parto e ser enfermeiro ou médico obstetra. Em relação às mulheres: ter sido parturiente em uma das maternidades cenários deste estudo; ter tido parto normal ou cesárea, com permanência de, no mínimo, seis horas de internação; e ter idade entre 15 e 45 anos.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, com um roteiro semiestruturado para os profissionais e um para as mulheres, com questionamentos sobre: gostaria que você se apresentasse. Quem é você? Relate como foi para você o nascimento do seu filho. Descreva como vê a relação entre você e o profissional de saúde que lhe prestou cuidados no parto. Conte um acontecimento que te marcou no seu atendimento. O que significa ser (médico ou enfermeiro) obstetra? Você pode contar uma situação vivenciada na sala de parto que envolva você e a usuária?

As entrevistas foram gravadas em aparelho digital e transcritas na íntegra, para análise e interpretação dos discursos. Além disso, utilizou-se observação de situações ocorridas durante o trabalho de parto e parto, procurando dar ênfase ao diálogo estabelecido entre os profissionais de saúde e as mulheres, que foram registradas em um diário de campo. A coleta de dados ocorreu de setembro de 2014 a março de 2015.

A análise do discurso compreendeu um movimento de três etapas: a) organização, transcrição e disposição dos discursos na íntegra; b) leitura vertical, que compreende a leitura exaustiva de cada discurso individual para apreensão das ideias centrais; c) leituras horizontais para determinar as ideias ou significados que se assemelham ou não à organização dos dados convergentes em temas comuns, determinando as categorias e subcategorias.

O anonimato dos participantes foi garantido mediante identificação alfanumérica, conforme o segmento ao qual pertencem: M para as mulheres, Méd. para médicos e Enf. para enfermeiros, seguidos de número de acordo com a aproximação para as entrevistas.

A etapa final da análise constituiu-se num exercício constante de interpretação sobre o dito e o não dito. O *ethos* e o *pathos* das mulheres e dos profissionais de saúde revelam-se como um construto social perpassado por inúmeros discursos, como verdades que rotulam determinadas formas de ser e de se sentir mulher e diferentes maneiras de ser e de cuidar como enfermeira ou médico obstetra.

O trabalho de campo teve início após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG - parecer número 791.265 CAAE: 3252471420000.5149 - e a coleta de dados aconteceu mediante a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A construção e desenvolvimento de todo o projeto de pesquisa foram feitos atendendo às exigências das Resoluções nº 196/96 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

## **RESULTADOS**

A análise dos resultados revela três categorias que estão organizadas na sequência descrita:

### **O *ethos* no discurso de si e o *pathos* no interdiscurso de mulheres na sala de parto**

Antes de vivenciar o parto, a mulher já tem constituído um *ethos* pré-discursivo que é a imagem da mulher com medo, frágil e submissa. Essa concepção é relativizada pelo olhar das outras mulheres que já foram mães e dos profissionais de saúde. O ponto de vista

dos outros caracteriza o *ethos*, que é a imagem que a mulher constrói de si e o *pathos* imagem subsidiada pelo olhar e interdiscurso do outro mobilizando a emoção.

Os discursos das mulheres sinalizam que a concepção que elas têm do parto está mais no olhar do outro do que no olhar da parturiente.

*Eu tive sorte porque quando eu engravidei as pessoas falavam: eles forçam o parto muito, chegando lá você não grita, esforce pra ganhar rápido, se você ficar gritando eles maltratam você (M28).*

*Eu vim com pensamento que seria rápido, que não ia ser tão doloroso, mas as mulheres que já eram mães me olhavam com olhar de tristeza. Todas que você conversar não vai ser muito diferente (M19).*

Como o parto é uma experiência vivenciada também corporalmente, as narrativas sinalizam as representações que as mulheres têm sobre os processos biológicos, acerca de seus corpos e dos discursos do saber científico. A mulher faz analogia da instituição hospitalar com um açougue.

*A gente fica assustada, as pessoas têm mania de falar que aqui é um açougue, a gente coloca aquilo na cabeça e fica vai acontecer isso, isso e isso (M23).*

*A população e alguns médicos põem medo na gestante, falam coisas para perturbar a já perturba a mente das gestantes: você vai ganhar neném aqui, este hospital é um açougue, e a pessoa já chega brigando, com cara feia. Dizendo se o neném morrer eu vou matar o médico (Méd.7).*

As ideologias discursivas estão contidas nos discursos sociais e são reproduzidas nos enunciados ao afirmarem que a qualidade da assistência ao parto é mediada por valores de mercado.

*Eu pensei que ia ser um absurdo, muita gente julga o SUS por ser um atendimento horrível e naquela aflição tanto ele quanto você acaba falando coisas que não precisa ser ouvida (M12).*

*Como é pelo SUS a gente fica mais jogada, não é bom. Se fosse particular. Eu acho que pelo plano de saúde trata a pessoa melhor do que pelo SUS (M34).*

Os sentimentos que permeiam a vivência do parto, pela singularidade de cada mulher, tornam-no muito intenso. O sentir, o dizer e o ser se mesclam nas narrativas das mulheres, contraditoriamente:

*A gente não consegue nem falar. É muita dor, mas é emocionante, choro..., hora que você vê a carinha, a gente sofre [...] mas é lindo (M19).*

*Quando eu escutei o primeiro chorinho dele, foi a melhor hora pra mim, porque eu tava com muito medo (M10).*

*Hora que ela nasceu foi a melhor coisa do mundo... senti aliviada, calma. É muita tensão, muita coisa na cabeça [...] (M27).*

*Assim que tirou ele, Nossa Senhora, tadinho, que alívio pra mim e pra ele (M31)*

O discurso das mulheres coloca em evidência as emoções ou *pathos*. Os sentimentos se misturam com a emoção de olhar o filho e escutar seu choro pela primeira vez, o que dá uma tonalidade emotiva ao discurso:

*Emocionante... quando a gente vê... que ele nasceu...(M6).*

*Nosso Deus, maior emoção do mundo, sai lágrimas, não tem como, quando você escuta o chorinho perfeito (M21).*

*Hora que levou ele pra eu ver... quando você ouve o chorinho dele... é apaixonante, foi a maior coisa da minha vida, nem chorar eu aguentei. Nem tem como explicar, a emoção é muito grande (M12).*

*A primeira vez que eu ouvi o chorinho dela foi a melhor parte... Emocionante, eu não esperava ser tão rápido assim, e que eu ia conseguir (M28).*

*Um verdadeiro milagre, eu me emociono... Não esperava ter um filho, eu nunca tive vontade de ser mãe. Mas ele agora é a minha vida. Eu me derreto, só de lembrar da cena (M32).*

A plenitude e o prazer de ter um filho intensificam-se com a manifestação do choro do bebê. A lembrança da cena do parto é descrita como um milagre, tão intensa é a sensação de completude, de eternidade, de algo sem limites e inesperado. Compreende um acontecimento que não cabe em explicações científicas. Para as mulheres, não há palavras para explicar os sentimentos que se afloram nesse momento. As emoções configuram o *pathos* e são como uma partitura que orchestra o discurso das mulheres no contexto do parto.

## **O *ethos* no discurso de si e o *pathos* no interdiscurso de enfermeiras obstetras na sala de parto**

A imagem que a sociedade constrói da enfermeira é generalizada por impressões estereotipadas que incluem figuras como santas, heroínas e prostitutas. Relacionam-na à função de auxiliar do médico, a gentil, a amiga que pode dar o suporte necessário. Acrescida a essa imagem preconcebida no ideário social, as enfermeiras criam outra imagem de si e de seu trabalho, configurando o *ethos* profissional, identificada com características essencialmente femininas como a emotividade, a sensibilidade e o cuidado com o outro e do outro que retrata o *pathos*.

*Ser enfermeira obstetra é uma realização profissional, pessoal, eu não me vejo fazendo outra coisa, é o que eu sempre quis, ver o bebê nascendo, aquele momento mágico da vida, a felicidade dos pais (Enf.1).*

*Significa ajudar a dar vida, conforto. É fazer a diferença na vida dela, tornar o momento mais especial. O parto é natural, se não tiver ninguém ele acontece (Enf.4).*

*Amo meu trabalho, gosto de cuidar, pra mim é emocionante e gratificante o parto natural (Enf.6).*

*A maternidade me fascina, é uma área que eu estou por gostar, tudo que vem do nascimento é grandioso (Enf.7).*

*Não é só gostar, é ter amor, paixão. Somos diferentes do médico, ele cuida da intercorrência, da patologia, do que não deu certo, nós prestamos assistência no tato, no olhar (Enf.8).*

Ao narrar o cotidiano de trabalho na maternidade, as enfermeiras sinalizam as dificuldades que vivenciam para exercer o cuidado.

*Tento otimizar meu tempo pra elas, mas nem sempre é possível. Eu dou assistência no ambulatório, no alojamento conjunto, no berçário, na parte administrativa. Não consigo fazer tudo ao mesmo tempo (Enf.3).*

*O parto às vezes acontece sem eu estar no setor, como enfermeira não fico só na maternidade, às vezes estou na pediatria, no banco de leite, resolvendo problemas burocráticos (Enf.5).*

*Eu procuro estar o tempo todo ao lado das pacientes, mas na nossa maternidade é difícil, o enfermeiro tem que prestar assistência em outras alas (Enf.10).*

Nesse âmbito de trabalho, as dificuldades encontradas pelas enfermeiras para promover uma atenção qualificada vão além da operacionalização do tempo, na tentativa

de conciliar as atividades assistenciais com as administrativas. O discurso das enfermeiras salienta a necessidade de respaldo para a execução de práticas e a legitimação do saber científico.

*A enfermagem obstétrica não tem protocolo específico, não assume um caso. Eu não posso fazer a avaliação, faço o acompanhamento, mas a definição do tipo de parto é feita pelo médico (Enf.3).*

*Eu gosto de utilizar os protocolos do Ministério da Saúde, por ser o nosso respaldo, foi ele que abriu as portas para nós. Aqui não é rotina usar o partograma. Eu já tentei implantar... mas o partograma usado aqui é confuso, você não consegue ver a evolução do parto (Enf.4).*

Identifica-se que a inexistência de protocolos e a falta de apoio institucional, citadas nesses discursos, impedem certa atitude de empoderamento do cuidado à parturiente. Ainda é tímida a inserção da enfermeira obstetra nas práticas assistenciais reconhecidamente úteis e recomendadas por organizações internacionais.

Verifica-se que não é necessário a enfermeira fazer um autorretrato ou configuração do seu *ethos* ao falar da sua profissão, pois a imagem que ela constrói de si transveste-se no olhar e no interdiscurso do médico, que configura o *pathos* da enfermeira. Pode-se considerar que a imagem cristalizada que se tem da enfermeira obstetra não pertence a um só olhar, e sim a um entrecruzamento de diferentes olhares.

*No nosso serviço é só o obstetra que funciona, a enfermeira fica para dar as luvas, medicação, não interfere no parto. Não sei se não deixam ela fazer ou se não querem. Eu acho que a enfermeira ajudaria bem mais, se tivesse uma prática maior. A única coisa que faz é o mesmo que qualquer enfermeira faz na clínica médica (Méd.4).*

*Eu tenho vontade de trabalhar com a enfermeira obstetra, ela ajudar a acompanhar o trabalho de parto e indicar a cesárea através do partograma. Ainda não consegui... apesar de ter uma aqui, mas ela faz só serviço burocrático (Méd.8).*

*Não temos enfermeira obstetra aqui fazendo parto, temos uma que cuida de toda a maternidade. Faz parte das nossas exigências ter uma enfermeira no pré-parto, cuidando das pacientes, nos auxiliando, para uma assistência mais humanizada (Méd.12).*

Para os médicos, a enfermeira obstetra, além de ser sua auxiliar, tem mais um trabalho burocrático, de supervisão, para cumprir exigências administrativas. Apesar disso,

os mesmos reconhecem que a atuação da enfermeira resulta em uma assistência mais humanizada.

A representação que a parturiente tem da enfermeira obstetra configura-se no *pathos*, imagem que é constituída a partir de algo presente no outro que lhe afeta, comove e sensibiliza.

*Eu tive duas profissionais no meu parto fundamentais: a enfermeira obstetra e a minha obstetra. A enfermeira foi ótima, colocou o meu marido e minha irmã ativos no meu parto, me ajudando a fazer exercício na bola, ir para o chuveiro. Eu falo que foi Deus que colocou ela de plantão (M36).*

*A única coisa boa, além de tá vendo o rostinho da minha filha, foi a enfermeira ter me acompanhado, fazendo massagem, passou conforto, tem hora que você precisa de uma palavra amiga. Eu só tenho a agradecer por ela ter me ajudado (M5).*

Confirma-se a humanização no parto pelo cuidado prestado pela enfermeira, aliado à sua capacidade de ouvir, de apoiar e de confortar; aspectos que são relevantes para uma boa parição. Infere-se que sua atuação possibilita a participação ativa da gestante no processo de parto, além do envolvimento de pessoas importantes para ela nesse momento.

### **O *ethos* no discurso de si e o *pathos* no interdiscurso de médicos obstetras na sala de parto**

Na constituição do *ethos* institucional e na organização do processo de trabalho, socialmente, funções mais complexas são atribuídas ao médico, delegando as atividades de natureza manual a outros membros da equipe. Valores como domínio do conhecimento, capacidade de decisão e imparcialidade são utilizados para definir o *status* de médico e conferir-lhe poder na forma de ser, de agir, argumentos que caracterizam o *ethos* e o *pathos* na perspectiva do médico obstetra.

O discurso do médico reflete a especificidade de seu trabalho em estabelecer o diagnóstico, na capacidade de decidir e de intervir em situações de risco. Suas emoções ou *pathos*, se distingue pela tecnocracia e poder na interação discursiva.

*Me emociona [...] no parto, quando a coisa não vai bem e você tem que tomar certas atitudes (Méd.2).*

*Já tive complicações na sala de parto: distócias, parto pélvico, mas o médico tem um preparo, pra ter frieza, aguentar o momento difícil (Méd.12).*

*É gratificante pegar um descolamento de placenta, um prolapso de cordão que você corre com a paciente, você vê que se não tivesse a sua ação, se não fosse você dar assistência ali na hora... (Méd.13).*

A imagem do obstetra teve importantes mudanças, que atingiram esse *status* e a sua perspectiva em relação à profissão, revelando essa outra faceta do *ethos* e *pathos* do médico sob o olhar de si mesmo e da população.

*É uma opção difícil, quase um sacerdócio, doação, você tem que abrir mão de coisas, sua vida é vigiada, você é obrigado a ser médico 24 horas, esquecem que você tem uma vida social, filhos, esposa (Méd.6).*

*É um sacrifício muito grande, uma especialidade pesada, de remuneração não tão grande igual às outras especialidades, mas tem alegria (Méd.9).*

O discurso médico utiliza a metáfora do sacerdócio para retratar a abnegação que a profissão lhe exige, embora traga alegrias. Parece difícil, na sua perspectiva, dicotomizar o ser médico da vida pública e privada. Pode-se atribuir essa associação da Medicina ao sacerdócio, à origem semântica do vocábulo, que significa uma autoridade para agir em nome de Deus, com generosidade e desprendimento, na execução de uma missão.

Tal discurso se contrapõe à realidade atual da profissão que é exercida por profissionais remunerados, com responsabilidades perante uma instituição de saúde. Acima de tudo estão sujeitos a processos e críticas por práticas equivocadas na assistência ao parto.

*Está difícil fazer Obstetrícia, a paciente não quer sentir dor, se você passa um fórceps para ajudá-la, ela fala: “o médico quase me matou”. O médico tem medo dos processos, não fica com muita coisa com a paciente. Mas eu gosto, apesar da crítica, de não receber direito (Méd.10).*

*A Obstetrícia é a segunda especialidade com processos, isto está levando a uma posição de defesa frente a paciente e atrapalhando a relação médico/paciente. Nem sempre você consegue se expressar (Méd.50).*



*Você tem que ter muito cuidado porque qualquer coisinha que existe na Obstetrícia a culpa é do obstetra (Méd.13).*

Percebe-se que os principais obstáculos na promoção de uma assistência de qualidade no processo de parto são: uma relação médico-paciente conflituosa, a dificuldade de estabelecer vínculo e os discursos sociais contidos no discurso agressivo e desnecessário da equipe ao caracterizar a atitude das mulheres como não responsabilidade e pouco colaborativa.

*E uma realização pessoal, apesar dos obstáculos, tem que gostar. É uma profissão que está ficando cada vez mais difícil em termos do vínculo com a paciente, das condições de trabalho (Méd. 11).*

*É difícil, a gente trabalha porque gosta. E ainda tem que ouvir: “quem mandou engravidar, por que arrumou? Não sei o quê”. Acho ridículo quem fala isso. Se eu assumi trabalhar no SUS, não importa quem vem, eu tenho que fazer o meu serviço, bem feito e apoiar quem precisa de mim da melhor forma (Med 14.)*

*Obstetra, na frente de, aquele que vem para ajudar. Não é para parir o neném pra ela, como se o obstetra fosse responsável pelo parto. E não é a mãe continua sendo responsável, ela tem que colaborar. Toda a sala de parto é a paciente (Med 4).*

Identifica-se aqui a capacidade discursiva de relativizar do *pathos* no *ethos* ao *ethos* no *pathos*, na tentativa de persuadir e convencer. Pode-se inferir que o discurso do profissional de saúde caracteriza o comportamento da mulher em função de abordagens normativas e preconcebidas, não demonstrando habilidade de estabelecer estratégias de cuidado capazes de promover as emoções necessárias para mudar as atitudes.

Considera-se que, embora tenha especificidades, o trabalho na assistência ao parto é coletivo, centrado na mulher, realizado por profissionais capacitados e habilitados para desenvolver atividades fundamentais à manutenção da estrutura institucional. Importante salientar que a não articulação interdisciplinar na assistência gera fragmentação do cuidado e dificulta os avanços.

## **DISCUSSÃO**

Os resultados do presente estudo permitem refletir sobre as perspectivas das mulheres e dos profissionais de saúde sobre a assistência ao parto. Constatou-se que cada discurso possui um tom, uma corporalidade que atribui legitimidade a este, apoiando-se em estereótipos culturais e valores de dado grupo social<sup>(6)</sup>. O ethos no discurso de si é embrião da disposição do profissional para o cuidado ético-político.

O discurso das mulheres é ambivalente, os sentimentos se mesclam na experiência do parto e nascimento<sup>(7)</sup>, com receio de se expressar livremente e acaba adotando comportamento passivo. A narrativa das enfermeiras é patemizada pela paixão e o fascínio que o parto desperta em quem cuida e revela um pensamento mágico. Ao dizerem por que são enfermeiras obstetras, sublimam possíveis dificuldades e desafios presentes no campo profissional, diferentemente do discurso médico, que fala da sua habilidade e competência profissional para intervir nas situações de risco e adversidade que possam surgir no momento do parto.

Evidencia-se uma relação profissional saúde-mulher permeada por trocas. Atribui-se assistência de qualidade a um valor padrão. Paga-se para ter melhor parturição e melhor saúde, herança de uma sociedade capitalista. Essa realidade pode ser constatada em muitos serviços do SUS, que a despeito de todas as estratégias para melhoria da assistência, o modelo de parto predominante ainda é considerado inseguro e não baseado em evidências científicas. E é frequentemente marcado por uma relação impessoal autoritária, que inclui formas de tratamento discriminatória, desumana e/ou degradante<sup>(8-9)</sup>.

O modo de as mulheres que participaram desta investigação conceberem o cuidado recebido traduz o modelo de poder disciplinar, descrito por Foucault como uma ação sobre o corpo, mediante o controle do gesto, do comportamento, da normalização do prazer e da interpretação do discurso, com o propósito de comparar e hierarquizar, construindo, assim, uma relação de poder<sup>(10)</sup>.

Ao fazer analogia da instituição hospitalar com um açougue, a mulher apresenta o parto como um evento traumático que pode colocar em risco a sua imagem e integridade corporal. Ao se remeter à figura de um açougue, seu discurso designa o receio de um corpo desfigurado e retalhado como a imagem usualmente vista no açougue, um amontoado de carne pendurada, fria e inerte. Essa ideia é corroborada pelo discurso médico, quando relata a perspectiva da população em relação à instituição hospitalar do município, o que gera desconfiança e medo nas gestantes.

Outra representação dessa figura analógica expressa no discurso é a redução da mulher ao seu corpo, sendo este a única potencialidade que interessa no momento. Um mero corpo capaz de gerar e parir, que deve ser controlado para atender à máquina antropológica do discurso, que define o que são a vida e o ser humano<sup>(11)</sup>.

Num contexto assistencial, a atuação do profissional enfermeiro ainda é restrita e subordinada na figura do médico. Pode-se constatar, pelo resultado de outras investigações, que a assistência em muitas maternidades está mais orientada para a resolução do parto do que para a satisfação da mãe, tendo como perspectiva final um parto rápido. Nesse modelo de atenção, priorizam-se os procedimentos em detrimento das manifestações de subjetividade da parturiente<sup>(12)</sup>.

Os discursos de enfermeiras sobre a sua prática assistencial parecem se imbuir de um estado emocional que desejam transmitir ou que almejam para a profissão, ainda com tantos obstáculos. Mas ao mediar esse discurso emotivo com a realidade, verifica-se que a enfermeira, na sua atuação profissional, além de ter paixão pelo que faz, precisa desenvolver habilidades e competências, adquirir segurança técnica e perceber a complexidade que envolve o processo de parir. O cuidado à mulher de maneira afetuosa, empática e segura exige um profissional diferenciado, com formação ético-humanística e científica<sup>(13)</sup>.

Nos cenários de investigação deste estudo, assim como em outras maternidades, constata-se que há um déficit no saber e no fazer em Obstetrícia, atribuído, muitas vezes, à influência biomédica na sua formação e atuação<sup>(14)</sup>. Deduz-se que tal fato pode levá-las a utilizar práticas não recomendadas pelas evidências científicas na condução do parto.

Destaca-se que essa problemática sobre o *ethos* da enfermeira obstetra emerge além do discurso sinalizado na fala das especialistas. Implica-se a necessidade de investimento em melhor formação e qualificação profissional permanente dessa categoria, bem como a reorganização dos serviços e a incorporação de protocolos assistenciais para a melhoria da qualidade<sup>(15)</sup>.

Corroborando essa interpretação um estudo realizado em Portugal sobre as representações sociais da enfermeira obstetra<sup>(16)</sup>, que retrata sua imagem com qualidades relacionais, capazes de promover a interação. As representações reafirmam-na como uma pessoa detentora de experiência profissional, com facilidade de transmitir conhecimentos, além de estimular a participação ativa da gestante.

Diante da diversidade de especificações que compõem o processo de trabalho em saúde, observa-se que o médico, no desempenho de uma ação, mobiliza, ao mesmo tempo, seus saberes e modos de ser e de agir. Esse modo de agir é influenciado por saberes específicos, pelo cenário histórico-social, por um paradigma hegemônico de ciência e pela cultura institucional e profissional<sup>(17)</sup>.

Essa reflexão sobre as práticas em saúde remete ao enfoque discursivo para Foucault, que afirma que todo enunciado traz práticas inerentes a cada sujeito e é possível identificar, no discurso, uma linguagem própria de uma classe ou de uma categoria. Por isso, compartilham de um mesmo *status*, a exemplo dos médicos, que possuem uma maneira bem peculiar de agir diante de situações complicadas e de risco<sup>(18)</sup>.

No discurso do médico, a responsabilidade do parto, centrada em suas mãos, e o receio de ser penalizado acabam por intervir na relação médico-parturiente, levando a uma atitude defensiva por parte desse profissional. O medo de ser negligente pode interferir na indicação da via de parto e expor mãe e recém-nascido aos riscos de uma cesárea desnecessária, além de efetivo aumento nos custos em saúde<sup>(19)</sup>.

Enfim, considera-se que, no campo da saúde, o limite dos saberes é impreciso, no qual uma profissão sempre busca apoio em outra para a realização de suas tarefas e que existe uma necessidade emergente de se construir práticas mais democráticas e de se estabelecer identidades sociais para as profissões e os campos de saber<sup>(20)</sup>.

Assim, a partir dos resultados deste estudo, deduz-se que, para a enfermeira obstetra, o significado do cuidado não se restringe à realização de procedimentos. O apoio empático, assim como as orientações e a utilização de práticas apoiadas no modelo humanizado, além de contribuir para uma vivência satisfatória do parto, apresentam-se como estratégias capazes de construir uma relação harmoniosa entre mulheres e profissionais de saúde e dar visibilidade ao trabalho da enfermeira, tão restrito, ainda, nos cenários de investigação deste trabalho.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise deu subsídios para dizer que imagens preconcebidas e estereótipos socialmente construídos são determinantes na constituição de *ethos* e *pathos* de parturientes e dos profissionais. Reconhece-se o parto como um processo que se dá à luz dos sentidos e que deve ser entendido como um evento de experiência humana e sócio-cultural: individual, interior, subjetiva e permeada por sentimentos e emoções. Assim, o cuidado à mulher no processo parturitivo deve ser construído por uma relação mais humana e próxima da parturiente. Nessa lógica, é preciso propiciar à mulher o

autoconhecimento sobre seu corpo, de maneira a participar ativamente de todo o processo e manifestar-se livremente.

Constata-se que é frágil a atuação da enfermeira no cuidado ao parto. Ainda persiste nos serviços o modelo de assistência obstétrica centrado no médico, com práticas intervencionistas e sem evidências científicas. Acredita-se que a mudança na assistência representa um desafio e exige ações conjuntas dos profissionais de saúde, dos gestores e da sociedade.

A realidade narrada evidencia que, para a redefinição do *ethos* e do *pathos* na configuração da imagem que o profissional tem de si e do outro na assistência ao parto, são imprescindíveis o apoio institucional, o compromisso dos gestores com políticas públicas e a formação qualificada de ambas as categorias. Acredita-se que a construção da imagem do *ethos* profissional de médicos e enfermeiros obstetras é fundamental para o delineamento de campos de saberes mais flexíveis, de forma que a atuação desses profissionais seja condizente com os seus papéis na reorganização do modelo e comprometida com os preceitos éticos e legais do cuidado obstétrico.

Este estudo abordou a perspectiva de mulheres e profissionais de saúde sobre a assistência ao parto em pequenas maternidades de municípios do interior de Minas Gerais, retratando uma limitação do estudo, já que revela um processo de trabalho e específica realidade cultural. No entanto, acredita-se que essa seja uma realidade encontrada em outras maternidades de outros municípios e estados brasileiros e que também poderiam ser cenários de estudos como este.

Considera-se que ainda existem muitos aspectos latentes entre as disciplinas profissionais envolvidas no cuidado à mulher que precisam ser investigados com mais profundidade como questões de gênero e sexo, classe e condição da mulher na sociedade e

no campo público. Tais aspectos estão intimamente relacionadas à constituição do *ethos* e do *pathos* da mulher parturiente e dos profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Charaudeau P, Maingueneau D. Dicionário de Análise do discurso. 3. ed., São Paulo:Contexto; 2014; p.220.
2. Pires EL. A dimensão subjetiva, da argumentação e do discurso: focalizando as noções de ethos e de pathos. EID&A. Revista Eletrônica de Estudos integrados. Ilhéus. 2012; (2):52-62.
3. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. OMS; 2014. Disponível em: [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).
4. Diniz S. Entrevista à Revista Coletiva. n15 jan/fev/mar/abr. 2015; (15). Disponível em: [http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=127:entrevista](http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com_k2&view=item&id=127:entrevista)
5. Nauderer TM, Silva MADS. Imagem da enfermeira revisão da literatura. Rev Bras Enferm. 2005 jan-fev; 58(1):74-7.
6. Pires EL. A dimensão subjetiva de argumentação e do discurso: focalizamos a noção de ethos e de pathos. EI&A. Revista Eletrônica de Estudos Integrados em Discussão e Argumentação, Ilhéus, 2012 maio; (2):52-62.
7. Reis VAF, Ramires XYA, Berlinck MTB. As dores do parto. Reflexões psicopatológicas em torno da angústia e do narcisismo primitivo. Estilos Clin, São Paulo, 2014 jan-abr.; 19(1):67-77.
8. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. [online]. 2009; 19(2), 313-326. ISSN 0104-1282.
9. Salgado HO. A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, 2012.
10. Souza WL. Ensaio sobre a noção de poder em Michel Foucault. Revista Múltiplas Leituras, 2011; 4(2):1-2.
11. Tibure M. Aborto como metáfora II. Revista Cult UOL. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 2013. Disponível em: <http://revistacult.uol.com.br/home/2013/10/aborto-como-metafora-ii/>.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p: il. Cadernos Humaniza SUS; v. 4.
13. Caus ECM, Santos EKA, Nassif AA, Monticelli M. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. *Esc Anna Nery* [online]. 2012; 16(1):34-8145.
14. Canassa NS, Andreazzi, Borenstein MS, Brüggemann O M, Gregório VRP. O saber/fazer das parteiras na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis-SC (1967/1994). *Rev Bras Enferm*, 2011 June [cited 2016 Oct 11]; 64(3):423-430.
15. Marchi NZ, Cruz EF, Goncalves R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2013; 18(4):105-1068.
16. Martins MFSV, Remoaldo PCAC. Representações da enfermeira obstetra na perspectiva da mulher grávida. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 2014 Jun.; 67(3):360-365. 950400019.
17. Souza SS, Costa R, Shiroma LMB, Maliska ICA, Amadigi FR, Pires DEP, *et al.* Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2010; 12(3):449-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6855>.
18. Foucault M. *Arqueologia do saber*. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.
19. Cury L, Paula FJ. Análise do perfil dos processos judiciais em Obstetrícia e o impacto do laudo pericial nas decisões do magistrado. *Saúde, Ética & Justiça*. 2013; 18(1):110-5.
20. Silva RM, Jorge HMF, Matsue RY, Ferreira Jr. AR, Barros, Nf. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). *Saude Soc*, São Paulo, 2016 Mar.; 25(1):108-120.



### 6.3 ARTIGO ORIGINAL - A DISCURSIVIDADE DO PARTO HUMANIZADO

#### **Resumo**

**Objetivo:** compreender a concepção dos participantes sobre a humanização do cuidado, considerando-se os saberes e práticas priorizados na assistência à mulher e ao recém-nascido durante o trabalho de parto e o parto. **Método:** trata-se de estudo de abordagem qualitativa, do tipo interpretativa. O método de pesquisa utilizado foi a análise de discurso, que teve como fonte de dados entrevistas com 36 parturientes, 10 enfermeiros e 14 médicos. Os dados coletados foram submetidos à análise de discurso. **Resultados:** as narrativas dos participantes sinalizaram para a formação de três categorias: a) o nosso parto é o clássico e associa o cuidado humanizado a modismo e à utilização de técnicas de alívio da dor; b) a humanização do parto ainda é um sonho: mostra as dificuldades para a atuação do enfermeiro obstetra e a concretização de assistência de qualidade; c) direito desconhecido ou direito negligenciado: evidencia o desconhecimento das mulheres sobre os seus direitos e a necessidade de prevenção contra um tratamento iatrogênico ou desrespeitoso. **Conclusão:** para promover a humanização da assistência, requer-se pensar em uma micropolítica do trabalho, capaz de ter como meios os encontros dialógicos e os espaços intercessores como potencializadores de uma conduta ética, comprometida e resolutiva.

**Descritores:** Assistência ao parto. Saúde da mulher. Violência contra a mulher. Humanização do parto.

**Descriptors:** Midwifery. Women's Health. Violence Against Women. Humanizing Delivery.

**Palabras clave:** Tocología. Salud de la Mujer. Violência contra a Mulher. Parto Humanizado.

## INTRODUÇÃO

Ao se fazer um resgate histórico da assistência ao parto, há registros de que no século XIX teve início gradativa perda de espaço das parteiras, primeiro para os cirurgiões barbeiros e em seguida para os médicos<sup>(1)</sup>. A partir desse fenômeno, muitas mudanças aconteceram na assistência à mulher, com o desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias e saberes no campo da saúde.

No cenário mundial, com o fim da Segunda Guerra, intensificou-se o processo de institucionalização do parto, com o objetivo de diminuir as taxas de mortalidade materna e infantil. No Brasil, como em outros países, o parto passou a ser um acontecimento médico, sendo necessário isolar a parturiente durante o processo de nascimento, o qual necessita de intensa medicalização e de rotinas, desapropriando a mulher de uma atitude ativa durante o trabalho de parto e parto<sup>(2)</sup>. O modelo de atenção obstétrica tornou-se reconhecido como extremamente intervencionista, tendo como representação mais significativa desse fato as taxas de cesárea mais altas do mundo<sup>(3)</sup>.

Nesse contexto, a humanização da assistência em saúde surge como uma alternativa para promover mudanças na realidade existente em muitos serviços pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), que demanda alterações na forma de produzir e gerir o cuidado em saúde, principalmente no que se refere ao acesso e qualidade dos serviços<sup>(4)</sup>.

Esse processo de tessitura e fortalecimento de novas práticas e saberes no cuidado à saúde resultou na implantação de uma Política Nacional de Humanização no ano de 2004,

com o propósito de conferir ao mesmo tempo robustez e sensibilidade a toda a rede de serviços do Sistema de Saúde<sup>(5)</sup>.

No campo da saúde materno-infantil, foram implementadas diversas experiências, com ênfase no apoio institucional, a exemplo do Plano de Qualificação das Maternidades e redes perinatais. Essas ações serviram de baliza para a implementação da Rede Cegonha no ano de 2011<sup>(6)</sup>, proposta de um novo modelo que visa integrar as ações e serviços de saúde para promover uma atenção a gestante e ao RN eficiente e de qualidade em todo o território nacional, com ênfase na satisfação dos usuários e melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil.

Nessa perspectiva, a política de humanização adquiriu novo sentido e ação, passando a ser compreendida como um modo de fazer inclusão, sustentada por uma tríade que incorpora três espaços: atenção, gestão e formação em saúde. Esse movimento inclusivo envolve valores institucionais, éticos, políticos e afetivos<sup>(5)</sup>. Além de conseguir agregar valores, o termo humanização configura-se numa forma menos punitiva para discursar com os profissionais de saúde sobre a problemática da violência obstétrica.

Embora tenha aprofundado a noção e diretriz de humanização - o que resultou em várias iniciativas positivas - no cotidiano de trabalho, principalmente nas pequenas maternidades, ainda há muitos entraves para se consolidar um modelo de assistência ao parto de maneira humanizada.

As maiores dificuldades para a mudança do atual modelo de assistência estão implicadas na necessidade de uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias. Requer modificações na estrutura física, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência<sup>(7)</sup>.

Contudo, além desses obstáculos, outra condição tem provocado ruídos na assistência materno-infantil, impossibilitando uma entonação mais harmoniosa das ações de cuidado. Essa inflexão parece estar justamente nas relações construídas entre o profissional de saúde e as mulheres no momento do parto, perpetuando um discurso técnico-científico, que associa o parto a situações de risco, dor, disfunção e necessidade de intervenção e medicalização do processo.

Considerando os impasses à humanização do parto que se divide entre argumentos acusatórios de ser um movimento elitizado, efêmero, liderado por profissionais não médicos; o discurso da crise do modelo de assistência ao parto; e a necessidade de mudanças de paradigmas, este estudo tem como objetivo analisar os discursos sobre a assistência ao parto, na perspectiva de gestantes e profissionais de saúde de uma rede pública da macrorregião oeste de Minas Gerais.

O presente artigo objetiva compreender a concepção dos participantes sobre humanização do cuidado, considerando os saberes e práticas priorizados na assistência à mulher e ao recém-nascido durante o trabalho de parto e o parto.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de pesquisa qualitativa, tipo interpretativa, utilizando-se como método a análise de discurso, na perspectiva de Foucault. A questão fundamental consiste em analisar o discurso construído na relação entre o profissional de saúde e a mulher na assistência ao parto.

O discurso é algo mais que a fala, algo mais que um conjunto de enunciados. O discurso é uma prática, e como no caso de qualquer outra prática social é possível definir as condições de sua produção. O enfoque apresentado por Michel Foucault traz elementos

da prática discursiva como: o discurso, o poder, as relações poder-saber e a produção da subjetividade<sup>(8)</sup>.

Buscando a diversidade, escolheram-se como cenário de investigação da pesquisa sete maternidades públicas dos municípios da macrorregião centro-oeste de Minas Gerais. A escolha foi proposital, considerando o fato de que pesquisas dessa amplitude habitualmente são desenvolvidas nos grandes centros e que pouco se sabe sobre a assistência ao parto e o cumprimento de diretrizes de humanização nas pequenas maternidades. O número de participantes da pesquisa foi determinado, *a priori*, por cenário, ou seja, um de cada categoria de profissionais envolvidos com o parto. A saturação foi mediante a avaliação das pesquisadoras, após julgar respondidos os seus questionamentos.

A seleção dos profissionais de saúde para a coleta de dados foi realizada aplicando-se os seguintes critérios de inclusão: estar inseridos no quadro de funcionários da maternidade pública e prestar assistência direta à mulher em trabalho de parto e parto; ser enfermeiro obstetra ou médico obstetra. Os critérios de inclusão estabelecidos em relação às mulheres foram: ter sido parturiente em uma das maternidades cenários deste estudo; ter tido parto normal ou cesáreo, com permanência de, no mínimo, seis horas; estar no puerpério e ter idade entre 15 e 45 anos.

Os participantes deste estudo foram 36 mulheres e 24 profissionais de saúde, sendo 10 enfermeiros obstetras e 14 médicos obstetras. Por se tratar de um estudo qualitativo, não foi intenção preocupar-se com a quantificação dos participantes, mas com a sua representatividade.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, com roteiro norteador e diário de campo, com o registro das observações feitas durante o trabalho de parto e o parto, procurando dar ênfase ao diálogo estabelecido entre os profissionais de saúde e as

mulheres. Em seguida, as entrevistas foram gravadas em aparelho digital e transcritas na íntegra, para análise e interpretação dos discursos, a partir das falas dos autores, de forma a garantir a integridade e fidedignidade das informações.

A análise compreendeu um movimento de três etapas: a) organização, transcrição e disposição dos discursos na íntegra; b) leitura vertical que compreende a leitura exaustiva de cada discurso individual para apreensão das ideias centrais; c) leituras horizontais para determinar as ideias ou significados que se assemelham ou não à organização dos dados convergentes em temas comuns, determinando as categorias e subcategorias.

Para garantia de anonimato, os participantes foram identificados de forma alfanumérica, de acordo com a primeira letra da categoria a que pertencem, como exemplo: M para as mulheres. E, a fim de discriminar os profissionais de saúde, optou-se por utilizar a abreviatura convencional - Méd. para médicos e Enf. para enfermeiros - todos seguidos do número, conforme aproximação para as entrevistas.

Na última etapa da análise, fez-se a interpretação dos resultados, estabelecendo discussão dos resultados encontrados com a literatura, a experiência e o conhecimento das pesquisadoras, configurando um movimento dialético e procurando revelar as determinações e as especificidades que se expressam na realidade.

O trabalho de campo teve início após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG - parecer número 791.265 CAAE: 3252471420000.5149 - e sua construção foi feita atendendo às exigências das Resoluções n<sup>os</sup> 196/96 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

### **1ª Categoria – O nosso parto é o clássico**

Ao narrar suas experiências ou aproximações com o cuidado humanizado, o discurso médico traz argumentos técnicos, científicos, estruturais e de processo de trabalho, para justificar a assistência ao parto oferecida no cotidiano das maternidades, cenários de investigação desta pesquisa.

*A gente sabe que existe de tudo: o médico atencioso, o médico menos atencioso, mas no geral aqui na maternidade o tratamento é bom. A gente tenta técnicas mais humanizadas. Hoje em dia a gente tem dificuldade pela situação que as maternidades do SUS vêm enfrentando, tem situações mais urgentes para resolver, mas dentro das possibilidades é um atendimento humanizado. Não tem doulas, em todos os plantões, mas existe uma preocupação em tentar deixar este momento mais suportável (Méd.1).*

*O hospital não é ruim, mas tem uma fama ruim, na verdade ele é muito bem equipado, tem uma estrutura e uma administração boa, que consegue manter no hospital o ginecologista, o pediatra, uma equipe de enfermagem. A assistência à parturiente, hoje, apesar de faltar algumas coisas, eu considero ela muito boa, porque a gente não passa mais dificuldades, tem o anestesista na hora que precisa, é muito bom de trabalhar e seguro (Méd.7).*

Os discursos sinalizam uma tendência a rotular a humanização como um modismo ou uma medida alternativa e que se restringe às inovações na forma de nascer e a utilização de técnicas para alívio da dor. Acredita-se que para haver mudanças é necessário rever a estrutura física das maternidades.

*Em questão da dor, estas técnicas de alívio da dor, a gente tem aquela bola, né, para a paciente usar no trabalho de parto, então eu acho que, se não é o ideal, é o que a gente pode fazer dentro da nossa realidade, quando eu vejo comparado com outros lugares, eu acho que é um lugar legal (Méd.1).*

*O nosso parto é clássico, é o tradicional, aqui a gente não tem parto alternativo tipo Laboyer, na água, nada disso, principalmente porque a gente não tem estrutura pra isto, eu venho brigando desde que eu entrei aqui e isto tem uns 20 anos, que a gente tem necessidade de uma maternidade separada do hospital porque a gente precisaria ter uma estrutura melhor (Méd.6).*

*Eu acho que, desde aquela época, há vinte e tantos anos atrás, eu já fazia parto humanizado, como não tinha estes métodos psicoprofiláticos para alívio da dor eu fazia com analgesia e principalmente nas*

*pacientes particulares. Tem filmes que eu coloquei a criança no colo da mãe, sem desligar o cordão (Méd.8).*

*Acho o nosso serviço razoável, conheço o Sofia, já estive lá fazendo curso, aqui não tem os tipos de parto, parto dentro d'agua, casa de parto. A não ser estas coisas, eu acho que nós não devemos muita coisa aos outros não, e acho que a gente trata razoavelmente bem, aqui a gente não vê grandes aberrações (Méd.9).*

Os achados desta investigação evidenciam entraves na assistência pré-natal como um impasse à humanização do parto. Uma rede de saúde pouco eficaz e a pouca qualificação dos profissionais são os principais problemas apresentados. A ordem do discurso vigente defende a posição e o espaço da especialidade e desqualifica a prática do profissional generalista.

*Hoje é assim, qualquer coisinha manda para o hospital, a maternidade está fazendo um serviço que não é função dela, então isso, às vezes, desgasta a gente sem precisão. Fala-se muito em parto humanizado, mas não existe só um sentido não, as coisas são de mão dupla, tem que ser humanizado para o obstetra também (Méd.4).*

*O pré-natal na nossa cidade não existe, quem faz o PN é o pessoal do PSF. As mulheres chegam aqui, muito malpreparadas e não tem como em poucos minutos mudar esta situação. Porque explicar o que é o trabalho de parto é coisa do pré-natal (Méd.6). (Méd.10).*

*E falta médicos no pré-natal, no núcleo de saúde da mulher não tem médico (Méd.7).*

*Alguns profissionais não se empenham no serviço em função da má-remuneração, tem dia que não tem plantonista e o poder público acha que a gente é responsável por isso aqui (Méd.3).*

Outro problema mencionado no discurso é a falta de vínculo entre os serviços que prestam a assistência pré-natal e ao parto.

*Acho que deveria ser mais atrelado o pré-natal com o parto, a gente precisava ter mais tempo, mais intimidade com a paciente. Mas a situação econômica do país, sei lá, este descaso com a saúde, não deixa isto acontecer (Méd.9).*

*E, assim, hoje as pacientes fazem pré-natal com um médico e ganha com outro, então ela não tem "vínculo nenhum", então ela já chega com medo, como é que ela vai ter um parto se ela está com medo do médico que vai dar assistência pra ela? (Méd.10).*



Ao falar sobre a humanização do parto, os profissionais fazem uma analogia com o processo, comparando-o a uma utopia. Esse sentido atribuído à humanização, como o que se imagina perfeito, inalcançável, nunca um bem concreto, tende a frustrar o profissional de saúde que se sente desmotivado.

*Na questão estrutural tá longe de ser o ideal, infelizmente. Eu acho que chega a ser uma utopia o que a gente poderia ter, pelo fato que a gente trabalha num local que não te oferece estrutura e não é só aqui na maternidade, eu já trabalhei em outros lugares com pacientes do SUS. Na lei você tem direito a uma analgesia que na verdade não é prestada, não tem um número de anestesistas suficientes aqui, por exemplo (Méd.11).*

Ou ter um sentimento de alienação ao processo, de não pertencimento, proferindo um discurso sarcástico, retórico e irônico.

*Aqui no interior, a maioria dos partos são cesarianas e não tem nada de humanização, estão chegando as primeiras enfermeiras obstetras. Já tem quantos anos falando-se em Rede Cegonha, que nunca chega esta cegonha! Antigamente eram nove meses pra ela chegar. Então seria uma esperança, o nosso projeto é para ser humanização, trabalhar com enfermeira obstetra, então é isso o que eu quero e o que me faz ficar dando os plantões aqui, quando você vê os modelos funcionando fica mais fácil de você implantar e as outras cidades virem atrás, mas eu acho que ainda vai levar muito tempo, no Brasil, tudo é muito moroso (Méd.8).*

*Aqui no município, a humanização do parto é coisa recente, nem todos estão interagidos com o parto não interventivo, mais natural. Então, assim, aqui da turma eu acho que metade está mais relacionada com o parto humanizado, a outra metade, eu acho, ainda está muito no intervencionismo (Méd.12).*

O discurso do médico é contraditório. Ao mesmo tempo em que se pronuncia como um adepto do processo de humanização do parto, mostra-se contrário a algumas estratégias do programa, como o parto domiciliar, o qual percebe como um retrocesso.

*Muita gente hoje defende a humanização do parto, o parto domiciliar, que é um parto que eu não concordo, apesar de ser humanizado e tudo, porque num parto domiciliar você não sabe se o parto vai complicar, se complicar, dez minutos podem ser cruciais. Hoje no Brasil foi uma conquista grande de mais de 90% dos partos serem hospitalares. Aí eu acho que seria retroagir, acho que seria melhor fazer o que a*

*gente tá querendo fazer aqui, uma imitação do domicílio dentro do hospital, se tiver uma complicação, você tem chance de socorrer mais rápido (Méd.8).*

Muitos profissionais de saúde entendem humanização como um modismo que se restringe aos diferentes tipos de parto oferecidos em alguns serviços, a exemplo do parto domiciliar e do uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor. Isso reforça a ideia de que a mulher não é capaz de parir sem a tecnologia médica e desconsidera toda a afetividade e sexualidade que envolve o processo de parto e nascimento.

## **2ª Categoria - A humanização do parto ainda é um sonho**

Nos discursos das enfermeiras ressaltou-se que a assistência ao parto ainda é muito centrada na técnica. Para humanizar o cuidado parturitivo, é preciso fortalecer as relações profissionais de saúde-pacientes-familiares, estabelecer o vínculo e diálogo com a mulher e estimular o parto normal.

*A gente tem muito que melhorar na humanização, no atendimento, temos que conscientizar os profissionais, principalmente os médicos, do direito de escolha e de opção das mulheres. Porque os médicos mais antigos, eles acham que o que eles falam é lei, tinha que relevar algumas coisas, deixar a paciente optar também, deixar ela falar não tem diálogo, é muito difícil eles fazerem "vínculo" com as pacientes (Enf.2).*

*A assistência ainda é muito pouco humanizada, a maioria dos profissionais, veem a gestante como um procedimento, que tem início, meio e fim, friamente. Tá muito mecanizado! Ainda tem muita resistência ao acompanhante na sala de parto, tem aquela história que o acompanhante prejudica mais do que ajuda (Enf.4).*

*Ainda existe muito esta questão da desumanização, muitos profissionais ainda não sabem lidar com a dor, às vezes, não aceitam algumas atitudes das gestantes. E a gente necessita também mudar um pouco das estruturas para melhorar a questão da Humanização e da privacidade (Enf.3).*

*Se eu generalizar, a aproximação médico-paciente não existe, a assistência é um pouco distante do que é planejado, mas humanizado ao mesmo tempo é uma coisa assim, que tem vínculo, mas não tem o apoio e o incentivo ao parto normal (Enf.6).*

Sinaliza-se que o profissional enfermeiro pode ser um facilitador do processo parturitivo, associando conhecimentos técnicos e científicos a condutas mais humanizadas de assistência. O discurso dos profissionais destaca o processo de trabalho nas maternidades cenários desta investigação como um dificultador para viabilizar a humanização do cuidado.

*Como enfermeira obstetra a gente tem muitos sonhos, projetos, tenta trazer melhorias. O meu sonho é que eu pudesse ter mais disponibilidade para acompanhar o trabalho de parto e poder contribuir. Ficar por conta do que é o meu papel na obstetrícia, e não das outras partes administrativas, igual eu tenho que prestar assistência no berçário. Estes detalhes tiram a gente um pouco do nosso foco, mas como é uma instituição, preciso estar nela integral (Enf.3).*

*O meu trabalho é prestar uma assistência o máximo humanizada possível, por mais que as estruturas da maternidade, do SUS em si, não ofereçam recursos. Então, a gente sempre tem que estar procurando priorizar o atendimento da paciente. Infelizmente nem tudo que a mulher tem direito durante é possível ofertar a ela. Então o mínimo que a gente pode ofertar é a nossa assistência de qualidade, dentro dos nossos limites e peculiaridades, fazendo com que esta mulher tenha um trabalho de parto humanizado (Enf.10).*

*A gente tem trabalhado com o projeto doulas, a gente está tentando inserir isto aqui, o que é também uma mudança cultural agregar o pré-natal da secretária com a unidade materno-infantil aqui da maternidade (Enf.6).*

Nessa perspectiva, é possível reconhecer que, para a continuidade da atenção ao parto e nascimento, faz-se urgente uma prática com a intencionalidade de, efetivamente, proporcionar o acesso das gestantes aos serviços disponíveis. Nessa busca, há que se pensar em uma micropolítica do trabalho capaz de ter como meios os encontros dialógicos e os espaços intercessores (interação/intervenção) como potencializadores de uma conduta ética, comprometida e resolutiva.

### **3ª categoria - Direito desconhecido ou direito negligenciado**

Muitas mulheres deixam claro no seu discurso que desconhecem o direito a um acompanhante durante o trabalho de parto e o parto, mesmo sendo uma medida de destaque no programa de humanização a assistência ao parto e nascimento.

*Eu não sabia se podia entrar, aí eu perguntei. Era a minha vontade, só que não foi planejado, se fosse normal seria assistido, como não foi normal e foi tudo tão de repente. A minha sogra conseguiu ver só pelo buraco (M12).*

*Ele pediu para entrar, mas eles falaram que não podia, os enfermeiros filmaram para ele ver. Eu penso que é mais por segurança, por ser um lugar mais reservado, pra não pegar infecção (M13).*

Diferentes justificativas são apresentadas para cercear a entrada do acompanhante na sala de parto:

*Minha mãe ficou na sala de espera, ela queria entrar (M16; M17; M18; M29; M30).*

*Ela ia até filmar, mas a moça falou que não podia. A gente nem é tão informada, eu também achei que ela ia entrar (M14).*

*Não autorizaram porque a sala era pequena (M15).*

*Eles falaram que primeiro tinha que preparar a sala e depois não acharam ela (M21).*

*Eles disseram que era complicado a gravidez, não tava no prazo certo (M33).*

*Minha mãe chorou, pediu pra me acompanhar, a médica não liberou, falou que não podia entrar, que ela poderia ver só pelo vidro (M29).*

Algumas mulheres não identificam qual é o papel do acompanhante e dizem ter receio de se sentirem constrangidas ou envergonhadas com sua presença.

*Olha, pra mim, sinceramente, não faria diferença, pelo sofrimento, porque a gente nem vê muita coisa lá naquele momento, com eles ou sem eles eu ia sentir as mesmas coisas (M19).*

*A minha mãe nem esperava assistir, porque é muito raro isso acontecer (M32).*

*Eu prefiro ficar sozinha, a gente fica com vergonha, constrangida no parto normal (M34).*

Ao contar como foi o nascimento do recém-nascido, algumas mulheres se referem a uma ajuda, a qual se pode inferir como sendo a manobra de Kristeller, demonstrando desconhecer os riscos que implicam a utilização dessa intervenção, não recomendada pelas evidências científicas, na condução do parto.

*Ajuda bastante, porque só a força da gente não dá não, a gente com fome tem que fazer um período grande de jejum, fica fraca, então tem que ter uma ajuda mesmo (M19).*

*Eu não sei descrever direito numa hora desta, a gente tá sentindo muita dor, não percebe as coisas direito, mas eu acho que ajudou porque na hora eu tava muito apavorada, não ia conseguir respirar direito não (M22).*

Quando a mulher está bem orientada, ela consegue identificar as boas práticas de cuidado, como a amamentação na primeira hora de vida e a não intervenção no período expulsivo. Assim passa a questionar os procedimentos que podem ser danosos para a sua saúde e a do RN.

*Ele não veio para o meu peito hora que nasceu, eu pedi a pediatra, mas ela disse: “não, primeiro a gente faz os procedimentos que tem que ser feito, na hora que ele puder, ele vai”. Aí, depois colocou ele no peito, deixou 2 minutinhos e levou para aspirar. Ela disse que ele havia aspirado mecônio, só que não aspirou porque o teste de apgar dele deu 9 e 10. E no plano de parto eu pedi para não aspirar e pra não pingar o colírio de prata, aí ela leu e falou “vocês ficam inventando moda” (M35).*

*Eu falava com ele “eu não quero que você faça isso, tá doendo”, e ele falava “você está louca, não estou empurrando a sua barriga não, só colocando a mão em cima”, e chegou um momento que ele virou e falou: “agora eu vou te ajudar a empurrar a sua neném” e foi para fazer a manobra de Kristeller, quando ele fez isso eu fiquei muito nervosa, empurrei o braço dele e disse “eu falei pra você não empurrar a minha neném”, aí ele saiu bravo pisando alto na sala de parto (M36).*

Pode-se abstrair, pelo discurso, que o enfrentamento aparece como uma forma de se defender contra a violência obstétrica, embora seja constrangedor pensar que a mulher tem que se armar para se defender, para ter o parto desejado. O respeito e a autonomia no parto deveriam ser direitos garantidos sem luta.

## **DISCUSSÃO**

Compreende-se que, por ser uma política que envolve diretrizes teóricas e filosóficas do campo discursivo e que se concretizam em ações e estratégias institucionais, a humanização tem perspectivas diferentes no cotidiano de trabalho<sup>(9)</sup>. Para discutir a

humanização tem que trazer a interdiscursividade, pensar a humanização como uma prática social.

No discurso médico, a assistência ao parto é considerada razoável. Nas narrativas enfatiza-se a utilização de técnicas de alívio da dor na condução do parto, como se fosse a única estratégia proposta de humanização no cuidado, além da afirmação de não haver iatrogenias desse cuidado. Os principais obstáculos apresentados para a efetivação e a continuidade da assistência humanizada, na perspectiva desses profissionais, são: a inexistência do pré-natal, a falta de médicos especialistas, uma infraestrutura ruim e a indiferença política

Algumas fragilidades realçadas pelos participantes desta pesquisa são observadas em outras investigações, as quais apuraram que, a despeito do aumento da cobertura da assistência pré-natal no país e do fato de 75,6% das gestantes serem atendidas por médicos, apenas um quinto das mulheres recebe cuidado adequado, conforme os procedimentos básicos preconizados pelo Ministério da Saúde<sup>(10-11)</sup>.

A pesquisa “Nascer no Brasil” revela que há uma grande variação na utilização de boas práticas na assistência ao parto, diferindo conforme a região do país e o tipo de financiamento do parto. Esse resultado demonstra fragilidades nas condutas, as quais não são baseadas em evidências científicas, e confirma que a informação do médico não é suficiente para promover um cuidado humanizado<sup>(12)</sup>.

Nos discursos das enfermeiras, a desumanização expressa-se em ações fragmentadas, na falta de vínculo e no tecnicismo do cuidado. As entrevistadas referem-se à questão da autonomia feminina como fundamental para o processo de humanização da assistência ao parto e nascimento e enfatizam a importância da não intervenção e do respeito à fisiologia feminina.

Num modelo assistencial tecnocrático, a enfermagem obstétrica procura incorporar princípios de cuidado como: o estímulo à fisiologia do parir, a sensibilidade, subjetividade e intersubjetividade no ambiente. Dessa maneira, o protagonismo feminino se mostra com respeito à cidadania, direitos e autonomia das mulheres<sup>(13)</sup>.

Destaca-se o vínculo como uma diretriz essencial à consolidação da humanização do cuidado em saúde, permitindo a participação ativa da usuária como sujeito autônomo na promoção da sua saúde. No cotidiano das instituições de saúde, a instabilidade do profissional e a falta de comunicação entre a equipe e o usuário interferem tanto na dinâmica do trabalho, como na construção de vínculo entre a equipe e os usuários, o que impacta diretamente na efetividade dos serviços de saúde<sup>(14)</sup>. Revela-se uma oferta insuficiente de práticas que garanta a humanização.

Muitas mulheres entrevistadas mostraram desconhecer seus direitos, como a presença de um acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto e o parto. E apenas algumas mulheres conseguem identificar a utilização de práticas consideradas, atualmente, prejudiciais à mãe/recém-nascido.

A partir deste resultado, é importante sublinhar não apenas o empoderamento e a autonomia, mas referenciar também o lugar social da mulher, porque se corre o risco de o profissional ter um discurso falacioso, ignorando a hierarquia reprodutiva em relação a classe social, raça, idade e sexo difundida pelos meios de comunicação, a qual pode servir como mecanismos para o exercício de poder<sup>(15)</sup>.

Ao falar sobre práticas de humanização, alguns discursos fazem referência à estratégia do parto domiciliar que tem se configurado como uma polêmica no campo da saúde. E acredita-se que seja exatamente o fato de acontecer fora do ambiente hospitalar que tenha fomentado as opiniões contrárias. Mas é importante destacar que, apesar do

discurso controverso de alguns profissionais, o domicílio apresenta-se pelas evidências científicas como um ambiente seguro e viável para o parto<sup>(16)</sup>.

A atuação do enfermeiro obstetra na perspectiva dos participantes desta pesquisa ainda representa um sonho, visto que esse profissional se depara com muitas dificuldades, seja pelos limites impostos pela estrutura física, pelas normas e rotinas hospitalares ou mesmo pela cultura institucional ainda muito centrada no profissional médico<sup>(17)</sup>. Acredita-se que, para ultrapassar esses limites e conseguir consolidar a profissão, a enfermagem deve adotar postura reflexiva, agregando conhecimentos para que possa atuar de forma ativa e emancipatória, mesmo na adversidade.

Nessa direção, pode-se afirmar que, para a concretização da humanização, faz-se necessário que certos gestos não sejam feitos sem hesitação, que mude os modos de perceber e as maneiras de fazer e que surja um novo sentido para a sensibilidade e a tolerância<sup>(18)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise tecida a partir dos resultados encontrados neste estudo permite entender que não existe um único caminho para promover a qualificação e as mudanças necessárias para efetivar a humanização do processo de parto e nascimento. Mesmo porque envolve questões complexas, tanto do ponto de vista da estrutura dos serviços, como tomadas de decisões políticas, bem como da incorporação de valores subjetivos, formativos e de capacitação pelos profissionais de saúde.

Este movimento de refletir sobre a discursividade do parto humanizado representa uma ação crítica, no sentido de rever os modos de saber-ser, saber-fazer e saber-dizer de forma a empreender modos de gestão e atenção que radicalizem a humanização (



pressupostos, diretrizes e instrumentos) buscando o que há de contra-hegemônico, na sua hegemonia.

Este estudo apresenta como contribuição principal o confronto do discurso vigente nas propostas de humanização com a prática que o profissional institui no exercício de sua profissão. Procura destacar quais as implicações do discurso do campo da saúde na vivência do parto para muitas mulheres, cujo empoderamento pode não fazer diferença alguma. Espera-se que essa estratégia possibilite a reflexão do processo de humanização do parto e nascimento norteado pelas políticas públicas de saúde e pela incorporação de valores e princípios essenciais ao cuidado humano e que esta análise não se limite apenas ao discurso teórico.

## REFERÊNCIAS

1. Salim NR, Glauce CFS, Jacqueline IMB, Dulce MRG. Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional. *Cogitare Enfermagem*, [s.l.], 2012 dez.; 17(4). ISSN 2176-9133.
2. Matos GC, Escobal AP, Soares MC, Härter J, Gonzáles RIC. Artigo de revisão integrativa de literatura. A trajetória histórica de políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev de Enferm. UFPE on line*. 2013 mar.; Esp. 7, 870-8.
3. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-P M, *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*, 2014; 30.

4. Malheiros PA, Alves VHA, Rangel ATS, Vargens OMDC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 abr-jun; 21(2):329-37.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Histórico do modelo de atenção ao parto e nascimento com que trabalhamos. *Cadernos Humaniza SUS* .2014.
6. Cavalcanti PCS, Gurgel JGD, Vaconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis [Internet]*. [cited 2016 June 26]; 2013 dez; 23(4):1297-1316.
7. Porto AAS, Costa LP, Velloso NA. Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa *Rev Ciência e Tecnologia*, Rio Grande do Sul, 2015; 1(1):12-19.
8. Foulcaut, Michel. *A arqueologia do saber*. 7. ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005; 221 p. Tradução de: *L' Archéologie Du savour*.
9. Santos IS, Okazaki ELFJ. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. *Rev Enferm UNISA*. 2012; 13(1):64-8.
10. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme Filha MM, Gama SGN, *et al*. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37(3):140-7.

11. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, *et al.* Assistência pré-natal no Brasil *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2014; 30(Sup):S85-S100.
12. Declercq E. É a intervenção médica no parto inevitável no Brasil? *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2014; 30(Sup):S17-S47.
13. Pereira ALF, Bento AD. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev Rene*, Fortaleza, 2011 jul/set; 12(3):471-7.
14. Viegas SMF, Penna CMM. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene*, Fortaleza, 2012; 13(2):375-85.
15. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Rev Bras Anesthesiol.* [Internet]. [cited 2016 Aug 09]. 2011 jun; 61(3):382-388.
16. Mattos DV, Vandenberghe L, Martins CA. Motivação de enfermeiros obstetras para o parto domiciliar planejado. *Rev Enferm UFPE on line*, Recife, 2014 abr; 8(4):951-9.
17. Almeida OSC, Gama ER, Bahiana PM. Humanização do parto a atuação dos enfermeiros. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2015 jan.-jun; 4(1):79-90.
18. Foucault M. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. *In*: Motta MB. (org.). *Ditos & escritos IV: estratégia, saber-poder*. Rio de Janeiro: Forense. Universitária, 2006; p. 335-351.

## 6.4 ARTIGO ORIGINAL - CADA PARTO É UMA HISTÓRIA: PROCESSO DE ESCOLHA DA VIA DE PARTO

### Resumo

**Objetivo:** analisar os discursos sobre escolha da via de parto na perspectiva de mulheres e profissionais de saúde de uma rede pública. **Métodos:** a abordagem metodológica é a análise do discurso. A coleta de dados foi mediante entrevistas e o tratamento dos dados foi a partir da análise do discurso. **Resultados:** constituíram-se as categorias: a) a cesárea não é indicada - a gente vai de parto normal; b) a complexidade da escolha da via de parto; c) é preciso legitimar a escolha da mulher. **Considerações finais:** na perspectiva das parturientes o tipo de parto é determinado pelo médico e as mulheres não são proativas. A atuação do enfermeiro é tímida, embora sua presença seja fundamental para o estímulo ao parto fisiológico e promoção da autonomia das mulheres. Identifica-se a necessidade de o médico adotar uma conduta acolhedora, informando às mulheres sobre os benefícios e prejuízos implicados na escolha da forma de nascer.

**Descritores:** Assistência ao parto. Saúde da mulher. Discurso. Parto normal. Cesárea.

**Keywords:** Childbirth care. Women's health. Speech. Normal delivery. Cesarean.

**Palabras clave:** La atención del parto. La salud de la mujer. La voz. El parto normal. Cesárea.

### INTRODUÇÃO

No cuidado ao parto, o aprimoramento de novas técnicas, assim como o respeito à autonomia das mulheres e as indicações médicas, implicou diretamente a escolha da via de nascimento. Todavia, ocorreu aumento do número de operações cesarianas com indicações precoces, o que adicionou morbidades para o binômio mãe/filho e custos para os serviços de saúde, tornando-se um problema de saúde pública<sup>1</sup>.

Atualmente, no modelo de atenção ao parto vigente no país mais da metade das crianças brasileiras nasce pela via abdominal, índice que chega a aproximadamente 80% na rede de saúde suplementar, atingindo proporções acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde, que é de 10 a 15%<sup>2</sup>.

Considera-se essa estimativa da OMS questionável, por desconsiderar as diferenças regionais e culturais, as especificidades dos modelos de atenção ao parto e as mudanças no comportamento feminino ao longo do tempo. São aceitáveis taxas de cesárea em torno de 19%, de acordo com a situação vivenciada por alguns países<sup>3</sup>.

Na assistência obstétrica, questões relativas ao modo de nascer polarizam o discurso de mulheres e dos profissionais de saúde. A escolha entre “cesárea e parto

normal” causa controvérsias em diferentes campos discursivos, mobiliza ativistas, defensores persistentes e opiniões divergentes que acabam por criar falsas indicações e comprometer a segurança da tríade mãe/recém-nascido/pai.

Diante disso, é importante ressaltar que a maioria das indicações de cesáreas é relativa e não baseada em evidências científicas<sup>4</sup>. No campo da saúde, discursos como: “o bebê é grande para nascer de parto normal” e “a circular de cordão pode sufocar o bebê” invadem o cotidiano de maneira midiática e com o objetivo de persuadir as mulheres que, com receio da dor ou medo de serem desrespeitadas, acabam mudando de opinião em relação à escolha inicial da via de parto.

Entende-se que a decisão pelo tipo de parto compreende um fenômeno que acompanha todo o processo de gravidez, uma vez que essa iniciativa cria inúmeras expectativas na gestante desde o início e continua sendo referida mesmo depois do desfecho final. Essa expectativa persiste na forma de lembranças e sentimentos ou até mesmo em consequências para a saúde, que passam a fazer parte da sua história.

A cesariana, especificamente, pode ter efeitos adversos evidentes e persistentes ao longo da vida de mães e filhos. Pesquisas epidemiológicas mostram que, em comparação aos nascidos de parto vaginal, os nascidos pela via abdominal têm risco aumentado de sobrepeso e obesidade, diabetes, asma, alergias digestivas e de pele, entre outros problemas relacionados às características da imunidade e do metabolismo<sup>5</sup>.

Ao enunciar sobre a via de parto, diferentes argumentos são utilizados, tanto por profissionais de saúde como por mulheres, para justificar ou ponderar sobre as suas escolhas. Dessa maneira, o desejo e as preferências pessoais destacam-se em relação aos conhecimentos técnico-científicos como determinantes na incidência de altas taxas de cesarianas<sup>4</sup>.

Frente a essa problemática, este artigo tem como objetivo analisar os discursos sobre a escolha da via de parto na perspectiva de mulheres e profissionais de saúde de uma rede pública. Priorizando as expectativas dos participantes em relação à via de parto.

## **MÉTODO**

Trata-se de estudo interpretativo de abordagem qualitativa. A escolha do método qualitativo deve-se à complexidade da situação estudada e à natureza do problema de pesquisa. Esse caminho metodológico possibilita analisar situações que extrapolam os dados quantitativos, além de considerar a subjetividade, a complexidade e o dinamismo do fenômeno<sup>6</sup>.

A abordagem metodológica utilizada é a análise do discurso<sup>7</sup> na perspectiva de Foucault e Pêcheux, considerando-se que, neste estudo, a questão fundamental é analisar o discurso construído na relação entre o profissional de saúde e a mulher na assistência ao parto. Nessa interação discursiva, pode haver momentos em que o discurso da mulher contrapõe-se àquele do profissional de saúde ou a tentativa, por parte dos participantes, de se apropriarem da lógica interna do discurso dominante no campo da saúde.

Compreende-se que o discurso é socialmente constitutivo. A linguagem é posicionada na prática social, sendo o discurso um momento dessa prática que se depara com outros momentos, como o discursivo e o não discursivo. Foucault revela a ligação entre o discurso, o desejo e o poder. E indica que nessa imbricada relação nem tudo pode ser dito, depende das circunstâncias e de quem diz, há aqueles que podem e aqueles que não podem falar<sup>7</sup>.

Os cenários de investigação da pesquisa foram sete maternidades públicas dos municípios da macrorregião centro-oeste de Minas Gerais. A escolha foi proposital, considerando o fato de que pesquisas dessa amplitude, habitualmente, são desenvolvidas nos grandes centros e que pouco se sabe sobre a assistência ao parto nas pequenas maternidades.

Participaram deste estudo 36 mulheres, 10 enfermeiras obstetras e 14 médicos obstetras. Por se tratar de estudo qualitativo, não foi intenção preocupar-se com a quantificação dos participantes, mas com a sua representatividade, *a priori*. A amostragem final foi feita por saturação teórica, quando se percebeu que não havia mais acréscimo nas informações obtidas. Priorizou-se, entretanto, pelo menos um profissional médico e um enfermeiro de cada cenário.

Os critérios de inclusão para os profissionais de saúde foram: estar inseridos no quadro de funcionários da maternidade e prestar assistência direta à mulher no parto; ser enfermeiro ou médico obstetra. Em relação às mulheres: ter sido parturiente em uma das maternidades cenários deste estudo; ter tido parto normal ou cesárea, com permanência de, no mínimo, seis horas; estar no puerpério e ter idade entre 15 e 45 anos.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, no período de setembro de 2014 a março de 2015, com roteiro norteador e diário de campo, para registro das observações feitas durante o trabalho de parto e no parto, procurando dar ênfase ao discurso estabelecido entre os profissionais de saúde e as mulheres. Em seguida, as entrevistas individuais foram gravadas em aparelho digital e transcritas na íntegra, para

análise e interpretação dos discursos a partir das falas dos autores, de forma a garantir a integridade e fidedignidade das informações.

A análise compreendeu um movimento de três etapas: a) organização, transcrição e disposição dos discursos na íntegra; b) leitura vertical, que compreende a leitura exaustiva de cada discurso individual para apreensão das ideias centrais; c) leituras horizontais para determinar as ideias ou significados que se assemelham ou não à organização dos dados convergentes em temas comuns, determinando as categorias e subcategorias.

O anonimato dos participantes foi garantido mediante identificação alfanumérica, conforme o segmento ao qual pertencem: M para as mulheres, Méd. para médicos e Enf. para enfermeiros, seguidos do número de acordo com a aproximação para as entrevistas.

O trabalho de campo teve início após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG - parecer número 791.265 CAAE: 3252471420000.5149 - e sua construção foi feita atendendo às exigências das Resoluções nºs 196/96 e 66/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

## **RESULTADOS**

### **Características dos participantes**

A idade das mulheres participantes da pesquisa variou entre 16 e 38 anos. Os resultados evidenciaram que, das 36 participantes, 10 não concluíram o ensino fundamental, 13 não finalizaram o ensino médio, 11 completaram o ensino médio e apenas duas ingressaram na universidade.

No quesito religiosidade, 16 mulheres eram evangélicas, 19 católicas e uma nega pertencer a qualquer seita ou religião.

No que diz respeito à renda familiar, 24 mulheres referiram viver com menos de dois salários mínimos, quatro possuem renda familiar de até três salários mínimos, e somente duas mulheres têm renda familiar de até cinco salários mínimos, as demais não souberam informar.

Em relação à via de parto, constata-se que 24 parturientes tiveram partos normais, sendo nove com episiotomia, e 12 gestantes se submeteram a uma cesariana. A análise dos testemunhos permitiu identificar que, para 17 mulheres, quem escolheu a via de parto foi o

médico, 18 mulheres relataram terem participado da escolha da via de parto e apenas uma delegou a escolha da via de parto à enfermeira.

Todos os profissionais enfermeiros que atendiam aos critérios de inclusão aceitaram participar da pesquisa. Dos 10 enfermeiros obstetras que colaboraram com o estudo, nove são do sexo feminino e apenas um é do sexo masculino. Quando questionados sobre o tempo de formado, estes tinham dois a seis anos de experiência profissional como especialistas.

Dos 14 médicos obstetras entrevistados, 11 eram do sexo masculino e cinco do sexo feminino. Todos declararam ser especialistas com residência médica e trabalham tanto na rede pública quanto na privada. No tocante à experiência profissional, a maioria tem significativa trajetória na assistência materno-infantil, tendo entre 15 e 37 anos de formação.

A análise dos resultados suscita reflexões sobre as expectativas e especificidades na escolha da via de parto, quais são os determinantes dessa escolha, qual a capacidade das mulheres em exercerem a autonomia durante todo o processo, inseridas num contexto de assistência marcado pelo excesso abusivo de cesáreas.

### **1ª Categoria - A cesárea não é indicada: a gente vai de parto normal**

As narrativas sinalizam que as parturientes deste estudo não participaram efetivamente da escolha do tipo de parto. Para algumas, essa opção foi determinada pelo profissional de saúde ou atribuída a uma força espiritual, a Deus, ao acaso ou a uma eventualidade ou fatalidade.

Pra mim foi Deus, porque na hora, tava tudo indicando que ia ser normal (M6).

Na hora mesmo que decidi não sabia o que ia ser, eu vim no caminho todo pedindo a Deus que fosse normal pra ir embora pra casa depressa, a recuperação é mais rápida (M7).

Ah, foi uma eventualidade, eu queria normal, mas não foi possível, aí teve que ser cesariana (M11).

Foi Deus, com certeza minha gestação toda tava pra ser normal, e minha bolsa estourou e eu não dilatei, de qualquer jeito tinha que fazer cesárea, já tinha passado de hora do neném nascer, fazia 9 meses certinho (M13).

Tava pedindo a Deus demais que fosse normal, aí eles até falaram que ia ser normal (M18).

Eu tava certa que ia ser cesárea, só que Deus falou assim “minha filha, você não merece passar por isso, eu vou te dar uma coisa melhorzinha”, então o parto normal foi de última hora (M23).



Outras mulheres salientam que a definição do tipo de parto foi decisão do profissional de saúde. No discurso, percebe-se passividade e conformidade com a determinação do profissional, o que sinaliza o desejo por um parto tranquilo, rápido, sem dor, independentemente da via de parto. As seguintes frases temáticas ilustram o achado:

O médico mesmo escolheu, eu também queria cesariana, eu tenho medo de ganhar normal (M10; M12; M14; M21; M25; M29; M33).

Não teve escolha não, é a doutora que acompanha o pré-natal, que fez o toque e falou que era normal (M8; M20; M26; M27; M32; M34).

O medo da dor emerge no discurso inicialmente como o motivo principal para querer ter uma cesariana ou para justificar o fato de as mulheres mudarem de opinião quanto ao tipo de parto no decorrer da gravidez.

Eu tenho medo de ganhar normal, aí eu optei pela cesárea, mas também o médico optou pela cesárea (M10).

Eu queria normal, mas quando você tá ali sentindo as dor, cê queira, só pra não tá sentindo dor fazer nem que seja uma cesariana (M17).

É muita dor, o parto não é uma experiência prazerosa, é muito difícil, mas a cesariana não é indicada, a gente vai de parto normal mesmo (M19).

Eu queria normal, só que depois eu vi a menina ganhando (M26).

Foi muito dolorido, pela demora (M16).

Em um argumento discursivo, as mulheres alegam várias justificativas, que vão além do medo da dor para explicar a escolha por um tipo de parto.

A médica decidiu fazer o parto cesárea, pelo fato que não estava dilatando e perdendo bastante líquido (M12).

Não tinha mais jeito porque eu estava com pouca dilatação e a criança já estava passando da hora (M14).

A doutora porque quatro vezes fez o toque e nada de dilatação, eu nem cheguei a entrar em trabalho de parto, já estava passando de hora (M21).

Ele falou que eu não podia ter possibilidade de normal porque já tem duas cesáreas ia romper meu útero (M25).

Chegou na hora teve que fazer cesárea por causa do cordão que começou a sair (M18).

Pela minha idade, a gravidez ser de risco, infecção, anemia, não tinha passagem, começou a dilatar mais não foi pra frente, então não tinha jeito e ela queria nascer de todo jeito, não queria esperar mais, então, foi o melhor a cesárea (M24).

Eu tava com medo deu não conseguir porque pelo ultrassom o bebê era muito grande (M28).

Esses achados demonstram que as parturientes incorporam argumentos técnicos do campo da saúde no seu discurso, como parada da dilatação, rompimento uterino, infecção e perda de líquido para justificar a necessidade de intervenção. Algumas indicações relativas para cesárea, como RN grande e gravidez de risco, ainda emergem e pode-se inferir que há incorporação sociocultural do discurso vigente sobre qual a melhor opção sobre a via de nascimento.

Constata-se pelas narrativas das mulheres que, embora elas tenham participado da escolha da via de parto, essa decisão parece não ter sido embasada em dados consistentes. Elas demonstram arrependimento e sentimento de decepção com o desfecho do parto.

Eu achei que era melhor, que ia ser mais fácil, mais eu conclui que não é, foi desagradável, se fosse pra escolher agora eu escolheria cesárea (M3).

Achei que o parto normal era mais normal, mas depois passa, né? (M31).

Mas eu já vim pra cá sabendo que eles iam tentar o parto normal até o último caso (M28).

As parturientes expressam que elas já desejavam inicialmente o parto normal e sinalizam alguns motivos pela escolha da via natural de parto. As seguintes frases temáticas ilustram esse achado:

Eu sempre quis o parto normal (M3; M16; M17; M18; M19; M22; M26; M28; M30; M31; M35; M36), a recuperação dele é mais rápida, a cesárea você sente dor e recupera, mas eu estava optando pelo normal (M28).

Eu sempre tive medo de cesárea, da anestesia, normal a gente sofre, mas um sofrimento que o neném nasceu acabou (P22).

Por o meu primeiro filho já ter sido normal, aí a neném que tava sentadinha virou e encaixou, teve tudo pra ser normal (P30).

Identifica-se no discurso das parturientes que a escolha da via de parto é muito mais que desejar, depende do acesso às orientações durante o período pré-natal e envolve aspectos familiares e culturais.

Eu que escolhi, fiz o plano de parto, estudei, ninguém me induziu a nada, falou você tem que fazer assim. É lógico que no caso da doula, ela te dá as dicas. Ela pergunta o que você quer e fala então você tem que ler sobre isto, ela te dá o caminho, mas as escolhas quem vai fazer é você (M35).

Eu que convenci todo mundo, meu marido, minha família, tive muita dificuldade, porque aqui no município é raro alguém querer parto normal. Eu ouvi todo o tipo de comentário que você imagina: "ah, é vaidade! Ah, é caro fazer uma cesárea! "Não porque eu sei que é melhor pra mim e pra minha filha, e é por isso que eu quero". E foi passando e a neném não queria nascer, e eu esperei uma semana e o povo fala mais ainda na cabeça da gente "vai passar de hora, ah ela tá mexendo, ah como está" (M36).

Imersa num âmbito cultural que adota a cesárea como uma regra, a mulher tem que afirmar para si mesma e para sociedade o motivo da escolha pela via natural de parto. Observa-se que houve inversão de valores e de significados em relação à forma de nascer no Brasil.

## **2ª Categoria - A complexidade da escolha da via de parto**

A opção pela via de parto é tema complexo na perspectiva do profissional médico. Inicialmente, é enunciado como um critério essencialmente técnico, com indicações descritas nos manuais e livros de Obstetrícia e na evolução do trabalho de parto, de acordo com os limites definidos pelo partograma.

São os critérios clássicos que estão nos livros, se a paciente está em TP e se a gente deixou ela ir para o parto normal é porque tem condições (Méd.12).

A indicação é pura e simplesmente obstétrica, a gente observa se a paciente tem condições de parto, se ela quer o parto, se o acompanhante é sensível às orientações e se o parto está evoluindo de acordo com o partograma (Méd.3).

Os critérios são principalmente técnicos (Méd.5).

À medida que as narrativas evoluem, emergem questões da subjetividade dos sujeitos, que fogem a esses critérios técnicos estabelecidos por protocolos assistenciais, em relação à determinação do tipo de parto.

Olhar assim é complexo, envolve muita coisa. Existe as condições para o parto que é da mãe, existe as condições do feto e as condições do obstetra e da própria equipe (Méd.2).

Tem várias situações, a resposta é muito individual, às vezes, mesmo não tendo uma indicação absoluta de cesárea, você opta por parto por via alta, por causa desta situação. Cada parto é uma história, cada paciente é uma história e cada obstetra é uma história (Méd.6).

Eu já fui mais técnica, porque tem critérios bem teóricos, e tem que ser baseado no partograma (Méd.11).

Na perspectiva do médico, a mulher em trabalho de parto exige cuidados e outras habilidades que não são apenas técnicas, seu comportamento é imprevisível e foge às regras que estão nos protocolos das maternidades.

TP bom pra mim é aquele que é rápido, eu não gosto daquela coisa muito arrastada, sofrida. Eu defendo o parto normal tranquilo, que evolui como deve evoluir. Mas a gente tem que pensar também, porque se a gente olhar só o que as mulheres acham, a gente faz cesárea em todo mundo (Méd.1).

Se não tem nenhuma contraindicação para um parto normal, tá certo. Agora, tem que pensar também na paciente, na receptividade dela. Se a mulher cismar que não quer um parto normal é muito complicado (Méd.9).

Tem paciente que não adianta você querer, obrigar que ela tenha um parto normal. Ela pode até entrar em TP, mas ela não colabora. Se você não tiver uma estrutura para oferecer, uma analgesia, uma doula, você não vai conseguir oferecer um parto adequado pra ela. Então não pode ser muito rígido com os critérios (Méd.11).

Identifica-se uma inversão de valores culturais e sociais tanto das mulheres como dos profissionais de saúde em relação à via de parto. Muitas mulheres escolhem o parto cirúrgico antes mesmo de engravidar ou entrar em trabalho de parto, como forma não dolorosa de ter filhos. O profissional de saúde, diante desse fenômeno e da dificuldade de sustentar o seu discurso, acaba tomando decisões, influenciado por questões financeiras, de comodidade e de tempo.

A mulher já vem de cabeça feita “eu quero cesárea” tentava convencê-la, não conseguia, então falava: “então vamos azar o seu” (Méd.8).

Hoje em dia quase virou um comércio, a paciente quer exigir muito, mas ela mesma não dá nada (Méd.6).

Os critérios são principalmente técnicos, mas as mulheres acham que ganhar de parto normal é sofrer desnecessariamente (Méd.5).

A cesárea já é uma cultura na cidade, tem muita gente desestruturada, que vem, acha que desfilar com o neném na barriga é bonito. E aqui na hora do parto não deixa fazer o toque, não ajuda, começa a pedir cesárea antes de entrar no hospital (Méd.7).

Sem argumentos para convencer a mulher, o médico se diz persuadido pela parturiente e, num discurso de vitimização, transfere a culpa do número excessivo de cesáreas para a parturiente que, na perspectiva dele, não quer sentir dor, não colabora durante o processo, o que causa certa intolerância e constrangimento.

Hoje a paciente não quer sentir dor nenhuma, não quer ter trabalho nenhum. A gente vê que a paciente quer parto normal, mas ele dói, elas não são preparadas para o parto (Méd.10).

O que deixa a gente chateado é paciente que chega em TP e começa a falar: “tem que fazer cesárea, tem isso” essa situação constrange o médico, a usuária vem com a cabeça que a cesariana é a salvação do mundo (Méd.13).

Eu não faço parte da turma que faz partos a pedido, se tem condições de nascer de parto normal, vai nascer normal (Méd.4).

No discurso médico, a cesárea é apresentada como um procedimento seguro e previsível, então, para o obstetra, a cesárea representa um procedimento mais tranquilo e dentro do seu controle.

Naquele íntimo mesmo, eu faria cesárea em todo mundo, porque 30 anos de profissão, cansado, parto normal estressa, é que tem que seguir as regras, se dependesse de mim faria cesárea em todo mundo. Eu te falo isso porque aqui na região o que é mais falado é que no hospital a gente mata menino, não tem elogio, é só crítica. E a mulher com medo dá trabalho (Méd.7).

Eu gosto de fazer parto, mas gosto de fazer cesárea também (Méd.10).

Na perspectiva do médico, a cesárea é um procedimento muito simples e inócuo, o que se torna um problema muito sério. O tempo médio gasto em um parto cirúrgico é em torno de 40 a 50 minutos e depois que o obstetra entrega o recém-nascido para o pediatra ele não se sente mais responsável. O importante é que mãe e filho saiam vivos do parto. Mesmo que a experiência tenha sido traumática, como ele mesmo afirma no seu discurso: “não tem outro jeito, se tivesse outro jeito eu faria, não fui eu que inventei o parto, foi Deus” (Méd. 7).

Deseja-se que o parto evolua e aconteça o mais rápido possível, para a criança nascer logo e a equipe médica dar sequência ao atendimento a outras mulheres ou para que possa realizar outras atividades. Essa forma de compreender a evolução do parto contribui muito para aumentar os índices de cesárea e perpetuar o modelo intervencionista.

Por exemplo: vem de cima que pode ter só 30% de cesárea, então educa estas pacientes, porque elas acham que parto normal é humilhante, se elas tivessem dinheiro e pagassem, elas fariam uma cesárea (Méd.4).

Em 2012 nosso índice de cesárea deu 80,4%, mas vou te explicar: médico de fora que vem operar aqui, tem doutor que faz seis, sete cesáreas. Toda quarta-feira os índices de cesáreas vão lá nos mil no município. Tem outro médico que trabalha aqui que é outro aloprado e não tem paciência de evoluir (Méd.14).

Eu aviso pra paciente que o parto só é normal por via baixa depois que nasce. Eu já preparo a paciente que eu posso fazer um fórceps, que pode virar uma cesárea, para o pior na concepção dela (Méd.8).

Identifica-se na narrativa a preocupação expressa no discurso com as metas a serem cumpridas. Sensibilizada com essa questão, a OMS enfatiza a importância de se concentrar as ações na necessidade de cada paciente e desencoraja o foco em tentar alcançar determinados indicadores.

### **3ª Categoria - É preciso legitimar a escolha da mulher**

Nos discursos dos profissionais enfermeiros, evidenciou-se que a atuação dessa categoria profissional ainda é tímida no que se refere à escolha da via de parto. Essa definição ainda é centrada no médico, embora o enfermeiro participe das discussões.

A definição do tipo de parto mesmo é feita pelo médico (Enf.3).

A gente discute os critérios de escolha do tipo de parto, mas por enquanto aqui estas rotinas estão girando mais em torno do médico, mas nós temos liberdade dada pelos mesmos para discutir os casos (Enf.10).

A assistência ao parto é percebida como verticalizada, o desejo e as escolhas das mulheres registradas no plano de parto são desconsiderados. Em muitos momentos do processo, determinações do médico são feitas, no sentido de ordens a serem cumpridas:

A assistência, muitas vezes, é imposta, a mulher não fica à vontade para escolher. Ela vem com uma imagem de como vai ser o parto e tudo e o profissional impõe, direciona a mulher do jeito dele, tinha que ser o contrário (Enf.5).

A gente tem um alto índice de cesárea pela impaciência de aguardar o TP, não existe a adesão ao plano de parto escolhido pela gestante. Existe mais aquela imposição médica, do que vai ser feito ali naquele momento. É um pouco distante do que é planejado, não tem o apoio e o incentivo ao parto natural (Enf.6).

O discurso do parto como um evento natural e fisiológico é enfatizado nas narrativas. A assistência obstétrica deve incorporar os princípios de cuidado e estímulo à fisiologia de parir.

O parto é uma coisa muito natural, mesmo se não tiver ninguém ele acontece, pra mim se deixar bem dizer tudo é parto normal (Enf.4).

Eu acho que a melhor via é o parto normal, pra mãe e para o bebê, a gente tem menos morte materna, menos complicação neonatal. Hoje fala-se muito de cesárea, aí eu tenho medo de falar assim: “eu não sou a favor de cesárea a pedido” e parecer que eu sou muito Caxias, não é isto, eu acho que para escolher a cesárea a pedido tem que ser muito orientada e normalmente não é (Enf.8).

Faz-se necessário legitimar as escolhas das mulheres, respeitar a autonomia como uma forma de ser e de agir durante todo o processo.

Mesmo que seja uma escolha que não deu certo, independente de ser parto normal ou cesáreo, mas que tenha a oportunidade de vivenciar, de pelo menos tentar, pra não ficar deprimida. Porque, às vezes, o sonho da paciente é ter parto normal, no primeiro exame que o medico faz fala “não vou esperar parto normal” e já entra para cesárea, tem mulher que chora, é importante validar esta escolha (Enf.9).

No cenário atual de assistência ao parto, o profissional enfermeiro tem dificuldade de sustentar um discurso em defesa do parto normal. Frente aos fatores culturais, aos limites da parturiente e à condução desfavorável da evolução do trabalho de parto, ele acaba por aderir a um discurso predominante no campo da saúde.

Eu acho que são os critérios e também a iniciativa da mãe. A classe média alta sempre vai escolher a cesárea (Enf.2).

Os critérios são vários, mas no meu olhar, às vezes, ela tem condição de ter parto normal, mas ela está muito cansada, exausta, ela mesma te fala “eu não dou conta ”você ajuda, mas tem que ter um limite” (Enf.7).

A cesárea é uma cirurgia como outra qualquer, tem as indicações, mas eu penso que se eu não dou conta de acompanhar TP, de ter uma boa vivência, a mulher sair daqui infeliz, traumatizada, ter um parto normal intervencionista, que faça logo uma cesárea de uma vez (Enf.8).

Os profissionais médicos muitas vezes montam todo um quadro de necessidade clínica da cesariana, criando uma situação limite e hostil, com o intuito de persuadir e convencer a parturiente, os acompanhantes e até mesmo o enfermeiro obstetra, que passam a acreditar que não há mais condições para se conduzir o trabalho de parto.

## **DISCUSSÃO**

A análise dos resultados do presente estudo permite considerar que a escolha da via de parto está intimamente relacionada a fatores culturais e sociais e a um modelo de assistência ao parto intervencionista, o qual influencia a capacidade de enfrentamento

autônomo das mulheres, frente à experiência de parir. A cesárea, culturalmente, é percebida como mais prática e mais confiável, criando-se um paradoxo entre o desejo individual e o pensamento coletivo<sup>8</sup>.

A expectativa de muitas mulheres em relação ao parto é baseada nessa assistência intervencionista, que passou a ser tida como naturalizada<sup>9</sup>. É herança de um modelo tecnocrático de assistência ao parto, que difundiu a ideia de passividade da mulher imobilizada durante o parto, enquanto sofre intervenções por profissionais desconhecidos para abreviar o tempo até o nascimento.

Os discursos das mulheres e dos profissionais de saúde revelam que a decisão do tipo de parto implica excessiva dependência da determinação do profissional médico, em ações não baseadas em evidências científicas e numa inversão de valores no campo social e da saúde nos quais a cesárea tornou-se a regra.

Na assistência ao parto, os impasses em relação à escolha da via de parto não constituem problemática recente, sendo necessárias novas formas de compreender e explicar a complexidade e multiplicidade de fatores que envolvem esse processo<sup>10</sup>. Sabe-se que o modo de nascer pode ter repercussões para toda a vida, sobre o risco de doenças crônicas, e há evidências consistentes dessas diferenças entre os tipos de parto<sup>11</sup>. Acrescido a esses riscos, a via de parto, conforme sua indicação e condução, pode configurar-se como uma forma de violência obstétrica.

Acredita-se que as perspectivas das mulheres quanto à via de parto são consequências do acesso e disponibilidade das informações durante o pré-natal. Essas orientações são interpretadas de acordo com a história de vida de cada mulher. Nesse sentido, a abordagem sobre a via de parto durante o pré-natal compreende uma ação educativa, pois possibilita à gestante conhecer alternativas de assistência durante o trabalho de parto e o parto e aprender a lidar com as diversidades que possam surgir nesse momento<sup>12</sup>.

No panorama assistencial das pequenas maternidades investigadas nesta pesquisa, a enfermagem obstétrica ainda tem atuação tímida, principalmente no que se refere à escolha do tipo de parto. Apesar disso, busca incorporar aos princípios do cuidado materno-infantil ações como: estímulo ao parto fisiológico, livre expressão da sensibilidade e subjetividade das parturientes na sala de parto, de maneira a promover o protagonismo feminino como valor essencial para se exercer a cidadania, os direitos e autonomia das mulheres<sup>13</sup>.

O medo da dor, a rapidez e o aprimoramento das técnicas cirúrgicas aparecem nos discursos como os principais argumentos utilizados tanto por obstetras como pelas



parturientes para justificar as suas escolhas. Outro motivo que desponta nas narrativas como um possível determinante no aumento de cesarianas são as preferências pessoais de obstetras e mulheres. Esse resultado assemelha-se a um estudo sobre essa mesma temática, realizado num município do Sul do país<sup>14</sup>.

Outra reflexão importante a ser feita em relação à assistência ao parto é que, pelo fato de desconhecerem seus direitos, por medo de serem repreendidas ou por não saberem que podem reivindicar melhor assistência, as mulheres entregam seus corpos, suas vidas e seus recém-nascidos aos cuidados dos profissionais de saúde<sup>15</sup>. Muitas parturientes assumem atitude de passividade e conformismo frente às determinações e imposições dos profissionais de saúde. Pouco se questiona, o imperativo parece calar-se diante de um tratamento hostil e desrespeitoso.

Neste sentido, ao direcionar o olhar para o parto como o desfecho da gravidez e para as cesáreas desnecessárias, com implicações negativas para a saúde de parturientes e RNs, pode-se concluir que, apesar de algumas mulheres assumirem a cesárea como escolha inicial, elas não estão sendo orientadas das vantagens e desvantagens da via de parto<sup>16</sup> e não estão conscientes dos riscos da prematuridade e de suas consequências.

A avaliação da assistência recebida no momento do parto não depende exclusivamente da via de parto. A insatisfação ou a satisfação das mulheres com a experiência do parto está intimamente relacionada à atenção e disponibilidade da equipe<sup>17</sup>.

Compreende-se que a construção de uma relação de respeito e confiança entre os profissionais de saúde e as mulheres é uma estratégia essencial de cuidado e deve ser priorizada. E pode-se deduzir que, para alcançar esse objetivo, é necessário considerar a subjetividade e as necessidades de cada mulher, validar as suas escolhas de forma que elas adotem atitude crítica diante das orientações recebidas, sendo capazes de reconhecer os benefícios e os riscos relacionadas à opção escolhida como via de parto.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados revelam a complexidade que envolve o processo de escolha da via de parto. Na perspectiva das mulheres, essa escolha é determinada pelo profissional durante a consulta de pré-natal ou no momento do exame, sendo pequeno, ainda, o número de mulheres que participam de forma autônoma e consciente desse processo. A atuação do enfermeiro, principalmente nas pequenas maternidades investigadas, ainda é restrita, embora sua presença seja fundamental para o estímulo ao parto fisiológico e para a promoção da participação ativa das mulheres. A opção sobre a via de parto é muito

centrada no poder do médico, mesmo que essa decisão contrarie o desejo e o plano de parto realizado anteriormente pelas mulheres.

Os resultados evidenciam, ainda, que é necessário adotar medidas que busquem fazer com que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros obstetras) desempenhem papel mais ativo para orientar as mulheres e os seus familiares sobre os benefícios e prejuízos implicados na escolha do modo de nascer. O intuito é combater as taxas abusivas de cesáreas no país, fenômeno que tem tido repercussões negativas e persistentes na saúde de mulheres e crianças.

Cabe salientar que o estudo possui limitações, por ter sido desenvolvido em maternidades onde a atuação do enfermeiro obstetra ainda é tímida, e os cenários investigados não oferecem tecnologia de cuidado como o parto na água, analgesia para o parto normal, o que pode ter interferido nos resultados encontrados, não possibilitando generalizações.

Apesar dessas limitações, os resultados obtidos podem subsidiar novas pesquisas acerca da qualidade da assistência ao parto na rede pública e privada e sobre as expectativas de mulheres e profissionais em relação à escolha da via de parto e suas implicações na saúde de mães e recém-nascidos, procurando fazer uma interface com as políticas públicas de saúde vigente.

## REFERÊNCIAS

1. Weidle WG, Medeiros Cássia RG, Grave MTQ, Dal BSM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2014 Mar [cited 2016 May 28]; 22(1):46-53. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2014000100046&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100046&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400010008>.
2. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. Evidence-based cesarean section indications part I. *Femina*, 2010 ago; 38(8),
3. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 Feb [cited 2016 May 28]; 2011; 45(1):185-194. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000100021&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100021&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100021>.
4. Souza JP, Cynthia PC. On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention. *Cad Saúde Pública* [online]. 2014; 30(Suppl.1):S11-S13. ISSN 0102-311X.

5. Hyde MJ, Modi N. The long-term effects of birth by caesarean section: the case for a randomised controlled trial. *Early Hum Dev.* 2012; 88(12):943-949. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2012.09.006>. PMID: 23036493.
6. Laperrière A. Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. *In: Poupart J., Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires A. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.* 3. ed., Petrópolis. Rio de Janeiro. Vozes; 2012.
7. Gregolin MR. Foucault e Pêcheux na análise do discurso: diálogos e duelos. 3. ed., São Carlos: Claraluz; 2007.
8. Bittencourt F, Vieira JB, Almeida ACCH. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. *Cogitare Enferm,* 2013; 18(3):515-20. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/33565/21063>.
9. Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JÁ, *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 2014; 30(Sup):S154-S168.
10. Estela ML. Aquino. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. *Cad Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 2014; 30(Sup):S8-S10.
11. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015; 10(35):1-12. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10(35)1013).
12. Iorra MRK, Mambal A, Spillere RG, Nader SS, Nader PJH. Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário. *Revista da AMRIGS,* Porto Alegre, 2011 jul.-set; 55(3):260-268.
13. Pereira AL, Bento A D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev Rene,* Fortaleza, 2011 jul/set; 12(3):471-7.
14. Teodoro Jr. L, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev Bioét.* [Internet]. 2013 dez [cited 2016 June 19]; 2013; 21(3):509-517. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422013000300015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300015&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300015>.
15. Scarton J, Prates LA, Wilhelm LA, Silva SC, Possati AB, Ilha CB, *et al.* No final compensa ver o rostinho dele: vivências de mulheres-primíparas no parto normal. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36(esp):143-51.
16. Chaves RL. O nascimento como experiência radical de mudança. *Cad Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 2014; 30(Sup):S14-S16.
17. Velho MB, Evanguelia KAS, Collaço VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev Bras Enferm.* 2014 mar-abr; 67(2):282-9.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tecer algumas considerações deste estudo, retomam-se várias reflexões sobre os temas problematizados neste trabalho, como a violência obstétrica e a humanização, buscando nas experiências vivenciadas no trabalho de campo contextualizar e compreender conceitos e perspectivas. Agora, deslocando dessas vivências e retomando o lugar de enfermeira obstetra e docente, percebe-se que um dos desafios tenha sido a apropriação de conceitos tão novos como o *ethos* e o *pathos* para explicar a problemática da assistência ao parto.

Nessa trajetória, o processo de assistência ao parto revelou-se como complexo e com problemas entre a organização e a produção do cuidado à mulher. Num arranjo assistencial que prioriza a técnica em detrimento das relações humanas e da hierarquização de valores, há necessidade de se administrar inúmeros conflitos que compõem o cenário de atenção ao parto nas maternidades investigadas neste estudo.

Os resultados evidenciaram situações hostis e de desrespeito na sala de parto, comprometendo a relação entre profissionais de saúde e parturientes. Isso pode vir a caracterizar-se como violência obstétrica, mesmo quando não explicitada em alguns discursos, e envolver diferentes atores presentes na cena do parto, causando constrangimento, dor e sofrimento moral em quem presencia ou sofre uma agressão.

Acredita-se que, por se manifestar de maneira silenciosa, em algumas situações a violência no parto acontece pela sujeição das mulheres e com a cumplicidade do enfermeiro ou do acompanhante, que buscam argumentos e justificativas para explicar as adversidades, as negligências e mesmo as iatrogenias vivenciadas durante o período de permanência na instituição. Embora em muitas situações descritas neste trabalho a violência se apresente de forma grosseira, grotesca e até absurda.

A assistência nas maternidades, cenários de investigação deste estudo, remete a um arranjo assistencial organizado de forma hierárquica e ainda muito centrado na figura do médico. A atuação da enfermeira obstétrica é restrita e configura-se em um campo de

passividade e apagamento sendo um dos desafios, no momento, buscar estratégias de inserção e valorização da enfermagem obstétrica.

Ao transpor a realidade constatada nesta pesquisa para a prática profissional desta autora, entende-se que a realização deste trabalho conseguiu agregar, além de conhecimentos e experiências, valores e sentidos anteriormente desconsiderados e que agora passaram a ter nova dimensão no cuidado às mulheres e crianças. O exercício e o enfrentamento de situações difíceis e de conflito com a equipe, em defesa dos direitos das mulheres no momento do parto, tem sido o aprendizado mais significativo com a realização deste estudo e tem representado uma montanha no caminho que, assim como outros profissionais, temos que percorrer e seguir além.

Como enfermeira obstetra, a expectativa é de que a realização deste trabalho possa dar visibilidade ao problema da violência obstétrica que tanto entristece e que gere um movimento capaz de transfigurar essa realidade hostil, evidenciada neste estudo, e criar uma realidade mais humana mesmo com as fragilidades e desafios inerentes ao que é humano.

Deseja-se também que este trabalho sensibilize e provoque inquietações nos profissionais de saúde, dando um novo sentido à sua prática de cuidado, de maneira que ele consiga se comprometer com os direitos das usuárias, com o protagonismo das mulheres, importando mais com a qualidade da relação discursiva estabelecida entre profissional de saúde e mulher na sala de parto.

Nesse complexo contexto assistencial, os resultados deste estudo confirmam a tese inicial de que os discursos produzidos na sala de parto entre os profissionais de saúde e as mulheres são permeados por um saber médico hegemônico, que expressam conflitos técnicos e éticos. A visível felicidade apresentada pelo nascimento do filho dissimula e encoberta uma violência sentida na assistência ao parto.

No tocante à escolha do tipo de parto e nascimento, é necessário adotar medidas que busquem fazer com que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros obstetras) tenham papel mais ativo para orientar as mulheres e os seus familiares sobre os benefícios e complicações implicados na escolha da forma de nascer. Com isso, pretende-se combater

as taxas abusivas de cesáreas no país, fenômeno que tem tido repercussões negativas e persistentes na saúde de mulheres e crianças.

Acrescida a esses achados, a análise dos dados tecida nesta pesquisa permite identificar que imagens preconcebidas e estereótipos socialmente construídos são determinantes na constituição do *ethos* e do *pathos* de mulheres e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros obstetras). O *ethos* pré-discursivo desses atores sociais, como num esquema coletivo, passa a mediar as relações existentes na micropolítica do trabalho de atenção ao parto e na produção do cuidado em saúde materno-infantil.

Desvendando essa trama do modelo assistencial, identifica-se que para uma redefinição do *ethos* profissional na assistência ao parto, são imprescindíveis o redesenho dos modelos, o apoio institucional, o compromisso dos gestores com políticas públicas e a formação qualificada de ambas as categorias, de forma que a atuação desses profissionais seja condizente com os seu papéis na reorganização do modelo e comprometida com os preceitos éticos e legais do cuidado obstétrico.

Nessa perspectiva, este estudo permite vislumbrar diferentes caminhos para promover as mudanças, a qualificação e, principalmente, a sensibilização necessárias para concretizar a humanização do cuidado ao parto e nascimento. É oportuno reconhecer que, para superar as fragilidades na assistência à mulher e ao recém-nascido, é preciso rever questões tanto do ponto de vista da infraestrutura dos serviços, como da incorporação de valores subjetivos e formativos da equipe de trabalho. É necessário, ainda, considerar as questões políticas e a promoção de práticas que tenham como meio criar encontros intersubjetivos e como finalidade a autonomia das mulheres na maneira de vivenciar o parto e o nascimento.

A construção desta pesquisa permitiu identificar as fragilidades e potencialidades presentes no cotidiano de atenção ao parto e realçar como os profissionais médicos e enfermeiros obstetras estão envolvidos nesse processo, tendo que dar conta dos desafios que atravessam o âmbito de assistência ao parto nas pequenas maternidades de municípios interioranos.

Este trabalho pode apresentar como limitação o fato de ter sido desenvolvido em maternidades pertencentes a municípios de pequeno porte de um dos estados brasileiros e revela, possivelmente, uma realidade cultural específica. Porém, acredita-se que essa seja

uma realidade encontrada em outras maternidades, de outros municípios e estados brasileiros e que, também, poderiam ser cenários de estudos como este.

Torna-se oportuno dar continuidade a novos estudos que abordem as práticas profissionais e as políticas públicas e que são capazes de fortalecer e qualificar a assistência ao parto de acordo com os princípios da ética e da humanização.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100015&lng=en&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912>.

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 15, n. 36, 2010.

ARAÚJO, L.F.S. *et al.* Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev Bras Pesq Saúde**, Vitória, v. 15, n. 3, p. 53-61, jul-set., 2013.

BAKTHIN, M. **Dialogismo e construção do sentido**. 2. ed., Tradução Beth Brait. São Paulo: UNICAMP, 2005.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Soc Estado**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 449-469, ago. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922014000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200008&lng=en&nrm=iso)>.<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922014000200008>.

BARAZAL, N. R. **Sobre violência e ser humano**. Convent International 15 mai-ago 2014 Cemoroc-Feusp / Ppgcr-Umesp / IJI - Univ. do Porto.

BONVICINI, L. *et al.* BMC Public and private pregnancy care in Reggio Emilia Province: anobservational study on appropriateness of care and delivery outcomes. **Pregnancy and Childbirth**, v. 14, p. 72, 2014. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/72>. Acesso em: ago. 2016.

BORGES, R. R.; CARMO, A. O. A interação do poder em Bourdieu e Foucault: uma análise da educação. **Revista São Luis Orione**, v. 1, n. 3, jan/dez. de 2009.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Bertharnd Brasil, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2000, seção 1, p. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: MS, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, 2004b. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do SUS - Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. [Internet] 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011).



BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas. *In*: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Cap. 2. Porto Alegre: Artmed, 2009; p. 23-31.

BUTLER, J. El marxismo y lo meramente cultural. **New Left Review**, n. 2, p. 109-121, Mayo-Junio, 2000.

CARVALHO, J. B. *et al.* Foucault como caminho de compreensão para a pesquisa Histórica na enfermagem. **História da Enfermagem, Revista Eletrônica**, v. 3, n. 2, p. 160-171, ago-dez, 2012.

CAVALCANT, P. C. S. *et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, 1297-1316, 2013.

CÉSAR, M. R. A. Pensar a educação depois de Foucault. **RevistaCult-UOL**, 2010. Disponível em: <http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/pensar-a-educacao-depois-de-foucault>. Acesso em: ago. 2016.

COSTA, R. *et al.* Políticas públicas de saúde do recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal, **História da Enfermagem. Rev Eletrônica**, v. 1, n. 1, p. 55-68, 2010.

CHARAUDEAU, P.; MAINGUENEAU, D. **Dicionário de análise do discurso**. 3. ed., São Paulo: Contexto, 2014, p. 220.

CHAUÍ, M. **Marilena Chauí diz que o Brasil convive com a violência estrutural e ataca a oligarquia**. Disponível em: [http://www.direitos.org.br/index.php?option-com\\_content&task=view&id=2](http://www.direitos.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=2). Acesso em 8 set.2012.

DANNER, F. O sentido da biopolítica em Michel Foucault. **Revista Estudos Filosóficos**, versão eletrônica, n. 4, 2010. DFIME – UFSJ - São João del-Rei-MG. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/revistaestudosfilosoficos>. Acesso em: ago. 2016. ISSN 2177-2967.

DIAS, M. A. B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. **Cad Saúde Pública** [online], v. 27, n. 5, pp. 1042-1043, 2011. ISSN 0102-311X.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 3, n. 10, p. 627-637, 2005.

DINIZ, C. S. G. **Violência no parto vende cesárea**. 2013. Disponível em: <http://www.apublica.org/2013/03/violencia-parto-vende-cesarea-diz-pesquisadora>. Acesso em: ago. 2016.

FERREIRA NETO, J. L. *et al.* Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 18, n. 3, p. 456-466, set. 2009. ISSN 19840470. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29615> Acesso em: 27 abr. 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S010412902009000300010>.

FIGARO, R. *et al.* **Comunicação e análise do discurso**. São Paulo: Contexto, 2012. 144p.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 7. ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. 221 p. Tradução de: L' Archéologie Du savour.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 19. ed., Loyola. São Paulo. 2009.79 p.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. 6. ed., Rio de Janeiro. Forense Universitária, 2008.

FREITAS, G.L. *et al.* Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev Eletr Enf**. [Internet]. v. 11, n. 2, p. 424-8, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso em: ago. 2016.

FRELLO, A.T.; CARRARO, T.E. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das pacientes. **Rev Enferm**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 441-5, jul-set., 2010.

GIACOMONI M. P.; VARGAS, A. Z. Foucault, a arqueologia do saber e a formação discursiva. **Veredas on line – Análise do discurso**, p. 119-129, fev. 2010. PPG linguística/UFJF, Juiz de fora. ISSM 1982-2243.

GOMES, A. M. A.; NATIONS, M. K.; LUZ, M. T. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. **Saúde Soc**, v. 17, n. 1, p. 61-72, 2008.

GREGOLIN, M. R. **Foucault e Pêcheux na análise do discurso: diálogos e duelos**. São Carlos. 3. ed., Claraluz. 2007. 201 p.

GUERRA, G. B. Violencia obstétrica. **Rev de la Facultad de Medicina RFM**, Caracas, v. 31, n. 1, pp. 5-6, Jun. 2008. ISSN 0798-0469.

JACCOUND, M.; MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. *In*: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3 ed., Petrópolis: Rio de Janeiro, Vozes, 2012.

KRUGER, L. M.; SCHOOMBEE, C. The other side of caring: abuse in a South African maternity Ward. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 28, n. 1, p. 84-101, Feb. 2010.

LANSKY, S. Entrevista: Parto e nascimento com cidadania. **Radis Comunicação e Saúde**, Fiocruz. RJ, n. 117, maio de 2012.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S192-S207, 2014.

LAPERRIÈRE, A Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. *In*: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3. ed., Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Pesquisa Nascer no Brasil. Caderno de Saúde Pública, CSP*, v. 30, Sup, p. S17-S47, 2014.

LEAO, M. R. C. *et al.* Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciênc Saúde Coletiva* [online], v. 18, n. 8, pp. 2395-2400, 2013. ISSN 1413-8123.

LORA, M. R. K. *et al.* Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 260-268, jul.-set. 2011.

MAFFESOLI, M. **A dinâmica da violência**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1987.

MAGALHÃES, I. Discursos e identidades: exotismo e domínio violento. *Cadernos de linguagem e Sociedade*, v. 11, n. 1, 2010.

MAIA, D. G. Interseção da análise crítica do discurso e da semiótica social: uma análise do texto multimodal das camisas de formatura. *In: SILEL. Uberlândia: EDUFU, Anais...*, v. 3, n. 1, 2013.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias\\_e\\_eventos/000\\_2016/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizao%20-%20PDR-SUS-MG.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizao%20-%20PDR-SUS-MG.pdf).

MALISKA, M. E. **Algumas considerações a respeito dos efeitos de sentido na análise do discurso e na psicanálise**. Disponível em: <http://www.gel.org.br/estudoslinguisticos/volumes/32/htm/comunica/ci179.htm>[20/10/13 10:03:50 ]

MARTINS, A. Biopolítica: o poder do médico e a autonomia do paciente numa nova concepção de saúde. *Interface, Comunic, Saúde e Educação*, v. 8, n. 14, p. 21-32, fev. 2004.

MATOS, G. C. *et al.* A trajetória histórica de políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev de Enferm, UFPE on line*, ed. esp. 7. p. 870-8, mar 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed., São Paulo: Hucitec, 2010. 406 p.

MUNIS, B. M. V.; BARBOSA, R. M. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? *In: CONVENCION INTERNACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Cuba Salud*, 2012. La Habana. **Memórias...**, 3-7 de Diciembre.

PADILLA, J. **Las Cesáreas em España: um problema em feminino plural**. *El Diario* [Internet]. 2014 mar. 14; Zona Crítica [cited 2015 Jan 25]. Disponível em: [http://www.eldiario.es/zonacritica/cesareas-Espana-problema-femininoplural\\_6\\_238736174.html](http://www.eldiario.es/zonacritica/cesareas-Espana-problema-femininoplural_6_238736174.html).

PAULA, F.M.; OTTONI, M. A. R. Percorrendo os caminhos da análise de discurso crítica: uma amostra do discurso da mídia impressa sobre a inserção das novas tics na educação. **A MARGem - Revista Eletrônica de Ciências Humanas, Letras e Artes**, Seção Estudos, Uberlândia, ano 3, n. 6, p. 98-108, jul./dez. 2010 98. ISSN 2175-2516.

PAULIUKONIS, M. A.; GOUVÊA, L. H. M. Texto como discurso: uma visão semiolinguística. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras**, Universidade de Passo Fundo, v. 8, n. 1, p. 49-70, jan./jun. 2012.

PIRES, D. *et al.* A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Rev Bras Saude Mater Infant** [online], v. 10, n. 2, pp. 191-197, 2010. ISSN 1519-3829.

PROGIANT, J. M.; MOUTA, R. J.; SANTOS, S. P. A inserção de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar no Rio de Janeiro (1988-1992). **Revista Eletrônica História da Enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 89-104, 2011.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Revista: Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, 2009.

RESENDE, V.V.; RAMALHO, V. **Análise de discurso crítica**. São Paulo: Contexto, 2006.158 p.

SALGADO, H. O. **A experiência da cesárea indesejada**: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28012013-160810/>>. Acesso em: 2013-10-31.

SALIM, N. R. *et al.* Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 17, n. 4, dez. 2012. ISSN 2176-9133.

SANTOS, C. A. A vida do bebê: a constituição de infâncias saudáveis e normais nos manuais de puericultura brasileiros. **Revista Brasileira de Educação**, v. 16 n. 47, maio-ago. 2011.

SENA, L. G. W. O parto e o respeito à autonomia feminina. **Revista IHU**, Instituto Humanitas – Unisinos, São Leopoldo, n. 396. 02 de julho de 2012.

SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO (SESC). FUNDAÇÃO PERSEU ABRANO. **Pesquisa de opinião pública**: mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado [Internet]. São Paulo: Sesc/FPA; 2010 [cited 2016June11]. Disponível em: [http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra\\_0.pdf](http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf).

SILVA, LK. *et al.* **Observação e registro no diário de campo do pesquisador**: desvendando os desafios e facilidades relacionados ao cotidiano das pesquisas qualitativas. 2013. Disponível em: [http://www.abeneventos.com.br/anais\\_senpe/17senpe/pdf/0057co.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0057co.pdf).

SILVA, M. G. *et al.* Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Rev Rene**, v. 15, n. 4, p. 720-8, jul-ago., 2014.

SILVEIRA, H.M.M.L. Identidade, prática discursiva e construção do ethos do professor de língua portuguesa. **Cadernos ESPUC**, Belo Horizonte, n. 23, 2014.

SOUZA, W. L. Ensaio sobre a noção de poder em Michel Foucault. **Revista Múltiplas Leituras**, v. 4, n. 2, p. 1-2, 2011.

SPINK, M. J. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. **Centro Edelstein de Pesquisas Sociais**, Rio de Janeiro, 2010, p. 71.

TEODORO JR., L.; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Rev Bioét.** (Impr.). v. 21, n. 3, p. 509-17, 2013.

VALE, S. Saúde e preconceito: narrativas do medo. **Revista Eletrônica do Programa de Pós-graduação em Mídia e Cotidiano**, Artigos Seleção livre, n. 2, p. 182-200, junho 2013.

VERSIANI, T. G. Parto anônimo, abandono infantil e morosidade nos processos de adoção. Atualidades Jurídicas [recurso eletrônico]: **Revista do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, OAB**. Belo Horizonte, v. 2, n. 3, jul./dez. 2012.

VICTORO, C. G. *et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Saúde no Brasil, **The Lancet**, maio de 2011.

ZORZAM, B. A. O. Z. **Informações e escolhas no parto**: perspectivas das mulheres usuárias dos SUS e da saúde suplementar 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.

## APÊNDICES E ANEXO

### Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>1</sup> (Usuárias)

Prezada Senhora,

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa intitulada “**O sensível e o insensível na sala de parto: a construção das relações entre o profissional de saúde e a mulher**”. A referida pesquisa é de autoria da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cláudia Maria de Mattos Penna e da doutoranda Virgínia Junqueira Oliveira.

O estudo tem por objetivo analisar o discurso sobre a assistência ao parto na perspectiva de gestantes e profissionais de saúde de uma rede pública, destacando situações positivas e negativas vivenciadas na interação construída durante o trabalho de parto e parto, ou seja, de que forma você foi assistida pelos profissionais de saúde no momento do trabalho de parto e parto.

Para falar sobre isso, você deverá responder algumas perguntas sobre como vê a assistência recebida durante o parto e a interação estabelecida com os profissionais de saúde (médico ou enfermeiro) que a assistiram nesse momento e contar quais as situações boas e ruins vivenciadas durante o parto. Se você permitir, suas respostas serão gravadas em um gravador, para que o pesquisador seja fiel às respostas que você deu quando for transcrevê-las e você poderá escutar se assim o desejar. Se você autorizar, gostaria de acompanhá-la no momento do parto, caso o profissional de saúde que a atenda também consinta, para observar o que acontece e anotar em um caderno de diário de campo, que você poderá ler depois para autorizar sua utilização ou não.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, como a lembrança de situações dolorosas vividas, os quais poderão ser amenizados. Asseguramos que seu nome não será divulgado em momento algum. Você poderá desistir de participar da pesquisa quando quiser, sem que isso prejudique a continuidade da assistência a você e seu bebê, e não terá algum gasto extra, nem mesmo será pago pelas informações dadas. Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos científicos e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade pelo período de cinco anos e depois serão destruídos.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender o tipo de atendimento e tratamento que você e seu bebê receberam durante o trabalho de parto e

parto, possibilitando a reflexão dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao parto e a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil.

Você pode entrar em contato com as pesquisadoras quando necessitar de informações e esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa.

Atenciosamente,

Claudia Maria de Mattos Penna  
Pesquisadora

Virgínia Junqueira Oliveira  
Pesquisadora

### CONSENTIMENTO

Afirmo que fui devidamente orientada sobre o objetivo e a finalidade desta pesquisa, bem como da utilização dos dados apenas para fins científicos e sua posterior divulgação, sendo garantido pela pesquisadora que meu nome será mantido em sigilo.

Nome da entrevistada: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura:

\_\_\_\_\_ ou impressão digital:

Contatos: Prof<sup>a</sup> Claudia Maria de Mattos Penna Tel( 31) xxxxxxxxxx ou xxxxxxxxxx. Escola de Enfermagem – UFMG  
Virgínia Junqueira Oliveira Tel. ( 37) 91863084

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos nº 6.627. Unidade Administrativa II-2º andar- Sala 2005 *Campus* Pampulha, Belo Horizonte/MG CEP: 31270-901. Tel: (31) 3409-4592

Nota: Este documento foi elaborado em duas vias, ficando uma com o sujeito participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável.

## Apêndice B - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido<sup>2</sup> (Responsável Legal)

Prezado(a) Senhor(a),

Venho solicitar sua autorização para que a usuária que está sob sua responsabilidade legal participe de forma voluntária desta pesquisa intitulada “**O sensível e o insensível na sala de parto: a construção das relações entre o profissional de saúde e a mulher**”. A referida pesquisa é de autoria da Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cláudia Maria de Mattos Penna e da doutoranda Virgínia Junqueira Oliveira.

O estudo tem por objetivo analisar o discurso sobre a assistência ao parto na perspectiva de gestantes e profissionais de saúde de uma rede pública, destacando situações positivas e negativas vivenciadas na interação construída durante o trabalho de parto e parto, ou seja, de que forma a usuária foi assistida pelos profissionais de saúde no momento do trabalho de parto e parto.

A participação da usuária é voluntária e é muito importante para o desenvolvimento deste estudo. Ao autorizar a participação de sua representada na pesquisa, ela deverá responder algumas perguntas sobre a forma como ela percebe a assistência recebida durante o parto e a interação estabelecida com os profissionais de saúde (médico ou enfermeiro) que a assistiram nesse momento e contar quais as situações boas e ruins vivenciadas por ela durante o parto. E caso ela permita, suas respostas serão gravadas em um gravador, para que o pesquisador seja fiel às respostas dadas por ela, quando for transcrevê-las, e ela poderá escutar se assim o desejar. E se a usuária autorizar, gostaria de acompanhá-la no momento do parto, caso o profissional de saúde que a atenda também permita, para observar o que acontece e anotar em um caderno de diário de campo, que ela e seu representante legal poderão ler depois para autorizar sua utilização ou não

É importante que a usuária saiba que esta pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, como a lembrança de situações dolorosas vividas, mas estes poderão ser amenizados. Asseguramos que o nome da adolescente não será divulgado em momento algum e que ela poderá desistir da pesquisa quando quiser sem que isso comprometa a continuidade da assistência a ela e seu bebê, e não terá algum gasto extra, nem mesmo será paga pelas informações oferecidas. Firmo o compromisso de que as respostas dadas pela usuária serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos científicos e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade pelo período de cinco anos e depois serão destruídos.



Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender o tipo de atendimento e tratamento que a usuária e seu bebê receberam durante o trabalho de parto e parto, possibilitando a reflexão dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao parto e a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil.

Você pode entrar em contato com as pesquisadoras quando necessitar de informações e esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa.

Atenciosamente:

Claudia Maria de Mattos Penna  
Pesquisadora

Virgínia Junqueira Oliveira  
Pesquisadora

### CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do responsável), RG \_\_\_\_\_, como representante legal da entrevistada \_\_\_\_\_ (nome da entrevistada), RG \_\_\_\_\_, autorizo a participação da mesma nesta pesquisa e afirmo que fui devidamente orientado (a) sobre o objetivo e a finalidade deste estudo, bem como da utilização dos dados apenas para fins científicos e sua posterior divulgação, sendo garantido pela pesquisadora que o nome da minha representada será mantido em sigilo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do responsável legal:

Assinatura

\_\_\_\_\_  
ou impressão digital do responsável legal

Endereço:

---

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos nº 6627. Unidade Administrativa II-2º andar- Sala 2005 Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG CEP: 31270901. Tel: (31) xxxxx.

Nota: Este documento foi elaborado em duas vias, ficando uma com o representante legal do sujeito participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável.

### **Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais<sup>3</sup>**

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada “**O sensível e o insensível na sala de parto: a construção das relações entre o profissional de saúde e a mulher**”. A referida pesquisa é de autoria da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cláudia Maria de Mattos Penna e da doutoranda Virgínia Junqueira Oliveira.

O estudo tem por objetivo analisar o discurso sobre a assistência ao parto na perspectiva de gestantes e profissionais de saúde de uma rede pública, destacando situações positivas e negativas vivenciadas na interação construída durante o trabalho de parto e parto, ou seja, de que forma você percebe a assistência prestada à mulher no momento do trabalho de parto e parto.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e observação. Assim, você responderá perguntas sobre a sua percepção em relação à assistência prestada à usuária durante o trabalho de parto e o parto e a forma como você percebe a interação construída entre você e a usuária nesse momento e como é o acolhimento feito às necessidades e desejos da mulher. As respostas dadas serão gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fidedigno a elas, estando à sua disposição para ouvir, se assim o desejar. As observações ocorrerão durante o trabalho de parto e o parto - se você permitir e caso a usuária atendida dê sua permissão - e serão registradas em diário de campo. Ficarão sob minha responsabilidade pelo período de cinco anos e depois serão destruídas.

Os riscos são mínimos, porém, caso se sinta constrangido(a) em dar alguma resposta, afirmo que sua colaboração é voluntária e seu anonimato será garantido. Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Esclareço também que você não terá algum gasto adicional nem será ressarcido.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender o tipo de atendimento e tratamento que a usuária e seu bebê receberam durante o trabalho de parto e parto, possibilitando a reflexão dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao parto e a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil. Você pode entrar em contato com as pesquisadoras quando necessitar de informações e esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa.

Atenciosamente:

Claudia Maria de Mattos Penna  
Pesquisadora

Virgínia Junqueira Oliveira  
Pesquisadora

#### CONSENTIMENTO

Afirmo que fui devidamente orientada sobre o objetivo e a finalidade desta pesquisa, bem como da utilização dos dados apenas para fins científicos e sua posterior divulgação, sendo garantido pela pesquisadora que meu nome será mantido em sigilo.

Nome da entrevistada: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos nº 6.627.  
Unidade Administrativa II-2º andar - sala 2005 *Campus* Pampulha, Belo Horizonte/MG  
CEP: 31270-901. Tel: (31) xxxxxx.

Nota: Este documento foi elaborado em duas vias, ficando uma com o sujeito participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável.

## Apêndice D - Roteiro da Entrevista<sup>1</sup> (Usuárias)

### Dados de identificação

Data da entrevista ...../...../...../ Horário .....

Registro .....

Nome .....

Data do parto ...../...../.....

Procedência:..... Religião: ..... Idade:.....

anos HO- Gesta:...../ Para:..... /Aborto:.....

Situação conjugal: .....Número de filhos:.....

Mora com o pai da criança:.....

Escolaridade:.....

Ocupação:..... Renda familiar:..... salários mínimos

- 1- Relate como foi para você o nascimento do seu filho.
- 2- Conte como foi para você ser atendida pelo médico/enfermeiro que fez seu parto.
- 3- Descreva como vê a relação entre você e o profissional de saúde que lhe prestou cuidados no momento do parto.
- 4- Conte uma situação vivenciada no seu parto que você gostou.
- 5- Descreva uma situação vivenciada no seu parto que você não gostou.
- 6- Descreva um acontecimento (uma coisa) que a marcou no seu atendimento.
- 7- Quem definiu o tipo de parto?

Deseja fazer outro comentário sobre a assistência recebida no trabalho de parto e parto?

## **Apêndice E - Roteiro de Entrevista<sup>2</sup> (Profissionais de Saúde) (Médicos e Enfermeiros)**

### **Identificação**

Data: .....

Entrevista nº .....

Hospital: .....

Função ou cargo: .....

Formação acadêmica: .....

Tempo de formado: .....

Tempo que trabalha na maternidade: .....

1- Gostaria que você se apresentasse: quem é você?

2- O que significa ser médico(a) ou enfermeiro(a) obstetra?

3- Descreva como você percebe a relação entre você e as usuárias durante o trabalho de parto e o parto.

4- Como você vê a assistência prestada à mulher pelos profissionais de saúde (médico, enfermeiro) no momento do trabalho de parto e parto?

5- Descreva uma situação positiva vivenciada na sala de parto entre você e a usuária.

6- Você pode contar uma situação negativa vivenciada na sala de parto que envolva você e a usuária?

7- Quais os critérios que você utiliza para definir qual será o tipo de parto?

Deseja fazer mais algum comentário?

## Anexo A – Parecer ético

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O sensível e o insensível na sala de parto: a construção das relações entre o profissional de saúde e a mulher

**Pesquisador:** Claudia Maria de Mattos Penna

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 32524714.2.0000.5140

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 791.265

**Data da Relatoria:** 16/09/2014

**Apresentação do Projeto:**



Segundo as pesquisadoras, a institucionalização do parto associada ao avanço da antibioticoterapia e a disponibilidade da tecnologia, contribuíram para a organização da assistência ao parto como uma linha de produção, transformando um evento da vida privada em um evento médico e hospitalar, estabelecendo uma relação de hierarquia e poder entre o médico e a usuária. O Brasil convive hoje com dois cenários absoletos e perigosos de assistência ao parto: a cesárea de rotina no setor privado e o parto normal com intervenções rotineiras no setor público. O país tem a mais alta taxa de cesarianas do mundo 56,7% e, pode-se constatar que 78,6% das mortes durante o parto têm como causa direta a qualidade da assistência. Neste sentido nas últimas décadas emerge todo um movimento contrário à medicalização do parto, liderado por mulheres e ativistas do parto, cresce o número de Blogs e ONG's em defesa do parto normal e das casas de parto e o Ministério da Saúde intensifica as ações na tentativa de rediscutir este modelo de assistência e garantir o acesso às práticas de saúde baseadas em evidências científicas e o reconhecimento da autonomia das gestantes. Entretanto, apesar de toda esta movimentação, observa-se que muitos obstáculos têm dificultado os avanços na assistência ao parto. O trabalho analisará os discursos sobre a assistência ao parto, na perspectiva de gestantes e profissionais de saúde de uma rede pública de saúde da macrorregião oeste de Minas Gerais, destacando situações

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

## FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: O sensível e o insensível na sala de parto: a construção das relações entre o profissional de saúde e a mulher		2. Número de Participantes da Pesquisa: 80	
3. Área Temática: <u>Enfermagem</u>			
4. Área de Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Claudia Maria de Mattos Penna			
6. CPF: 438.575.079-01		7. Endereço (Rua, n.º): CAPELINHA, 231 SERRA 80° BELO HORIZONTE MINAS GERAIS 30220300	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (31) 3371-8230	10. Outro Telefone:
11. Email: cmpenna@enf.ufmg.br			
12. Cargo: <u>Docente / Orientador</u>			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que esse formulário será anexado ao projeto devidamente assinado por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>11 / 06 / 14</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
13. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS		14. CNPJ: 17.217.885/0018-52	
15. Unidade/Orgão:		16. Telefone: (31) 3409-8862	
17. Outro Telefone:		<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>	
Responsável: <u>ELIANE MARINA P. GUIMARÃES</u>		CPF: <u>435.368.406-04</u>	
Cargo/Função: <u>NCE DIRETORA</u>			
Data: <u>14 / 6 / 2014</u>		 Assinatura	
<p>Prof. Eliane Marina P. Guimarães Vice-Diretora da Esc. Enfermagem/UFMG portaria nº 374 de 11/08/2010</p>			
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

PARECER SOBRE PROJETO DE PESQUISA

**Título do projeto:** "O SENSÍVEL E O INSENSÍVEL NA SALA DE PARTO: a construção das relações entre o profissional de saúde e a mulher".

**Autores:** Virgínia Junqueira Oliveira (Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais) e Profa. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Maria de Mattos Penna (Orientadora).

**Descrição do projeto:** Trata-se de uma pesquisa, cujo objeto de estudo refere-se à relação entre profissionais de saúde (médicos ou enfermeiros) na assistência ao parto. Propõe-se como objetivo geral analisar os discursos sobre a assistência ao parto na perspectiva de gestantes e profissionais de saúde, destacando situações positivas e negativas vivenciadas na interação construída durante o trabalho de parto e parto. Estudo qualitativo, a abordagem metodológica utilizada será a Análise Crítica do Discurso (ACD). Como cenários de estudos foram selecionadas as maternidades públicas das cidades da macrorregião Oeste de Minas Gerais (Divinópolis, Itaúna, Campo Belo, Bom Despacho, Formiga e Pará de Minas). Participarão da pesquisa puérperas e profissionais que atuam na assistência ao parto nos serviços já referidos. Como critérios de inclusão para as puérperas foram definidos: admissão no serviço selecionado com diagnóstico de trabalho de parto, gestação a termo, feto vivo e ser classificada como de risco habitual; ter tido parto normal, recebido assistência entre a admissão e o parto, por um período de no mínimo 06 horas e idade entre 15 e 45 anos. Para os profissionais de saúde os critérios de inclusão definidos são: ser enfermeiro obstétrico ou médico obstetra, pertencer ao quadro de funcionários do serviço selecionado e prestar assistência direta à mulher no trabalho de parto, parto e ao nascimento. Todos os participantes que aceitarem participar da pesquisa, deverão assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); para as participantes com menos de 18 anos, o

Aprovado em reunião da Câmara  
Departamental do EMI 18/05/14

  
Prof. Ana de S. P. Errico  
Sub-Chefe  
Dep. de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem UFMG



TCLE será assinado pelo seu representante legal, conforme Resolução nº 466/2012 (CNS/MS). Serão excluídas as puérperas que tiverem qualquer tipo de impedimento de ordem física ou psicológica e os profissionais que no momento da coleta de dados estiverem afastados de suas atividades profissionais, por motivo de férias ou licença médica para tratamento de saúde, licença maternidade, afastamento para capacitação profissional, ou outras afins. Para coleta de dados serão utilizados os seguintes instrumentos: roteiro de entrevista e diário de campo da pesquisadora, com registros da observação participante. A análise dos dados será sustentada pelas principais categorias de análise textual da ACD, isto é, a intertextualidade, a interdiscursividade e a representação indenitária. No Projeto registra-se a observância dos aspectos éticos relativos à pesquisa envolvendo seres humanos, conforme disposto na Resolução nº 466/2012 (CNS/MS). Destaca-se que foram apontados os possíveis riscos e benefícios relacionados à participação na pesquisa. Constam ainda no Projeto cronograma e orçamento; àquele exequível e esse último, de responsabilidade da pesquisadora, não havendo financiamento externo.

**Mérito e análise do projeto:** Há que se destacar a importância da pesquisa, tendo em vista que seus resultados poderão contribuir para dar visibilidade ao problema da violência institucional, temática atual da assistência ao parto, à discussão das relações/interações entre profissionais e mulheres no processo de parto e nascimento e, finalmente, à qualificação da assistência materna e neonatal. O projeto atende aos aspectos éticos para realização de pesquisa em seres humanos como definidos nas diretrizes da resolução já referida; apresenta coerência teórica e metodológica e o objetivo proposto é passível de consecução. Ressalta-se também que o tema e a metodologia escolhidos são de domínio dos pesquisadores e se ajustam à Linha de Pesquisa Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (PPG/EEUFMG), na qual as proponentes encontram-se vinculadas.

**Conclusão:** Diante do exposto sou pela **aprovação** do projeto de pesquisa "O sensível e o insensível na sala de parto: a construção das relações entre o profissional de saúde e a mulher", salvo melhor juízo da Câmara Departamental.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM



Ilmo Sr. Denilson Diniz dos Santos  
Diretória da Maternidade da Santa Casa de Bom Despacho  
Lactário e posto de Puericultura Menino Jesus

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "O sensível e insensível na Sala de Parto: A construção das relações entre o Profissional de Saúde e a Mulher", a ser realizada na Maternidade da Santa Casa de Bom Despacho: Lactário e posto de Puericultura Menino Jesus e demais maternidades da macro-região oeste de Minas Gerais. A referida pesquisa é de autoria da doutoranda Virginia Junqueira Oliveira com orientação da Profa Dra. Claudia Maria de Mattos Penna, como parte do curso de doutorado da Escola de Enfermagem da UFMG. A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar o discurso sobre a assistência ao parto na perspectiva de gestantes e profissionais de saúde de uma rede pública, destacando situações positivas e negativas vivenciadas na interação construída durante o trabalho de parto e parto. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e observação. Para tanto, serão considerados, os dados de identificação das participantes do estudo; suas perspectivas com relação a assistência recebida durante o processo de parto e nascimento. Além das usuárias dos serviços participarão também os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que prestaram assistência direta à gestante durante o período de hospitalização, os quais serão entrevistados para o levantamento das seguintes informações: o significado da profissão, suas perspectivas com relação a assistência prestada à mulher pelos profissionais de saúde no momento do parto e sua percepção sobre a interação construída entre o profissionais de saúde e as usuárias durante o processo de parto e nascimento.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo e para publicações na forma de artigo científico.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Belo Horizonte, 23 de maio de 2014.

Claudia Maria de Mattos Penna  
Prof(a). Dr(a) Claudia Maria de Mattos Penna  
Pesquisador(a) Responsável do Projeto

Virginia Junqueira Oliveira  
Doutoranda Virginia Junqueira Oliveira

Declaro que fui devidamente informado sobre o presente estudo e estou de acordo com a realização nesta instituição.

Denilson Diniz dos Santos  
Sr. Denilson Diniz dos Santos  
Diretoria da Santa Casa de Bom Despacho  
Lactário e posto de puericultura Menino Jesus  
(CARIMBO)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM



Ilmo Sr. Afrânio Emilio Carvalho da Silva  
Superintendente do Hospital São João de Deus

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "O sensível e insensível na Sala de Parto: A construção das relações entre o Profissional de Saúde e a Mulher", a ser realizada na Maternidade do Hospital São João de Deus do município de Divinópolis e demais maternidades da macro-região oeste de Minas Gerais. A referida pesquisa é de autoria da doutoranda Virginia Junqueira Oliveira com orientação da Profª Dra. Claudia Maria de Mattos Penna, como parte do curso de doutorado da Escola de Enfermagem da UFMG. A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar o discurso sobre a assistência ao parto na perspectiva de gestantes e profissionais de saúde de uma rede pública, destacando situações positivas e negativas vivenciadas na interação construída durante o trabalho de parto e parto. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e observação. Para tanto, serão considerados, os dados de identificação das participantes do estudo; suas perspectivas com relação a assistência recebida durante o processo de parto e nascimento. Além das usuárias dos serviços participarão também os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que prestaram assistência direta à gestante durante o período de hospitalização, os quais serão entrevistados para o levantamento das seguintes informações: o significado da profissão, suas perspectivas com relação à assistência prestada à mulher pelos profissionais de saúde no momento do parto e sua percepção sobre a interação construída entre o profissionais de saúde e as usuárias durante o processo de parto e nascimento.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Somentamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo e para publicações na forma de artigo científico.


Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Belo Horizonte, 22 de maio de 2014.

  
Prof(a). Dr(a) Claudia Maria de Mattos Penna  
Pesquisador(a) Responsável do Projeto

  
Doutoranda Virginia Junqueira Oliveira

Declaro que fui devidamente informado sobre o presente estudo e estou de acordo com a realização nesta instituição.

  
Dr Afrânio Emilio Carvalho da Silva  
Diretoria do Hospital São João de Deus  
(CARIMBO)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**



Ilmo Sr. Geraldo Magela Antunes Couto  
Diretória da Santa Casa de Caridade de Formiga

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "O sensível e insensível na Sala de Parto: A construção das relações entre o Profissional de Saúde e a Mulher", a ser realizada na Maternidade da Santa Casa de Caridade de Formiga e demais maternidades da macro-região oeste de Minas Gerais. A referida pesquisa é de autoria da doutoranda Virginia Junqueira Oliveira com orientação da Profª Dra. Claudia Maria de Mattos Penna, como parte do curso de doutorado da Escola de Enfermagem da UFMG. A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar o discurso sobre a assistência ao parto na perspectiva de gestantes e profissionais de saúde de uma rede pública, destacando situações positivas e negativas vivenciadas na interação construída durante o trabalho de parto e parto. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e observação. Para tanto, serão considerados, os dados de identificação das participantes do estudo; suas perspectivas com relação a assistência recebida durante o processo de parto e nascimento. Além das usuárias dos serviços participarão também os profissionais de saúde ( médicos e enfermeiros) que prestaram assistência direta á gestante durante o período de hospitalização, os quais serão entrevistados para o levantamento das seguintes informações: o significado da profissão, suas perspectivas com relação a assistência prestada à mulher pelos profissionais de saúde no momento do parto e sua percepção sobre a interação construída entre o profissionais de saúde e as usuárias durante o processo de parto e nascimento.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo e para publicações na forma de artigo científico.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Belo Horizonte, 22 de maio de 2014.

Claudia Maria de Mattos Penna  
Prof(a). Dr(a) Claudia Maria de Mattos Penna  
Pesquisador(a) Responsável do Projeto

Virginia Junqueira Oliveira  
Doutoranda Virginia Junqueira Oliveira

Declaro que fui devidamente informado sobre o presente estudo e estou de acordo com a realização nesta instituição.

Geraldo Magela Antunes Couto  
**Dr. Geraldo Magela Antunes Couto**  
Diretoria da Santa Casa de Caridade de Formiga  
(CARIMBO)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM



Ilmo Sr. Roney Pedro Soares da Silva  
Diretória da Maternidade do Hospital São José

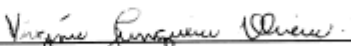
Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "O sensível e insensível na Sala de Parto: A construção das relações entre o Profissional de Saúde e a Mulher", a ser realizada na Maternidade do Hospital São José em Nova Serrana e demais maternidades da macro-região oeste de Minas Gerais. A referida pesquisa é de autoria da doutoranda Virginia Junqueira Oliveira com orientação da Profa. Dra. Claudia Maria de Mattos Penna, como parte do curso de doutorado da Escola de Enfermagem da UFMG. A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar o discurso sobre a assistência ao parto na perspectiva de gestantes e profissionais de saúde de uma rede pública, destacando situações positivas e negativas vivenciadas na interação construída durante o trabalho de parto e parto. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e observação. Para tanto, serão considerados, os dados de identificação das participantes do estudo; suas perspectivas com relação a assistência recebida durante o processo de parto e nascimento. Além das usuárias dos serviços participarão também os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que prestaram assistência direta à gestante durante o período de hospitalização, os quais serão entrevistados para o levantamento das seguintes informações: o significado da profissão, suas perspectivas com relação a assistência prestada à mulher pelos profissionais de saúde no momento do parto e sua percepção sobre a interação construída entre o profissionais de saúde e as usuárias durante o processo de parto e nascimento.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo e para publicações na forma de artigo científico.


Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Belo Horizonte, 22 de maio de 2014.

  
Prof(a). Dr(a) Claudia Maria de Mattos Penna  
Pesquisador(a) Responsável do Projeto

  
Doutoranda Virginia Junqueira Oliveira

Declaro que fui devidamente informado sobre o presente estudo e estou de acordo com a realização nesta instituição.

  
Sr. Roney Pedro Soares da Silva  
Diretoria do Hospital São José - Nova Serrana  
(CARIMBO)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**



**Ilmo Sr. Francisco Vidal Chicata Olacatal**  
**Diretoria do Hospital Nossa Senhora da Conceição**

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **"O sensível e insensível na Sala de Parto: A construção das relações entre o Profissional de Saúde e a Mulher"**, a ser realizada na **Maternidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Pará de Minas** e demais maternidades da macro-região oeste de Minas Gerais. A referida pesquisa é de autoria da doutoranda **Virgínia Junqueira Oliveira** com orientação da Pro<sup>fa</sup> Dra. **Claudia Maria de Mattos Penna**, como parte do curso de doutorado da Escola de Enfermagem da UFMG. A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar o discurso sobre a assistência ao parto na perspectiva de gestantes e profissionais de saúde de uma rede pública, destacando situações positivas e negativas vivenciadas na interação construída durante o trabalho de parto e parto. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e observação. Para tanto, serão considerados, os dados de identificação das participantes do estudo; suas perspectivas com relação a assistência recebida durante o processo de parto e nascimento. Além das usuárias dos serviços participarão também os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que prestaram assistência direta à gestante durante o período de hospitalização, os quais serão entrevistados para o levantamento das seguintes informações: o significado da profissão, suas perspectivas com relação a assistência prestada à mulher pelos profissionais de saúde no momento do parto e sua percepção sobre a interação construída entre o profissionais de saúde e as usuárias durante o processo de parto e nascimento.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo e para publicações na forma de artigo científico.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Belo Horizonte, 22 de maio de 2014.

Claudia Maria de Mattos Penna  
Prof(a). Dr(a) **Claudia Maria de Mattos Penna**  
Pesquisador(a) Responsável do Projeto

Virgínia Junqueira Oliveira  
Doutoranda **Virgínia Junqueira Oliveira**

Declaro que fui devidamente informado sobre o presente estudo e estou de acordo com a realização nesta instituição.

Francisco Chicata  
**Dr. Francisco Vidal Chicata Olacatal**  
**Diretoria do Hospital Nossa Senhora da Conceição**  
**(CARIMBO)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM



Ilmo Sr. Gilberto Brasil de Souza  
Diretória da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte-MG

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "O sensível e insensível na Sala de Parto: A construção das relações entre o Profissional de Saúde e a Mulher", a ser realizada na Maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte-MG e demais maternidades da macro-região oeste de Minas Gerais. A referida pesquisa é de autoria da doutoranda Virginia Junqueira Oliveira com orientação da Pro<sup>a</sup> Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, como parte do curso de doutorado da Escola de Enfermagem da UFMG. A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar o discurso sobre a assistência ao parto na perspectiva de gestantes e profissionais de saúde de uma rede pública, destacando situações positivas e negativas vivenciadas na interação construída durante o trabalho de parto e parto. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e observação. Para tanto, serão considerados, os dados de identificação das participantes do estudo; suas perspectivas com relação a assistência recebida durante o processo de parto e nascimento. Além das usuárias dos serviços participarão também os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que prestaram assistência direta à gestante durante o período de hospitalização, os quais serão entrevistados para o levantamento das seguintes informações: o significado da profissão, suas perspectivas com relação a assistência prestada à mulher pelos profissionais de saúde no momento do parto e sua percepção sobre a interação construída entre o profissionais de saúde e as usuárias durante o processo de parto e nascimento.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo e para publicações na forma de artigo científico.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Belo Horizonte, 23 de maio de 2014.

  
Prof(a). Dr(a) Cláudia Maria de Mattos Penna  
Pesquisador(a) Responsável do Projeto

  
Doutoranda Virginia Junqueira Oliveira

Declaro que fui devidamente informado sobre o presente estudo e estou de acordo com a realização nesta instituição.

  
Dr. Gilberto Brasil de Souza  
Diretoria da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte-MG  
(CARIMBO)

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE  
SANTO ANTONIO DO MONTE - MG  
GILBERTO BRASIL DE SOUZA  
DIRETOR PRESIDENTE



 UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS  
 GERAIS  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM

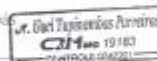

## Declaração

Eu, Uacir Tupinambá, Coordenador da maternidade do Hospital Manoel Gonçalves, declaro aceitar a realização do projeto de pesquisa intitulado " O sensível e o insensível na sala de parto: a construção das relações entre o profissional de saúde e a mulher " cujos dados serão coletados pela pesquisadora, docente da Universidade Federal de São João Del Rei e enfermeira obstetra, Virginia Junqueira Oliveira doutoranda do curso de enfermagem da UFMG. O profissional de saúde na instituição que será responsável pela condução do projeto dentro da maternidade do hospital Manoel Gonçalves será a Enfermeira Ieda de Oliveira Rabelo.

As entrevistas serão realizadas em local privativo e após a assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido pelos sujeitos. O local oferece conforto ao sujeito de pesquisa e garante a privacidade e confidencialidade das informações coletadas. Esta pesquisa terá início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil.

Itaúna, 29 de julho, de 2014

Dr Uacir Tupinambá

Coordenador clínico da Maternidade do Hospital Manoel Gonçalves

