

ARTE DE PARTEJAR: QUEM PROTAGONIZA A CENA?

Monise Gleyce de Araújo Pontes¹⁰
Gigliola Marcos Bernardo de Lima¹¹

RESUMO

O parto e o nascimento têm mudado significativamente com o passar das décadas, tendo transformado o modelo obstétrico e desencadeando uma forte mudança sociocultural. O ritual da parturição tão cheio de graça, naturalidade e afetividade foi esmagado por rotinas, padrões e protocolos hospitalares. Diante desta condição, é necessário entender de que forma esta modificação tem alterado a percepção das mulheres em relação ao parto e ao nascimento e como a assistência materno-infantil tem ocorrido no cenário obstétrico atual. Objetiva-se a partir deste estudo analisar histórias de vida de mulheres que vivenciaram o trabalho de parto e nascimento, identificando traços do comportamento feminino neste processo. Esse estudo se utilizou de uma abordagem qualitativa do tipo exploratória e descritiva. A técnica de coleta do material empírico baseou-se na História Oral Temática conceituada em Meihy (2002). A pesquisa se deu na cidade de Nova Floresta-PB, no mês de fevereiro de 2012, tendo como sujeitos de análise 3 mulheres primíparas de três gerações diferentes, que deram à luz seus filhos por via vaginal em ambiente domiciliar ou hospitalar. A avaliação do material permitiu identificar o contexto no qual se insere a atenção ao binômio mãe-filho, bem como observar a percepção das mulheres em relação aos fatores contribuintes para a sua condição diante a parturição. Os dados mostraram que a forma como a atenção ao parto e nascimento caminhou até chegar à atualidade ainda está longe do idealizado. O resgate do protagonismo feminino é um dos fatores essenciais para que haja a reconstrução de um modelo obstétrico diferente baseado nos princípios da humanização e que depende de todos aqueles que participam deste momento singular.

Palavras-chave: Parto. Protagonismo feminino. Humanização. Transformação da obstetrícia.

INTRODUÇÃO

Ao pensarmos na história do parto a partir do século XX, podemos analisar quanto pequeno foi o espaço para tantas mudanças em sua forma de assistência. O parto, tido como um ritual de feminino, não era considerado um ato médico, e ficava a cargo das parteiras¹. No fim do século XIX, os obstetras se empenharam para promover as transformações da assistência ao parto, passando a incentivar para que este fosse assistido nas maternidades.²

Assim, é possível compreender que a forma como o parto e o nascimento é

¹⁰ Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). End.: Rua José Hinaldo Bezerra, 210, Bairro: Maria Faustino - Nova Floresta-PB. Tel.: (83) 9630-1771. E-mail: monise_gleyce@hotmail.com.

¹¹ Obstetiz. Mestre em Saúde Pública. Doutoranda em Saúde Pública. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

vista hoje decorrem de um longo processo de transformação pessoal, cultural, social e político, historicamente já vistos. O excesso de autonomia profissional diminui a autonomia materna, e esta é tudo o que a mulher precisa para ser dona de seu parto. Ironicamente, a obstetrícia atual, baseada em tecnologias que supostamente melhoram a assistência em relação àquela adotada até o século XX, pouco tem influenciado para uma assistência de qualidade.³

A mudança do modelo assistencial é, principalmente, uma mudança do ator principal da cena do parto. No modelo tecnocrático, o médico é o ator principal; a ele cabe a condução ativa do trabalho de parto; e no modelo humanístico, a gestante é a atriz principal e inúmeros outros atores são incluídos na cena: a doula, o acompanhante e a enfermeira obstétrica, que apóiam e dão suporte ao trabalho de parto que é realizado pela própria mulher.⁴

Com intuito de resgatar a autonomia feminina frente à parturição e nascimento digno, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu recomendações, que, em 2000, foram publicados no Brasil pelo Ministério da Saúde, sob o título “Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático”, originando a implantação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)⁵. Entre as medidas normatizadas pelo Ministério da Saúde, que objetivam a adoção das práticas humanizadas, está o reconhecimento das enfermeiras obstetras na atenção ao parto normal.

Assim, o interesse em desenvolver esta pesquisa surgiu a partir da observação das próprias histórias femininas cotidianas frente ao processo gestacional, que despertou na autora a curiosidade em reconhecer a figura feminina em uma linha do tempo, ou seja, entender como se deu o processo de mudanças que envolveram e destacaram o papel da mulher ao longo da história, permitindo sua evolução e redesenhando sua posição frente à sociedade e, conseqüentemente, em relação ao parto.

Estas mulheres conseguiram evoluir em meio às falhas da sociedade que, por motivos políticos/econômicos, um dia precisaram delas em seus momentos de fragilidade, permitindo, desta forma, mesmo que inconsciente, a progressão feminina. Percebe-se que, ao longo do tempo, a mulher foi reconstruindo sua imagem e seu espaço na sociedade, reescrevendo sua história de vida. Ainda existe um longo caminho a percorrer, que não difere muito do início: lutas, enfrentamentos, preconceitos a serem vencidos, entre outros.¹

Portanto, diante deste fato, surgiram os seguintes questionamentos: De que maneira o modelo obstétrico vem intervindo no papel da mulher historicamente? Como os profissionais que assistem à gestante desempenham seu papel? Como estas transformações têm contribuído para a melhoria ou agravamento da assistência obstétrica atual?

Este estudo é relevante, tendo em vista a importância de se perceber o parto como algo além da fisiologia feminina, mas também como um processo que envolve transformações psicológicas, sociais e de saúde individual e coletiva.

É necessário conhecer os fatores que influenciam positivamente ou não a resolatividade desta questão, da mesma forma que conhecer o motivo pelo qual são realizadas.

Para responder os questionamentos levantados, foram traçados os seguintes objetivos: Verificar o grau de autonomia de mulheres frente ao trabalho de parto e nascimento; conhecer os métodos utilizados pelos profissionais de saúde ou outras pessoas durante o trabalho de parto e nascimento.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva sob a perspectiva da abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida no município de Nova Floresta, localizada na região do Curimataú paraibano. A escolha pelo local do estudo se deu pelo histórico cultural na cidade de muitos nascimentos por partos normais.

O público alvo deste estudo foram as principais protagonistas da arte de partear, logo, a amostra desta pesquisa foi composta por 3 mulheres que vivenciaram, de forma natural, o processo de parto e nascimento, seja no ambiente domiciliar ou hospitalar em diferentes décadas: 1964, 1986 e 2011, respectivamente.

A coleta de dados foi realizada no mês de fevereiro de 2012, após aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da FASER – Faculdade Santa Emília de Rodat, sob protocolo nº 065/2011, e à Secretaria Municipal de Saúde. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista do tipo semiestruturado, norteado a partir dos objetivos da pesquisa.

Todas as entrevistas foram coletadas nas próprias residências das colaboradoras. Os dados foram gravados em fitas K7, transcritos, textualizados e

transcritos a partir do método da História Oral de Meihy. As suas identidades foram preservadas, sendo, portanto, aquelas apresentadas através de nome de flores que remetem a suas personalidades características.

Todo o estudo foi norteado pelas Resoluções nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e nº 311/07 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem^{6,7}.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O material empírico levantado no estudo nos aproximou das relações entre a mulher, o parto e o processo de nascer, e ainda das mudanças ocorridas no cenário do nascimento.

Os elementos encontrados, considerando as histórias temáticas das colaboradoras do estudo, foram divididos em três eixos categóricos: solidão, informação e desassistência. Nesse sentido, percebe-se, primeiramente, um cenário desfavorável ao nascimento, acabando muitas vezes por constituir relações frias e implicando o momento do parto como um processo institucional e não mais inato da esfera feminina.

Solidão

Muitos são os medos da gestante no momento do parto, porém, nenhuma crença é tão temerosa quanto à solidão, que começa assim que a parturiente adentra no cenário da parturição.

*[...] Eu chorei a noite toda... Sozinha, sem comida, sem nada...
Eu senti muita solidão. [...] (Girassol)*
*[...] Eu sofri bastante (...) eu estava sozinha e não tinha com
quem falar nada e não se sentir segura. [...] (Dente-de-leão)*
*[...] Fiquei no hospital sozinha e tive minha filha numa
enfermaria [...] (Margarida)*

A solidão pode ser entendida como uma das fontes de ansiedade. Neste sentido:

[...] A experiência da separação desperta ansiedade, ser separado significa ser cortado, eis porque ser separado é o mesmo que ser desamparado, incapaz de apreender o mundo, as coisas, as pessoas de modo ativo [...]^{8:28}

As ausências mais sentidas de acordo com as colaboradoras são da presença da mãe, marido ou alguém de sua confiança.

[...] Eu passei a noite inteira sozinha, só pela manhã foi que chegou uma enfermeira lá pra ver como eu estava. [...]
(Girassol)

[...] Antes de eu entrar na sala de parto eu senti necessidade de tá com o pai da minha filha, com minha mãe... Eu queria que meu marido ou minha mãe estivesse comigo [...] (Dente-de-leão)

[...] Numa hora dessa a gente quer tanto as pessoas que a gente gosta perto da gente, a mãe, o marido pra acalmar, pra dizer uma palavra de conforto e eu não tive ninguém. [...]
(Girassol)

De acordo com a Lei nº 11.108 de 2005, os serviços conveniados ao Sistema Único de Saúde devem permitir a presença do acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.⁹ Porém, a realidade vivenciada no cotidiano dos ambientes obstétricos nos mostra que este direito não é cumprido de maneira satisfatória. Muitas instituições de saúde e até mesmo os profissionais omitem e violam este direito, fazendo com que muitas mulheres nem sequer saibam desta lei.

Informação

No que concerne às formas de empoderamento da gestante sobre elas mesmas diante do trabalho de parto e nascimento, entendemos que o empoderamento materno se dá principalmente pelas informações e trocas de experiências adquiridas ao longo da gestação.

Neste contexto, identificamos uma disparidade de conhecimentos entre estas mulheres, de uma geração para outra. O acesso à informação seja através da tecnologia ou do simples ato de dialogar progrediu e prosperou.

[...] Eu não tive orientação de ninguém. [...] (Girassol)

[...] Ninguém conversava nada com a gente, mesmo gestante, não é como hoje que tem pré-natal que lhe prepara do pé a ponta. [...] (Margarida)

[...] Eu havia visto na internet algo sobre parto normal sem dor, até perguntei pra enfermeira porque eu tive dúvida. [...] (Dente-de-leão)

Os depoimentos acima nos leva a refletir que o empoderamento materno é mais recorrente no discurso da mulher da terceira geração, quando, diferentemente das outras mulheres das outras gerações, finalmente passa a existir um profissional exclusivamente para assisti-la, tornando-se assim seu principal orientador através da consulta pré-natal. Aliado a ele, existe toda uma tecnologia que permite à gestante a habilidade de pensar criticamente.

Podemos analisar, através dos discursos, que um importante modo de empoderamento não mudou com o passar dos anos, ou seja, as mulheres de hoje, assim como as mulheres de décadas passadas, ainda continuam buscando a experiência de gestações e nascimentos de outras mulheres como subsídio para seu próprio ensaio materno.

A assistência ao parto surge quando as próprias mulheres passam a se auxiliarem, desenvolvendo assim um arsenal de conhecimentos próprios sobre a gestação e parturição, baseado nas suas experiências e na cultura onde estavam inseridas.¹⁰ Estes conhecimentos eram passados das mulheres mais velhas da família para as mais jovens, sobretudo de mãe para filha, promovendo o empoderamento destas para vivenciar a gravidez.

[...] Eu conversava com minhas colegas de trabalho e vizinhas, porque minha mãe morava longe [...] (Girassol)

[...] Eu conversava com outras mulheres, então umas diziam que parto normal era muito doloroso, outras diziam que não era coisa de outro mundo, que era uma dor suportável [...] (Dente-de-leão)

[...] Eu conversava com minhas vizinhas, entendeu? Eram antigas, já eram mães, elas me orientavam [...] (Margarida)

Em meio a crenças e à cultura social que permeiam ricamente a gestação e o parto, deparamo-nos com conteúdos que remetem ao próprio saber inato feminino. Mesmo as mulheres primíparas conseguem entender a resposta do seu corpo às alterações fisiológicas gravídicas que culminam na parturição. O corpo feminino reconhece tais indícios e por si só é capaz de ser resolutivo.

[...] Veja a inocência, eu via as mães com os meninos e eu pensava que uma só ia nascer quando a outra já estivesse grande. Com o passar do tempo, vieram outras gestações e eu fui entendendo como se davam as coisas [...] (Margarida)

[...] Eu tinha alguma noção porque quando eu comecei a sentir contrações mais fortes eu vi que não era normal, eu já sabia que era pra ganhar neném [...] (Girassol)

[...] Eu não sabia que existia dilatação, então eu pensava “meu Deus, como é que essa criança vai passar? eu sou tão estreita, não tenho nada largo” [...] (Margarida)

Logo, o parto sempre foi um assunto feminino. As experiências compartilhadas permitem às mulheres construir seu próprio conhecimento, que irá auxiliá-la neste processo. É neste momento que surge o papel do profissional de saúde educador. O profissional que assiste a mulher grávida deve estar disponível para um diálogo esclarecedor e dinâmico, integrando um ambiente de relações horizontais onde a construção de conhecimento aconteça norteada pela obstetrícia baseada em evidências, que significa “empregar pesquisas sobre a segurança e a efetividade de exames, procedimentos, tratamentos e outras intervenções, auxiliando na tomada de decisões na assistência”¹¹ e buscando prover à mulher o protagonismo da sua „maternagem“.

[...] A enfermeira disse que eu fosse ao médico uma vez por mês, mas o médico que eu fui não falou nada, não fez nenhum tipo de exame, não indicou nada pra mim, nem me examinou na verdade, ai eu disse pra ela que não ia mais não. [...] (Dente-de-leão)

[...] Geralmente, a enfermeira não conversava comigo a respeito do parto, ela só fazia me examinar, examinar a barriga, ver o peso, pressão, essas coisas mesmo. [...] (Dente-de-leão)

[...] Eu chamei uma enfermeira e disse pra ela que não aguentava mais as contrações e ela só disse: “É assim mesmo, você ainda não tá em trabalho de parto não!” [...] (Girassol)

[...] No trabalho de parto, as enfermeiras vinham, mas só olhavam e às vezes nem falavam nada, só olhavam e saíam, olhavam e saíam. [...] (Dente-de-leão)

Observa-se, nos relatos, que há uma relação frágil entre equipe de saúde e gestantes. Este impasse foi observado em todas as etapas da gravidez: processo evolutivo, resolutivo e involutivo. A ausência de esclarecimentos gera à parturiente vulnerabilidade e falta de conhecimento quanto a sua condição.

No que diz respeito à assistência prestada às mulheres durante as etapas que envolvem o nascimento de uma criança, levando-se em conta as intervenções realizadas, o tratamento humanizado, a relação estabelecida entre equipe

multiprofissional e parturiente e a posição da mulher frente à autoridade do sistema obstétrico, é recomendada, pela OMS, a adoção de práticas que beneficiam e tornam o parto de baixo risco menos intervencionista e mais humanizado¹². Porém, a institucionalização do parto fez com que, ao longo do tempo, essas práticas fossem sendo cada vez mais violadas, implicando diretamente na qualidade da assistência prestada e tirando da mulher o papel de protagonista de sua parturição.

Desta forma, observaram-se, nos relatos seguintes, os procedimentos profissionais mais utilizados na prática obstétrica, fortemente desvalorizados pela OMS, porém, muito comuns ainda nos dias de hoje:

[...] Os toques foram feitos por dois médicos. Cada um fez mais de três toques, eles diziam pra mim que estavam me ajudando.

[...] (Dente-de-leão)

[...] O pessoal mais antigo conta que antigamente existiam as „cachimbeiras“. Pra aumentar as contrações, elas mascavam cebola, misturavam com fumo e passavam na barriga da mulher [...] (Margarida)

[...] Lembro que me deram uma injeção pra aumentar as contrações. [...] (Girassol)

[...] Na hora do parto, precisei ser cortada pra o neném poder passar. [...] (Dente-de-leão)

[...] O resguardo por minha mãe era antigo, ela só me deixou levantar com cinco dias. O banho era só do pescoço pra baixo, com a água morna. Com 6 dias foi que eu me levantei e com 7 dias foi que eu tomei um banho completo. [...] (Margarida)

[...] A enfermeira fez o toque e disse que eu ainda não estava em trabalho de parto, me deu um analgésico e me mandou vir pra casa, mas eu morava longe, quando cheguei em casa tive que voltar porque as contrações estavam mais fortes. [...] (Girassol)

[...] Não me ofereceram nada, fiquei sem comer e sem beber água. [...] (Dente-de-leão)

[...] Eu ouvi a criança chorando, então levaram primeiro pra salinha, eu queria ver ela assim que tivesse nascido, mas só depois foi que ela veio e me mostrou a carinha dela. [...] (Dente-de-leão)

[...] Quando meu filho nasceu, eu nem ficava com ele, só traziam pra mamar e depois levavam pro berçário de novo. O bixinho nem ficava comigo. [...] (Girassol)

[...] No momento do parto, as enfermeiras empurravam minha barriga para baixo pra dar impulso às contrações. [...] (Dente-de-leão)

Desta forma, entendemos que a gestação e o parto são momentos de grande significância para a mulher, trazendo impactos importantes em sua vida a partir do nascimento de um filho. Porém, essa experiência pode ser tanto positiva e enriquecedora quanto negativa, quando percebida por ela como algo traumático. Depende, principalmente, da forma como ela é assistida durante este processo, podendo inclusive influenciar nas gestações e partos futuros.¹³

Para assistir à parturiente, é necessário que não apenas os profissionais multiprofissionais colaborem com a adoção de medidas capazes de atender a mulher em todos os aspectos, é preciso também que as instituições de saúde valorizem a parturiente como um ser humano que necessita de assistência digna e de qualidade.

As relações interpessoais entre parturiente-equipe devem ser embasadas em uma relação de respeito, compreensão e cordialidade, não só com a mulher, assim como o seu filho e familiares, validando seus direitos e apoiando suas escolhas.

De fato, este é um processo árduo, porque a má qualidade da assistência demanda de um forte histórico social e cultural. As medicinas obstétrica iatrocêntrica (centrada no médico), etiocêntrica (centrada na patologia) e hospitalocêntrica (centrada no hospital) não conseguem oferecer a feminilidade que o parto carece, pois é incapaz de reconhecer as necessidades básicas de uma mulher no momento de parir.¹⁴

[...] Meus partos foram todos naturais, com parteiras que eu considerava como minhas comadres. [...] (Margarida)

[...] A primeira enfermeira que ficou comigo me tratou muito bem, cuidou de mim, perguntava se eu tava precisando de alguma coisa, como é que eu estava. [...] (Dente-de-leão)

[...] Nas cidades maiores, já existiam maternidades, mas eu tinha um medo tão grande de hospital. Eu fazia de tudo pra ter em casa com as parteiras, então se dava pra ser normal não se ia para o hospital, né? [...] (Margarida)

[...] Eu achava que com o médico tava mais seguro, porque ele era formado, sabia mais que eu, mas eu me senti melhor nos outros partos em casa. [...] (Margarida)

[...] Eu acho que quando é particular o tratamento é diferente, do que uma pessoa que chega pra ter neném num hospital público sem conhecer ninguém. [...] (Girassol)

[...] Eu confiava na minha parteira, ela era experiente e fez todos os meus partos. [...] (Margarida)

[...] Nos outros partos eu senti a diferença, porque aí já foi em

*uma cidade pequena, eu já conhecia o médico, as enfermeiras.
[...] (Girassol)*

Entendemos que a confiança depositada pela gestante na equipe que assiste é fundamental para que esta se sinta segura em relação à sua saúde e a do seu filho. Os relatos evidenciam ainda a condição de dependência da mulher ao outro, nesse caso, ao próprio profissional de saúde, quando estas se referem que “a parteira”, “a enfermeira” ou “o médico” fez seu parto. Na verdade, quem o faz é ela própria, o profissional apenas intervém no processo.

Desde a antiguidade, as mulheres sempre procuravam posições verticais para parir, pois a própria ação da gravidade sobre o corpo facilita o processo de dilatação, expulsão e dequitação. Porém, com o avanço da medicina obstétrica, a mulher passou a ser tratada como enferma e impedida de atuar ativamente, a começar pela posição adotada no momento da expulsão do feto, em que era mais cômoda para o médico e fisiologicamente mais difícil para a mulher. Assim, a verticalização do parto foi sendo substituída pela forma horizontal e, desta forma, várias outras intervenções foram necessárias para compensar esse desequilíbrio.¹⁵

A mulher acostumada a parir em casa, em sua própria cama, viu-se obrigada a ter seu filho no hospital. Chegando lá, foi obrigada a se deitar no momento da parturição para que fosse facilitada ao médico a visualização do canal vaginal e manipulação dos órgãos sexuais reprodutivos femininos. Na posição horizontal, o processo de nascimento é retardado, por isso a gestante precisa ser medicada para que este seja acelerado, além de precisar receber o corte conhecido como episiotomia para que o feto possa passar mais facilmente pelo trajeto de parto e, por fim, durante a expulsão do feto, foi negado a ela o poder de receber seu filho.

Na posição horizontal, ela permanece olhando para o teto, ou seja, quando a mulher se deitou para parir, todo o processo fisiológico natural da parturição foi alterado, não para conforto dela, mas sim para o conforto de quem “faz” seu parto, roubando-lhe o protagonismo da parturição.

*[...] No meu último parto eu precisei ter no hospital. Fui pra sala de parto e tive que ficar naquela maca que a gente coloca as pernas. Achei ruim, porque eu era acostumada a ter em casa na minha cama, na posição que eu queria, né? [...] (Margarida)
[...] Quando me levaram pra sala de parto, o médico mandou eu me deitar e colocar as pernas lá num gancho. [...] (Girassol)*

[...] Durante o trabalho de parto, eu fiquei na posição que eu quis, eu ficava um pouco sentada, mais em pé do que sentada, por causa das contrações. [...] (Dente de leão)

[...] Quando já tava mais perto de ganhar neném, não me deixaram mais sentar, me colocaram na cama que era muito desconfortável porque tava quebrada. [...] (Dente-de-leão)

[...] O parto se deu na minha própria cama, eu fiquei deitada normal, só com as pernas dobradas, né? Um pouco aberta, a posição que eu quis foi essa. [...] (Margarida)

[...] Tive minha filha deitada porque na verdade, nem perguntaram nada não, só mandaram “deita aí e fique na posição” e pronto, não é uma escolha da gente não na verdade. [...] (Dente-de-leão)

As instituições de saúde, assim como os profissionais assistenciais, detêm o poder de argumentação, podendo assim oprimir e controlar as gestantes, tornando-as vulneráveis devido à falta de conhecimento sobre seu corpo, os processos reprodutivos e sua própria sexualidade.¹⁶

Deste modo, entendemos que as gestantes têm se submetido cada vez mais às práticas intervencionistas que lhes são dirigidas, de forma que a estas não é permitida a execução de poder de decisão sobre seu próprio corpo, muitas vezes, acreditando que um bom atendimento está relacionado à submissão aos profissionais e seus procedimentos, mesmo que estes venham de encontro a sua vontade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atitude feminina frente ao processo de gestar e parir é bastante variável, levando-se em conta fatores importantes que podem ser identificados através da crescente mudança nos padrões e na forma de vivenciar a maternidade.

A postura passiva da mulher construída ao longo da evolução histórica a condicionou a pensar que um bom atendimento está relacionado à submissão aos profissionais e às rotinas impostas. Desta forma, para ela, o médico é o grande detentor do saber e, por este motivo, não o confronta. Este fato se incide talvez como o maior obstáculo a ser superado, pois de nada adianta todas as intercessões defendidas pelas políticas públicas para devolver-lhes o protagonismo do parto se nem mesmo elas sabem que perderam este atributo.

Logo, o papel ativo da mulher surge como fator essencial para a

(re)construção de um modelo obstétrico diferente, em que, neste novo cenário, o protagonismo feminino está resgatado, de forma a exigir uma nova assistência capaz de promover a parturiente uma relação horizontal, respeitosa, proporcionando assim que as gerações seguintes possam nascer dignamente por meio de um parto ativo, consciente e humanizado de verdade.

Este estudo permitiu a observação de diferentes fatores que levaram a atenção obstétrica a ser visualizada pelas gestantes como um sistema autoritário que valoriza um cenário de parto tomado pela violência obstétrica que controla e manipula sua gestante, omitindo seus direitos e desrespeitando suas escolhas.

ART PARTEJAR: WHO STARS IN THE SCENE?

ABSTRACT

The labor and birth has changed significantly over the decades, having transformed the obstetric model and triggering a strong socio-cultural change, the ritual of childbirth so full of grace, naturalness and warmth, was crushed by routines, patterns and hospital protocols. Given this condition is necessary to understand how this change has altered the perception of women in relation to labor and birth and how the maternal and child health has occurred in obstetric current scenario. It aims to starting this study, analyzing life stories of women who experienced labor and birth, identifying traits of female behavior in this process. This study used a qualitative approach to exploratory and descriptive. The technique for collection of empirical data was based on thematic oral history conceptualized in Meihy (2002). The research took place in the city of New Forest PB, with the subject of analysis primiparous women from three different generations who will give birth to her children vaginally at home or hospital environment. Material assessment identified the context in which it operates attention to both mother and child, as well as observe the perception of women in relation to labor and birth of the factors contributing to their condition before parturition. The data showed that how attention to labor and birth walked to get to today is still far from idealized. Rescue the female protagonist is one of the essential factors for the initial reconstruction of a different obstetric model based on the principles of humanization and it depends on all those who participate in this singular moment.

Keywords: Childbirth. Female protagonist. Humanization. Transformation of obstetrics.

REFERÊNCIAS

1. Domingues RMSM. Acompanhantes Familiares na Assistência ao Parto Normal: A Experiência da Maternidade Leila Diniz. [Dissertação de Mestrado], Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
2. Alttiman CN, Costa SG. Revolução Feminina: as conquistas da mulher no Século XX. São Paulo, Editora: Faculdade Eça de Queirós Jandira; 2009.

3. Sodré TM, Lacerda RA. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. Rev. Esc. Enferm. São Paulo:USP. 2007;41(1):82-89.
4. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2003;19(supl. 2):419-27.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1067 de 6 de Jul. 2005. Diário Oficial da União, Brasília. 2005a(128).
6. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
7. Conselho Federal de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem – Resolução COFEN 311 de 08 de fevereiro de 2007. Rio de Janeiro: Cofen; 2007.
8. Fromm E. A arte de amar. Belo Horizonte: Itatiaia; 1976.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n.º 11.108 de abril de 2005. Brasília.
10. Ávila, MB, Corrêa, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: Revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil Dilemas e Desafios. São Paulo: HUCITEC, Population Council, 1999.
11. Diniz, SG. Os muitos sentidos da humanização. Trabalho apresentado no XI Encontro Nacional de Aleitamento Materno (ENAM), Santos, SP, de 8 a 12 de junho de 2010.
12. OMS. Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Genebra, 1996.
13. Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde Soc. 2008;17(3):138-51.
14. Jones, R. Memórias do Homem de Vidro - Reminiscências de um Obstetra Humanista. Ed. Idéias a Granel, Porto Alegre: Vidro, 2004. 286 p.
15. Osava, RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico (Tese Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.
16. Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 4ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1981.

Recebido em: 24.09.12 Aceito em: 26.10.12
--