

Os Movimentos Sociais na Humanização do Parto e do Nascimento do Brasil*

**Social Movements For The
Humanization Of Childbirth In Brazil**

Daphne Rattner ¹

Ricardo H. Jones ²

Simone Grilo Diniz ³

Renata Sousa Beltrão ⁴

Ana Flávia Coelho Lopes ⁵

Tatiana Coelho Lopes ⁶

Silvéria Maria dos Santos ⁷



* Artigo inédito, elaborado sem fontes de financiamento. A seção As Marchas das Mulheres foi publicada na revista Brasil Mulher Jul/Ago/Set 2012.

1 Daphne Rattner, Médica Epidemiologista, professora da Universidade de Brasília, Presidente da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa e integrante da diretoria da International MotherBaby Childbirth Organization – IMBCO.

2 Ricardo H. Jones, Médico Obstetra, integrante do Colegiado da ReHuNa, palestrante internacional

3 Simone Grilo Diniz, Médica Sanitarista, professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, integrante do Colegiado da ReHuNa, e pesquisadora visitante no King's College London (2012)

4 Renata Sousa Beltrão, Educadora em Saúde, Vice-Presidente da ReHuNa, Coordenadora da Rede Nacional de Doulas

5 Ana Flávia Coelho Lopes, Especialista em atendimento sistêmico a famílias e rede social pela PUC/MG, Assistente Social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

6 Tatiana Coelho Lopes, Doutora em Saúde Coletiva IMS/UERJ, Fisioterapeuta e Integrante da Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman.

7 Silvéria Maria dos Santos – Enfermeira Obstetra, professora da Universidade de Brasília, integrante do Colegiado da ReHuNa.

Resumo

É possível identificar três modelos básicos na atenção ao parto e ao nascimento (P&N): os paradigmas Tecnocrático, o Humanista e o Holístico, sendo que o paradigma vigente e predominante é o Tecnocrático. Ademais, pesquisas recentes têm demonstrado que há violência institucional na atenção obstétrica. Para a mudança do paradigma atual para um modelo de atenção humanista e humanizado, é necessário reconhecer o papel dos movimentos sociais. Este artigo relata a atuação de um movimento nacional, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNA); um movimento local, vinculado à comunidade onde se localiza o Hospital Sofia Feldman; em Belo Horizonte/MG; o movimento das doulas; o das parteiras tradicionais; e o das mulheres. Apesar do cenário favorável aos movimentos e suas propostas, as taxas de cesárea continuam em ascensão. Espera-se que, com a produtiva aliança com a atual proposta do governo federal intitulada Rede Cegonha, seja possível avançar no sentido das mudanças necessárias.

Palavras-chave:

Humanização. Movimentos sociais. Atenção perinatal.

Abstract

Three main models of childbirth care may be identified: the Technocratic, the Humanistic and the Holistic paradigms, being the predominant current one the Technocratic. Besides, recent research has shown that institutional violence occurs in childbirth care. It is important to acknowledge the role of the social movements in this paradigm shift to the Humanized and Humanistic care. This paper reports how a national movement acts – the Brazilian Network for the Humanization of Childbirth (ReHuNa); how a local community by Hospital Sofia Feldman, in Belo Horizonte, Minas Gerais state, participates in the care; the social movements of the doulas, of the traditional midwives and of the women. In spite of the favorable scenario to the movements and their proposals, cesarean sections keep their ascending trend. It is expected that, with the productive alliance between the movements and the current policy of the federal government called Rede Cegonha (Stork Network), we may advance in the direction of the needed changes.

Keywords:

Humanization. Social movements. Perinatal care.

1 Introdução

Para compreender o papel dos movimentos sociais na humanização da atenção ao parto e ao nascimento (P&N) e seu surgimento no Brasil é importante ter noção do contexto da atenção a esses eventos à época de seu surgimento e, portanto, os modelos de assistência ao parto. Ainda que hajam incontáveis maneiras de atender mulheres no parto, em cada mulher que transita por este rito de passagem será construída uma relação única e subjetiva, inigualável e irreprodutível. Entretanto, para um olhar externo, é possível criar uma etnografia da assistência ao nascimento, em um recorte transcultural e abrangente, que ofereça viés comparativo entre modos preponderantes de interação entre cuidadores e pacientes. A partir de valores constitutivos, relacionados à maneira como o processo de nascimento é encarado pelos profissionais assistentes, foi possível estabelecer três grandes vertentes, que foram agrupadas em modelos *Tecnocrático*, *Humanista* e *Holístico*, classificação criada pela antropóloga americana Robbie Davis-Floyd (1998; 2001).

O modelo *Tecnocrático* é o preponderante atualmente. Baseia-se na visão cartesiana, enfatizando a separação entre mente e corpo (*res cogitans versus res extensa*), estabelecendo a máquina como a mais adequada metáfora para o corpo humano e privilegiando a percepção do paciente como objeto. Nessa acepção a mulher é dotada de máquina física *defectiva em essência*. Como consequência, a paciente aliena-se do processo de cura, as intervenções externas tecnológicas ampliam-se em intensidade e profundidade e ela termina por ser segmentada, particionada e desmembrada, como peças avulsas de maquinaria sofisticada, porém passível de compreensão analítica.

O modelo *Humanista* entende o corpo humano como *organismo* (do grego *organismós*, “conjunto”), extrapolando a compreensão simplista do corpo como máquina complexa. Por ser *conjunto*, é entendido como a interação de aspectos somáticos com as manifestações anímicas, derivadas da linguagem e da razão. Mais que banal soma de órgãos e tecidos, o corpo humano *animado* é caracterizado por expressões de ordem simbólica que se manifestam na relação com seus iguais, por meio da troca infinita de conhecimento e histórias contadas, no que se convencionou chamar de “cultura”. Humanistas do nascimento compreendem o parto como fenômeno integrativo que engloba aspectos emocionais, psicológicos, fisiológicos, sociais e espirituais, extrapolando a visão limitante do biologicismo. O resultado expressa-se na ênfase oferecida aos aspectos relacionais, no resgate do afeto como ferramenta de trabalho e na valorização da conexão com as pacientes como fundamentais para a obtenção de resultados adequados para mãe e para o bebê. Por outro lado, entendem a tecnologia como ferramenta essencial para resgate de casos patológicos que se afastam perigosamente da rota da fisiologia. Segundo Jones (2012, p. 32):

A Humanização do Nascimento vem trazer a síntese entre as conquistas recentes da ciência, que nos oferecem segurança, com as forças evolutivas e adaptativas dos milênios que nos antecederam. Esta releitura do nascimento humano se faz necessária para acomodar as necessidades afetivas, psicológicas e espirituais das mulheres e seus filhos com as conquistas que o conhecimento nos trouxe através da aquisição crescente de tecnologia.

Esse modelo pretende oferecer interlocução criativa entre paradigmas conflitantes. Se o “naturalismo” nos aprisiona nos ditames inexoráveis de uma natureza imprevisível, a “tecnocracia” também nos encarcera sob o domínio de uma tecnologia despersonalizante, coisificante e objetualizante, que se opõe às aspirações humanas de liberdade e autonomia. Portanto, a humanização do nascimento apresenta proposta baseada nesse tripé conceitual:

1. Protagonismo restituído à mulher, como premissa fundamental, sem o qual se estaria apenas “sofisticando a tutela” milenarmente imposta pelo patriarcado.
2. Visão integrativa e interdisciplinar do parto, retirando deste o caráter de “processo biológico” e alçando-o ao patamar de “evento humano”, onde aspectos emocionais, fisiológicos, sociais, culturais e espirituais são igualmente valorizados, e suas específicas necessidades atendidas.
3. Vinculação visceral com a Medicina Baseada em Evidências, deixando claro que o movimento de “Humanização do Nascimento” é fundamentado na razão e na pesquisa científica, e não em crenças religiosas, ideias místicas ou pressupostos fantasiosos.

Finalmente, o modelo *Holístico* proposto por Davis-Floyd (1998; 2001) se baseia na compreensão do corpo humano como sendo formado por um campo energético em constante interação com outros campos de energia. Mais que funções orgânicas, existem relações de “energias”, que perpassam na interação entre sujeitos. Para “holistas”, a origem das enfermidades está na desestabilização do sutil balanço que comanda essas energias que, ao se desarmonizarem, produzem doenças, buscando resgatar o equilíbrio perdido. Dessa maneira, as intervenções terapêuticas se dariam mais no nível “energético” e emocional que no veículo físico e denso, diminuindo, assim, os efeitos indesejáveis da intervenção mecânica ou de drogas sobre o organismo.

Esses modelos de atenção oferecem essa possibilidade de classificação de ordem didática, congregando em três grandes grupos as variadas formas de interação cuidador-paciente e permitindo identificar que o modelo hegemônico preponderante em nosso País é o

Tecnocrático. Porém, outro aspecto importante, referente aos direitos das mulheres e à sua dignidade, é a *violência institucional* corrente na atenção obstétrica.

Trabalho clássico a esse respeito é de D'Oliveira e colaboradoras (2002), que categoriza essa violência em violência por negligência, violência oral, violência física e violência sexual. Outro, de Gomes e colaboradoras (2008), identifica, além da força física, a violência estrutural, muitas vezes já institucionalizada, e a simbólica, e cita Marilena Chauí (*apud* GOMES; NATIONS; LUZ, 2008, p. 62): “Modificar esse quadro é difícil, pois há resistências à efetivação dos direitos humanos no Brasil, uma sociedade violenta, autoritária, vertical, hierárquica e oligárquica, polarizada entre a carência total e o privilégio absoluto”.

Salienta-se que essa violência institucional é violência de gênero (LOCICERO, 1993; CASTRO et al., 2009), e fenômeno da cultura dos serviços de saúde, como transparece na publicação da italiana Franca Pizzini (1989) e no trabalho do mexicano Roberto Castro (2009). Ressalte-se que é generalizada internacionalmente, tanto que, em 2010, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (USAID) abriu linha de apoio financeiro a projetos que investiguem intervenções de assistência respeitosa específica aos cuidados de atenção a P&N, como estratégia para modificar o que é denominado “desrespeito e abuso em serviços de atenção a partos e nascimentos” (BOWSER; HILL, 2010).

Embora seja frequente nos serviços de saúde, assim como a violência doméstica e a sexual, por muitos anos permaneceu invisível. Todavia, em 2010 Venturi e colaboradores mostraram sua alta prevalência em nosso País: pesquisa representativa da realidade nacional mostrou que 25% das mulheres relataram ter sofrido alguma forma de violência nos serviços de atenção ao parto, tanto em serviços públicos (27%) como em privados (17%).

A contrapartida a essa violência institucionalizada seria uma *atenção humanizada e respeitosa*. Essa violência institucional e a crítica ao modelo de atenção Tecnocrático ensejaram que se constituísse um movimento social pela humanização do P&N. Saliente-se, todavia, que o movimento é plural. Neste artigo serão descritas algumas dessas variantes: o movimento nacional, em que a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) foi pioneira; a possibilidade de organização em nível local, a exemplo do trabalho com a comunidade das cercanias do Hospital Sofia Feldman, de Belo Horizonte/MG; a forma como as doulas, acompanhantes de parto, vêm se estruturando nacionalmente; a organização das parteiras tradicionais; e a das mulheres, que culminou em marchas em muitas cidades do País.

2 Movimento nacional: a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa)

O processo de constituição do paradigma Tecnocrático ocorreu no século XX, e principalmente na segunda metade intensificaram-se intervenções e uso intensivo de tecnologia. Já em 1942, Grantly Dick-Read (2011, p. 14-15) alertava para os possíveis efeitos danosos da mudança na doutrina de atenção, o que denominou de “crueldade das rotinas de eficiência institucional existente em alguns hospitais”.

Este quadro se consolidou na segunda metade do século XX, fase política muito difícil do País, sem circulação de informação. Crescia o entusiasmo com a industrialização e essa abordagem também se instalou nos serviços de saúde (RATTNER, 2009), tendo aumentado os nascimentos por cesárea, que assumiram características de bem de consumo (RATTNER, 1996).

Na contracorrente, cabe citar o professor uruguaio Roberto Caldeyro-Barcia (1921-1996), cujas pesquisas impactaram no meio obstétrico internacional e lhe facultaram a possibilidade de constituir o Centro Latino-Americano de Perinatologia (Clap), vinculado à Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/Organização Mundial da Saúde (OMS), instituição de referência sobre atenção fisiológica ao parto até o presente. Em trabalho de 1979, esses autores já discorriam sobre aspectos que atualmente são defendidos pelos ativistas (CALDEYRO-BARCIA et al., 1979).

Pioneiro brasileiro foi o professor da Universidade Federal do Ceará, José Galba de Araújo (1917 – 1985). Na década de 70, implantou sistema misto de atenção integrando ao sistema de saúde – as parteiras tradicionais, incorporando o parto domiciliar e em casas de parto, garantindo transferência e referência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MISAGO et al., 1999). O Ministério da Saúde (MS) atribuiu seu nome ao prêmio Galba de Araújo (BRASIL, 1998), que presta reconhecimento às iniciativas de humanização.

Outra referência são os médicos paranaenses Moysés Paciornik (1914 – 2008) e seu filho Cláudio Paciornik, que divulgaram o parto de cócoras com base nas vivências com indígenas kaingangue.

Nesse cenário, e tendo essas referências, é que surge em 1993 a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa). Tomando como inspiração as palavras de Michel Odent “Para mudar a vida, é preciso primeiro mudar a forma de nascer”⁶, explicitam a motivação da criação da Rede, como mostram trechos da Carta de Campinas (REHUNA, 1993, p. 171):

⁶ Frase proferida e internacionalmente conhecida desse autor

Analisando as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento, queremos trazer alguns elementos à reflexão da comunidade.

O Brasil apresenta a maior taxa mundial de cesáreas (vários hospitais brasileiros ainda têm taxas como 80% ou mais de cesáreas) e este passou a ser o método “normal” de parir e nascer, uma inversão da naturalidade da vida.

No parto vaginal, a violência da imposição de rotinas, da posição do parto e das interferências obstetras perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica. Esses eventos vitais cruciais tornam-se momentos de terror, impotência, alienação e dor.

⁷ Nenhum dos autores deste artigo é fundador da ReHuNa e esta é uma justa homenagem aos que o foram.

É preciso ter clareza do contexto do surgimento dessa organização, há 20 anos, para conceber a ousadia desses visionários⁷. Pouco depois da criação da ReHuNa, uma de suas fundadoras fez o seguinte comentário, muito verdadeiro à época:

Não vejo perspectivas de mudanças: os médicos só querem fazer cesáreas, estão em sua zona de conforto e não pretendem mudar; as enfermeiras obstetras têm sido desviadas para atividades administrativas, estão em sua zona de conforto e não vão brigar com os médicos para assistir partos; as mulheres estão sendo conduzidas a desejar e fazer uma cesárea, estão sem informação e não têm escolhas; e o governo não está nem aí com isso.⁸

⁸ Depoimento pessoal à primeira autora.

Portanto, se atualmente o cenário mudou – embora não seja o ideal, há vontade social e política de mudanças, com recursos alocados – é necessário reconhecer o papel desse movimento social, que “remou contra a corrente”, “deu murro em ponta de faca” e agora começa a colher os frutos desse árduo investimento.

São diversas as contribuições de ativistas da ReHuNa: a mais impactante foi na *gestão do cuidado*, mostrando como deveria e poderia ser um atendimento centrado no bem-estar das mulheres, bebês e suas famílias. Outra foi a *difusão de conhecimentos*, por produção de material, realizando eventos ou organizando campanhas. Uma terceira foi buscando contribuir para a *formulação de políticas públicas* referentes ao tema. A quarta foi ser baluarte de *resistência* contra as muitas tentativas de coibir o exercício humanizado do cuidado por forças que se beneficiam com o paradigma que prevalece. E a quinta grande contribuição foi a ousadia de mexer no *nó górdio* da mudança de paradigma na atenção, qual seja, o processo de *formação de profissionais* para a atenção humanizada a P&N. Essas contribuições serão detalhadas a seguir.

Com relação ao *cuidado humanizado*, é necessário reconhecer profissionais que já na última década do século XX desenvolviam propostas pioneiras: 1) a equipe do Hospital Sofia Feldman, de Belo Horizonte/MG, que nos anos 80 construiu, em parceria com a comunidade, um projeto de atenção humanizada considerado atualmente modelo, tanto de assistência quanto de participação da comunidade e dos trabalhadores de saúde; 2) a equipe do Hospital São Pio X, de Ceres (GO), com seu Centro de Práticas Terapêuticas e sua Casa de Partos, referência do MS para capacitações profissionais sobre humanização da atenção a P&N; 3) a Maternidade Leila Diniz, iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; 4) a Casa de Partos Nove Luas, Lua Nova, de Niterói (RJ); 5) o Grupo de Parto Alternativo da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (SP); 6) a parteira Angela Gehrke da Silva, que, em uma comunidade desfavorecida economicamente, demonstrou a viabilidade, em nosso País, do modelo de atenção em que uma parteira/obstetiz atende gestações e partos em uma casa de partos, com baixa taxa de intervenções, excelentes resultados e alto grau de satisfação das mulheres (HOTIMSKY, 2001).

Outra iniciativa pioneira de cuidado de rehunid@s (filiaos à Rehuna) foi a implementação de cursos de preparação para gestação, parto, pós-parto e amamentação, salientando-se o Instituto Aurora, que introduziu a preparação com ioga e meditações para gestantes, e disseminou no País a massagem shantala para bebês. Há ainda muitos rehunid@s trabalhando na prática privada, em que exercem a autonomia de praticar o que acreditam, obstetras, enfermeiras obstetras e doulas, inclusive gerando modelos multiprofissionais de atenção que obtiveram divulgação internacional (JONES, 2009).

Rehunid@s também pugnam pelo reconhecimento do trabalho das parteiras tradicionais, tanto o Grupo Curumim Gestação e Parto, como o C.A.I.S. do Parto (Centro Ativo de Integração do Ser), em iniciativas que receberam prêmios e reconhecimento nacional e internacional, e são rehunid@s que iniciaram seu trabalho como doulas. Esses movimentos específicos serão detalhados mais adiante.

Os profissionais de Enfermagem Obstétrica/Obstetrix, reconhecendo-se como profissionais-chave para a mudança de paradigma, aceitaram o desafio das políticas públicas de retomada da atenção ao parto, de ocupar os espaços dos centros de parto normal, demonstrando a viabilidade do paradigma humanista no Brasil. Alguns têm buscado o retorno ao parto domiciliar, com muito preparo técnico e coragem, enfrentando críticas contrárias, e foi constituído na ReHuNa o Núcleo de Parteira Urbana, que organizou em julho de 2012, em Sorocaba/SP, o I Encontro Nacional de Parteira Urbana (I Enapartu).

Quanto à *difusão de conhecimentos* referentes ao tema, o boletim *Notas sobre Nascimento e Parto*, do Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto (Genp), do Instituto de Saúde de São Paulo, já em 1995 divulgava material sobre práticas baseadas em evidências científicas. A publicação *Care in Normal Birth – a practical guide*, da Organização Mundial da Saúde (OMS; 1996), evidenciaria que as reivindicações do movimento tinham respaldo dessa entidade tão prestigiosa, a OMS. Rehunid@s pleitearam ao MS e à Opas sua tradução ao português, finalizada em 2000 e distribuída com o material do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), do MS, a todos profissionais filiados à Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e Associação Brasileira de Obstetrixes e Enfermeiras Obstétricas (Abenfo). A ReHuNa assumiu esse material como diretriz a ser difundida e adotada pelos serviços e, ainda hoje, na filiação, ao preencher a ficha, candidatos a rehunid@s se comprometem a *promover, difundir, preconizar, implantar, implementar e trabalhar para que sejam adotadas em nosso País as Recomendações da Organização Mundial da Saúde para assistência ao parto normal*. A Coordenação Executiva da ReHuNa intermediou, em parceria com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (Jica), a tradução do livro da Colaboração Cochrane com práticas baseadas em evidências científicas: *Guia para atenção efetiva na gestação e no parto* (ENKIN et al., 2005).

Além de intensa produção científica de teses, livros, vídeos, aprofundando a reflexão teórica (vide DINIZ, 2005; 2009) rehunid@s organizaram: o I Seminário sobre Nascimento e Parto do Estado de São Paulo, em 1996, que inspirou outros eventos; os Congressos Internacionais Ecologia do Parto e Nascimento (2002 e 2004: Rio de Janeiro e Florianópolis); e a ReHuNa organizou as Conferências Internacionais sobre Humanização do Parto e Nascimento (2000: Fortaleza; 2005: Rio de Janeiro; 2010: Brasília), em parceria com Jica, MS e outros organismos nacionais e internacionais. Salienta-se a cooperação internacional: rehunid@s também contribuíram na organização de eventos no México, Peru, Ilhas Canárias e Honolulu, e foi na I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento que foi fundada a Rede Latino-Americana e do Caribe pela Humanização do Parto e Nascimento (Relacahupan). Finalmente, cabe mencionar os Encontros de Gestação e Parto Natural Conscientes, realizados anualmente no Rio de Janeiro, oportunidades de trocas de informações e avanços para o movimento (mais detalhes em RATTNER et al., 2010). Por terem estudado muito o tema, rehunid@s tornaram-se referências e são procurados

para matérias na mídia escrita, falada e televisiva, outra estratégia de disseminação das propostas.

Também para disseminar informações foram lançadas as campanhas: pelo Grupo Curumim de Recife: *Parto Humanizado, pense nisso!* (1997); pela ReHuNa de São Paulo, *Pelo direito de acompanhante de escolha da mulher* (1999) e *Pela abolição da episiotomia de rotina* (2003), esta com presença de representante do Clap. (RATTNER et al., 2010).

Em termos de *políticas públicas*, foram rehunid@s que implantaram a primeira política pública explícita de humanização do P&N, na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, nos anos 90 do século passado. Um dos frutos mais conhecidos foi a implantação do novo paradigma de atenção na Maternidade Leila Diniz, já em 1994, que se tornou modelo para outras maternidades municipais. Também esse grupo institucionalizou o acompanhante, por meio de resolução de 1998, inspirando o surgimento de leis e de portarias em outras localidades. Os enfrentamentos encontrados para instalação da casa de partos de Realengo mostram a tenacidade e a adesão desses profissionais ao ideário de humanização. Muitos frutos ficaram dessa comprometida gestão.

Sempre nos foi claro que, para o sucesso do projeto, seria necessário conquistar aliados na gestão pública federal. Buscando contribuir na formulação de políticas nacionais que considerassem o P&N e rehunid@s participantes dos Congressos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, em 1997 e 1998, coletaram assinaturas em moções encaminhadas à plenária final e aprovadas para encaminhamento ao MS. Viram seus esforços retribuídos quando, em 2000, foi lançado pelo MS o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, com várias publicações que consideravam as propostas do movimento e as evidências científicas. Desde então, rehunid@s têm sido referência, como consultores das políticas públicas, na elaboração dos documentos técnicos, na disponibilização de campos de estágio profissional, conduzindo projetos de implementação das políticas como o Doulas no SUS e interagindo participativamente, desde 2002, no Seminário de Cesáreas realizado em Campinas; nos Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas (2004 – 2006); no Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (desde 2004); e, mais recentemente (desde 2011), com participação nos Comitês de Especialistas e de Mobilização Social da Rede Cegonha, além de ter contribuído no delineamento e realização do Plano de Qualificação de Maternidades na Amazônia Legal e Nordeste (2009 e 2010), que integra o Compromisso pela Aceleração da Redução das Desigualdades Regionais da Presidência da República. A ReHuNa considera a Rede Cegonha a convergência de várias políticas e o cenário mais favorável possível para a implementação prática de seu ideário.

Também foram rehunid@s do núcleo de Santa Catarina que, inicialmente em seu estado e posteriormente em nível nacional, articularam para que fosse proposta lei que tornasse obrigatória a presença de acompanhantes de escolha da mulher durante o trabalho de parto e no parto. Essa iniciativa institucionalizou-se em 7 de abril de 2005, com a promulgação da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (mais detalhes: RATTNER et al. 2010).

Com respeito à *defesa do exercício profissional humanizado*, salienta-se que novos paradigmas sempre encontrarão resistência, principalmente de quem se beneficia com o atual estado da assistência. Entre as pautas da ReHuNa, desde sua fundação, estão a diversidade de locais para o parto, permitindo a escolha das mulheres; a prestação de cuidados por obstetizes; a presença de acompanhante de escolha; e outras. Essas propostas certamente incomodaram alguns setores da corporação médica, que têm buscado de todas as formas impedir a existência e o funcionamento dos centros de parto normal, ainda que estejam regulamentados oficialmente. Mais detalhes sobre esses embates em Rattner et al. (2010). Recentemente, à medida que o movimento cresce e se consolida, mais enfrentamentos têm aparecido, principalmente nas esferas locais, onde o confronto de paradigmas se expressa no cotidiano: médicos contra enfermeiras ou doulas, instituições privadas que impedem médicas humanizadas de atender partos no quarto etc. A ReHuNa não se furta a esses enfrentamentos e tem dado respostas das mais variadas, fazendo essa defesa, tanto no plano individual, como no político e social (vide ‘As marchas das mulheres’, ao final) – em geral, com resultados favoráveis ao movimento.

O ponto mais desafiador da agenda da ReHuNa é a *formação de trabalhadores de saúde* para o novo modelo. Algumas faculdades de Enfermagem desenvolvem essa proposta e há contingente crescente de enfermeiras obstetras que adotam o novo modelo, havendo as que assumiram a mudança ao ponto de assistir apenas partos domiciliares, como relatado anteriormente. A mobilização da Enfermagem conseguiu que fosse aberto curso de Obstetrícia entre os novos da Universidade de São Paulo, na USP-Leste, direcionado ao novo paradigma. Iniciado em 2005, encontrou-se dificuldades para o registro das formadas no Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, pleito resolvido na Justiça. Outra dificuldade é a abertura de vagas para obstetizes nos serviços públicos e privados de saúde; em agosto de 2012 houve audiência pública na Assembleia Legislativa de São Paulo para discutir essa possibilidade.

Todavia, o *nó górdio* é a formação de novos médicos e a atualização dos que atualmente praticam, para uma Obstetrícia baseada em evidências científicas e menos intervencionista. Em muitas faculdades não se ensina a fisiologia do parto normal e há médicos formados que nunca assistiram a um parto vaginal – podendo prestar-lhe assistência dado seu diploma! Ademais, o Ministério da Educação alega respeito à autonomia universitária para não interferir nos currículos de Obstetrícia. Por outro lado, o MS condicionou o repasse

de recursos de hospitais universitários federais à adequação da ambiência, segundo a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 36/2008. Porém, apenas a readequação da ambiência não condicionará os conteúdos. Hotimsky (2007) mostrou o processo de ensino de Obstetrícia em duas prestigiosas faculdades de Medicina de São Paulo, sem relação com evidências científicas e com “conteúdos ocultos”, em que a conveniência dos profissionais antecede o objetivo do cuidado.

Para o sucesso do novo paradigma, será necessário desatar esse nó, que demandará articulação com entidades médicas como o Conselho Federal de Medicina e a Febrasgo. Mudar os conteúdos e as práticas que são ensinadas. A grande dúvida é: quem ensinará os professores? E como? Uma das possibilidades seria o Projeto Faimer.⁹ Este é um desafio para as instâncias governamentais e um problema que, constantemente, a ReHuNa levanta nos espaços de interlocução de que participa.

3 Movimento local: Participação da comunidade na construção do cuidado materno e infantil: a experiência do Hospital Sofia Feldman

No Hospital Sofia Feldman (HSF), a comunidade teve participação ativa desde sua criação, com envolvimento na mobilização para aquisição do terreno e da construção do hospital, e no cotidiano da assistência, por meio do trabalho voluntário e da presença de acompanhantes para mulheres e recém-nascidos. Posteriormente, a participação da comunidade ampliou-se, com desenvolvimento de projetos em parceria com a Associação Comunitária de Amigos e Usuários do HSF (Acau/HSF) e do Conselho Local de Saúde. Esses projetos possibilitam a permanência da comunidade na instituição em período integral, o que favorece o exercício do controle social e da gestão participativa, contribuindo para a humanização da assistência. Destacaremos dois projetos que envolvem a participação da comunidade na construção e na avaliação do cuidado à mulher na instituição: Doulas e a Ouvidoria Comunitárias.

Atualmente o projeto Doula Comunitária é composto por 28 voluntárias, mulheres que já passaram pela experiência da maternidade e que permanecem durante as 24 horas diárias na instituição. Sua atuação é no apoio às mulheres em trabalho de parto e no parto, oferecendo-lhes suporte emocional e físico, como segurar a mão da mulher, respirar com ela, prover encorajamento e tranquilidade. Essa experiência serviu como referência para a Capacitação de Doulas Comunitárias para o Sistema Único de Saúde (SUS) em maternidades da Região Norte, Nordeste e Centro-Oeste, em parceria com o MS, projeto desenvolvido entre 2003 e 2006. E atualmente, em Belo Horizonte, integra a Política Pública Municipal de Doulas nas maternidades do SUS.

Já o projeto da Ouvidoria Comunitária atualmente é composto por sete voluntárias, presentes na instituição de 7h as 19h, todos os dias, com a função de ouvir usuárias e seus

⁹ Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores Médicos – Instituto Regional de Educação Médica FAIMER Brasil. É um programa de formação específico para professores de Medicina.

familiares em suas demandas (reclamações, sugestões e elogios) e apresentar a instituição às mulheres que desejam conhecer o hospital.

Além disso, a participação do usuário na avaliação da assistência prestada no HSF acontece em espaços distintos, como reuniões com acompanhantes, reuniões de puérperas e reuniões administrativas na Casa de Sofia e na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais. Essas reuniões objetivam oferecer escuta qualificada sobre a assistência recebida e as experiências vivenciadas durante a internação. Além das reuniões, há ainda possibilidade de avaliação escrita pelos usuários, por meio de questionários aplicados pela ouvidora comunitária, e também por meio de caixas de sugestões afixadas nos diferentes setores do hospital.

A reunião com acompanhantes é realizada todas as manhãs, incluindo domingo, em uma sala do Centro de Capacitação do HSF. É coordenada pelo serviço social e há sempre contribuição da ouvidora comunitária em sua organização e desenvolvimento. Nela acontecem trocas de experiências entre acompanhantes, profissionais e comunidade, aprofunda-se a reflexão sobre o sistema de saúde do País, maternidade e paternidade (OLIVEIRA, 2012); durante a reunião, valores culturais sobre processo de nascimento, exercício da cidadania, SUS e em relação à instituição são reconstruídos.

A presença da comunidade no cotidiano da instituição, tanto na gestão quanto na produção do cuidado, possibilita escuta constante das demandas dos usuários e trabalhadores; estas orientam a construção de propostas concretas para melhoria das práticas de assistência e das condições de trabalho, transformando a realidade, ao tornar possíveis propostas até então impensadas (LOPES; DITZ, 2010). Assim, pode-se afirmar que essa participação assegura espaços efetivos para o exercício da democracia e do controle social, com postura ativa e de não resignação desses sujeitos, permitindo reafirmar a saúde como direito de cidadania.

4 A organização das doulas: profissão ou ocupação?

Em 2003, a ReHuNa organizou curso de capacitação de doulas, ministrado por representante da Dona – Doulas of North America, no Rio de Janeiro e em Brasília. Na ocasião, houve visita das organizadoras ao MS, onde foi apresentada a proposta de trabalho das doulas e, a partir desse ano, foram iniciadas as capacitações oficiais de Doulas Comunitárias Voluntárias, por meio de convênio com o Hospital Sofia Feldman. No âmbito do privado, mulheres já vinham trabalhando como doulas e cursos esparsos já haviam sido realizados. Desde então as doulas, mulheres que acompanham outras mulheres em trabalho de parto e no parto, estão se multiplicando em nosso País. O exercício dessa atividade difundiu-se, o que trouxe questionamentos sobre sua legitimidade e originou a necessidade de seu reconhecimento formal.

Essa discussão teve início no 8º Encontro Nacional de Doulas em Brasília, durante a III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, organizada pela ReHuNa em novembro de 2010, na mesa redonda sobre *Doulas profissão ou ocupação?* No debate estavam uma representante do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e uma doula. A representante do MTE acentuou a importância, do ponto de vista legal, do reconhecimento formal da doula como ocupação. Com isso, doulas poderiam usufruir de benefícios de ocupações do País, como possibilidade de recolhimento de INSS, férias, licença para tratamento de saúde e aposentadoria, entre outros. A proposta foi acolhida com entusiasmo por todas as participantes do evento. Apesar de todos os questionamentos, certa era a necessidade de atuação da doula, fosse como ocupação ou profissão, contar com reconhecimento legal.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) é o documento que reconhece, nomeia e codifica os títulos e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. Sua atualização e modernização devem-se às mudanças ocorridas no cenário cultural, econômico e social do País nos últimos anos, implicando alterações estruturais no mercado de trabalho. A nova CBO tem dimensão estratégica importante, na medida em que, padronizando códigos e descrições, poderá ser utilizada pelos mais diversos atores sociais do mercado de trabalho. Terá relevância também para a integração das políticas públicas do MTE, sobretudo no que concerne aos programas de qualificação profissional e intermediação da mão de obra, bem como para o controle de sua implementação.

Para dar início ao processo de reconhecimento, deve-se ter mais de 200 pessoas praticando essa atividade no País. Para o MTE ficou evidente, durante o 8º Encontro Nacional de Doulas, que as doulas já tinham ultrapassado em muito essa marca. O trâmite de reconhecimento na CBO foi aberto em 2012, quando foi convocado um grupo de especialistas para participar da definição e da caracterização das atividades e atribuições desenvolvidas para orientar essa classificação. Com base nessas descrições, em janeiro de 2013 o MTE reconheceu a Ocupação Doula, publicando-a na categoria ocupacional nº 3.221 – Tecnólogos e técnicos em terapias alternativas e estéticas, sob nº 3.221-35. Ainda que se possa questionar se essa inserção é a mais adequada, esta é uma conquista adicional do movimento social pela humanização da atenção ao P&N.

Uma possibilidade de ampliação do acesso das parturientes ao cuidado das doulas é projeto “Doulas no SUS”, parceria entre o MS e a Universidade de Brasília (UnB) que conta com a contribuição da ReHuNa. Em uma primeira fase, trata-se de elaborar material instrucional para, em seguida, formar tutoras e multiplicadoras de doulas em todo o País. Também será elaborada cartilha para ampla distribuição nos serviços de saúde, para que conheçam e cultivem o trabalho das doulas.

5 Os movimentos das parteiras tradicionais

Parteiras realizam a função mais antiga na humanidade. Estão registradas e reconhecidas em documentos antigos como afrescos egípcios e a bíblia. No Brasil, as parteiras são inúmeras e incontáveis. No interior do País percorrem grandes distâncias a pé, a cavalo, em pequenas embarcações, por estradas, por rios ou no meio da mata para atender ao chamado das mulheres em trabalho de parto, que lhes confiam os cuidados ao parir e ao nascer. Rezam implorando proteção aos santos, Deus e Nossa Senhora e cantam para a mulher canções de estímulo e de conforto; fazem massagens, banhos e utilizam medicações à base de ervas. Este arsenal é descrito por Mary Del Priori como um “saber informal, transmitido de mãe para filha, era necessário para assegurar a sobrevivência dos costumes e tradições femininas” (DEL PRIORI, 2004, p.81). Em geral são mães, já pariram, tornando-as mais experientes e com maior compreensão para a hora de dar à luz. Exercem outras funções, muitas vezes na agricultura ou em pequenos negócios. Isso permite que suas vidas de parteiras deixem de ser rotina como acontece nos hospitais. São chamadas para atender parturientes eventualmente, tendo espaço e tempo para outros trabalhos que lhes permitem sair de uma função que poderia se tornar rotineira e fastidiosa.

Parteiras tradicionais foram desconsideradas e excluídas por “adoção de mecanismos sutis de desqualificação e de humilhação social que operam em nossa cultura, em relação às mulheres e à cultura feminina” (RAGO, 2002, p. 60), relacionados às perspectivas de gênero que hierarquizam feminino e masculino, sob a égide do sexismo. Independentemente da representação social atribuída, parteiras sempre estão disponíveis para mulheres que necessitam de seus cuidados, principalmente nos rincões do País onde o sistema de saúde ainda não está estruturado.

Desde os tempos da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (Sesp), e depois pelo MS, tem-se capacitado parteiras tradicionais. O grande diferencial surgiu em 2000, no convênio com o Grupo Curumim – Gestação e Parto, ONG cuja agenda inclui direitos sexuais e direitos reprodutivos. Adotando metodologia paulofreiriana de problematização, contribui para a construção de conhecimento alicerçada na perspectiva cidadã, de direitos das mulheres e das parteiras tradicionais (MELO; VIANA, 2006). Por meio desse convênio, até 2012 já foram capacitadas cerca de 1.900 parteiras tradicionais e 1.350 profissionais de saúde. Outras iniciativas importantes são a constituição da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais (RNPT), trabalho pioneiro da ONG Cais do Parto, e o trabalho desenvolvido com parteiras da Chapada Diamantina pela Universidade do Estado da Bahia.

Também parteiras tradicionais vêm se organizando e há registro de suas Associações nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A criação de associações, o perfil das associadas e os efeitos dessa vinculação sobre a atuação dessas mulheres apontam para a emergência

de novos olhares sobre parteiras tradicionais. E já é tradicional a Marcha das Parteiras, realizada durante as comemorações do Dia Internacional da Parteira, 5 de maio.

Suas reivindicações incluem reconhecimento como profissão (atualmente constam da CBO com o número 515.115 – Parteira leiga) e principalmente seus direitos, sendo o mais candente a aposentadoria, pois ao envelhecer encontram-se sem arrimo. Iniciativa importante foi do Amapá (JUCÁ; MOULIN, 2002), que passou a realizar encontros periódicos de parteiras e lhes garantiu subsídio de meio salário mínimo de 1995 a 2002, programa retomado em maio de 2012.

A recuperação e a valorização da herança de seus saberes e práticas também é preocupação do movimento social e há algumas iniciativas nesse sentido. O Instituto Nômades, de Pernambuco, desenvolve projeto de inventário desses saberes e práticas e já deu entrada no Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan/PE) de solicitação desse reconhecimento, em parceria com o Grupo Curumim, a Associação das Parteiras Tradicionais de Caruaru e a Associação das Parteiras Tradicionais e Hospitalares de Jaboatão dos Guararapes. Durante o XXII Congresso do Conasems de 2006, em Pernambuco, foi realizada a Roda Temática *A Medicina Tradicional e os Sistemas Municipais de Saúde: Humanização do Parto sob o Enfoque do Patrimônio Cultural*, que resultou em uma publicação com esse título do Conasems (Rattner & Terra Ferraz, 2009). No Dia Internacional da III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, em 2010, foi compartilhada essa iniciativa de reconhecimento e valorização dos saberes da parteira tradicional com movimentos sociais internacionais. Destaque-se nessa Conferência a mesa redonda *A importância da atenção à interculturalidade nos sistemas de saúde*, que abordou iniciativas de integração das diferentes culturas em vários países da América Latina, e a mesa *Fortalecimento e Valorização das Parteiras Tradicionais, Inserção no Sistema de Saúde*.

Também na UnB há iniciativa de reconhecimento da sabedoria das parteiras do Centro-Oeste como patrimônio imaterial da humanidade, em um projeto em parceria com a Secretaria de Políticas para as Mulheres e o projeto *Vidas Paralelas* da UnB, desenvolve proposta de que a ocupação das parteiras seja integrada na *Rede Certific* do Ministério da Educação e Ciência (MEC). Esta linha de atuação do MEC se propõe a dar reconhecimento a outros saberes que não os acadêmicos, por meio de certificação oficial por instituição de ensino. Serão inventariadas habilidades, práticas e saberes da parteira tradicional, incluindo rezas e uso de raízes, para depois oferecer possibilidade de certificação às parteiras tradicionais que estejam interessadas. Ainda há muito a fazer para que recebam o devido reconhecimento, mas esses são alguns passos.

6 As marchas das mulheres

No Brasil, já nas décadas de 1970 e 1980, inicia-se a mobilização dos movimentos de mulheres em torno de temas que afetam sua saúde, entre eles a gestação e o parto. Uma conquista é a instituição da Área Técnica de Saúde da Mulher no MS, como prioridade individualizada. A reivindicação à época é “*Voluntária, prazerosa, segura e socialmente amparada – esta é a maternidade defendida pelas feministas brasileiras envolvidas com a humanização do parto*”. (DINIZ; CHACHAM, 2002, p. 3)

A mobilização das mulheres de que trataremos é mais recente e aconteceu por iniciativa espontânea de outros grupos de mulheres. Em 10 de junho de 2012, foi apresentada em um programa dominical vespertino de grande audiência matéria sobre parto domiciliar, em que foi exibido um vídeo do Youtube¹⁰ que havia tido mais de dois milhões de visualizações. Nessa matéria, entre outras pessoas, um professor de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo fez comentários sobre evidências científicas que dão suporte à escolha de um parto domiciliar. No dia seguinte, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj) publicizou sua intenção de denunciar esse médico ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo, para punição por seu posicionamento favorável ao parto domiciliar.¹¹

Imediatamente houve intensa articulação nas redes sociais, principalmente da parte da entidade *Parto do Princípio – Mulheres em rede pela maternidade ativa*. Em repúdio à decisão arbitrária dos Conselhos de Medicina em punir profissionais que compreendem ser da mulher a decisão sobre o local do parto, foi idealizada a *Marcha do Parto em Casa* (MPC). Além da defesa pelo direito à liberdade de escolha, liberdade de opinião, pela humanização do P&N e pela melhoria das condições da assistência obstétrica e neonatal no País, também se demandava de que algo fosse feito em relação às altas taxas de cesarianas que posicionam o Brasil entre os primeiros colocados do *ranking* mundial, sendo que favorecer partos domiciliares seria uma possibilidade para essa redução.

A MPC foi organizada em três dias, por meio de redes sociais, e realizada nos dias 16 e 17 de junho, com manifestações em 31 cidades do Brasil e uma no exterior, para afirmar os direitos das mulheres a escolhas informadas, à sua integridade física e a experiência saudável de parto.¹² Nela, foi distribuída uma *Carta Aberta à Sociedade*. Em paralelo, foi lançada na internet petição de apoio ao profissional¹³. Salienta-se que já estava disponível na internet outra petição, reivindicando debate cientificamente fundamentado sobre local de parto¹⁴. Essas petições ficaram disponíveis coletando assinaturas por vários meses.

A MPC obteve muita visibilidade nacional e conseguiu que o movimento de humanização estivesse no mais assistido programa vespertino dominical em duas semanas seguidas, 17 e 24/6/2012.

¹⁰ Disponível em: <<http://globo.v.globo.com/rede-globo/fantastico/t/edicoes/v/parto-humanizado-domiciliar-causa-polemica-entre-profissionais-da-area-de-saude/1986583/>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

¹¹ Disponível em: <<http://www.jb.com.br/rio/noticias/2012/06/11/cremerj-abrira-denuncia-contra-medico-que-defende-parto-domiciliar/>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

¹² Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=W5c-TA_bvMI&feature=youtu.be>. Acesso em: 27 nov. 2012.

¹³ Disponível em: <<http://www.manifestoivre.com.br/ml/exibir.aspx?manifesto=pariremcasa2012>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

¹⁴ Disponível em: <<http://www.peticaopublica.com.br/?pi=265266RJ>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

¹⁵ Disponível em: <<http://radioglobo.globo.com/radioglobo.manha-da-globo-bh/2012/08/16/ENTREVISTA-PARTO-HUMANIZADO.htm>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

¹⁶ Disponível em: <<http://gazetaweb.globo.com/v2/videos/video.php?c=16308>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

¹⁷ Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23156:por-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3>. Acesso em: 27 nov. 2012.

¹⁸ Disponível em: <<http://www.cremeb.org.br/cremeb.php?m=siteitem&item=1459&idioma=br>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

¹⁹ Disponível em: <http://www.cremepe.org.br/leitorNews.php?cd_noticia=5372>. Acesso em: 27 nov. 2012.

²⁰ Disponível em: <<http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/30281/geral/cns-repudia-proibicao-da-atuacao-de-medicos-no-parto-domiciliar>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

No mês seguinte o Cremerj publicou duas resoluções (nº 265 e nº 266/2012). Uma proibia os médicos do Estado do Rio de Janeiro de assistirem partos domiciliares e atuarem como referência para equipes de partos domiciliares. A outra proibia médicos diretores de estabelecimentos de saúde de permitir o trabalho de “obstetrias, doulas, parteiras etc.” nos estabelecimentos que dirigiam. Ou seja, essas resoluções fortaleciam a visão do parto como ato médico.

Ambas as resoluções foram consideradas por nós ativistas como reação à marcha das mulheres de junho. Postulamos que essas resoluções do Cremerj são contrárias às mais atualizadas evidências científicas acerca do cuidado durante o parto, além de violar os direitos humanos das mulheres. Também são contrárias às recomendações sobre assistência segura e humanizada do MS e da Organização Mundial da Saúde, e são ilegais, pois atentam contra vários dispositivos existentes, como as leis nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (Lei do acompanhante) e do exercício profissional da Enfermagem (Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987). Parteiras e doulas, bem como centros de parto normal (casas de parto), integram o programa Rede Cegonha do MS para atenção mais segura e humanizada e suas diretrizes são baseadas em evidências científicas sólidas.

Houve nova *Marcha do Parto*, em 5 de agosto de 2012, e o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (Coren/RJ) entrou com ação na Justiça contra essas resoluções, tendo conseguido liminar que suspendeu seus efeitos até o julgamento. Nova petição foi inserida na internet, desta vez solicitando revogação das resoluções e dirigida ao MS, ao Conselho Federal de Medicina, ao Ministério Público Federal, ao Conselho Nacional de Direitos da Mulher, ao Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e à Defensoria Pública do Rio de Janeiro¹⁴. Em menos de um mês já havia mais de 8 mil assinantes.

Paralelamente, o movimento buscou apoios, intermediados pela ReHuNa, tendo conseguido audiência com o atual ministro da saúde, Alexandre Padilha, que deu boa acolhida às demandas do movimento social. O MS se posicionou publicamente na defesa das políticas públicas que incluem parteiras tradicionais e doulas¹⁵. A mídia escrita, televisiva e falada deu ampla cobertura ao movimento. O episódio acabou provocando manifestações inclusive de outras entidades médicas, a exemplo da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)¹⁶, do Conselho Federal de Medicina¹⁷, dos Conselhos Regionais de Medicina da Bahia¹⁸ e de Pernambuco¹⁹, mostrando que há divergências na categoria médica a respeito do parto domiciliar e do trabalho em equipe na atenção ao parto. O Conselho Nacional de Saúde²⁰, a Associação Brasileira de Saúde

Coletiva (Abrasco)²¹ e o Centro Brasileiro de Estudos sobre Saúde (Cebes)²² se posicionaram contrariamente às resoluções.

As organizadoras das marchas destacam o conflito de interesse do Cremerj na perpetuação de modelo violento de parto, tentando impedir o direito de escolha das mulheres, violando assim seus direitos reprodutivos. Um dos *slogans* do protesto é “*Chega de parto violento para vender cesáreas*”. Estudos mostram que as taxas alarmantes de cesárea nos hospitais brasileiros não podem ser justificadas pela demanda das mulheres, pois a maioria delas declara no início da gravidez sua preferência pelo parto normal.

Segundo os grupos de mulheres e seus aliados, incluindo muitos médicos, o Cremerj é seletivamente tolerante com violações éticas graves: superestimação de riscos para os bebês para induzir mulheres a aceitar cesarianas eletivas; abuso de intervenções dolorosas e potencialmente prejudiciais, tais como uso liberal da episiotomia, induções e fórceps (para oferecer cesariana como “melhor”, comparativamente); humilhação sexual das mulheres no parto quando pedem ajuda ou manifestam dor; e outras formas de violência de gênero. As ativistas também denunciavam que os médicos frequentemente violam a Lei Federal nº11.108/2005 que garante o direito de acompanhante de escolha durante o parto, tornando essa vivência ainda mais estressante.

O Cremerj já apelou duas vezes da sentença, demonstrando que a batalha legal será longa e árdua, pois provavelmente será travada até a última instância – e não é possível prever seu desfecho, ainda que evidências científicas, políticas públicas, dispositivos legais e o Código de Ética Médica estejam sendo afrontados. Fica, para quem acompanha o episódio, a grande preocupação com a saúde das mulheres e dos bebês cariocas, que seriam privados da referência para complicações, aspecto essencial do parto extra-hospitalar, assim como de suporte emocional durante o parto, caso no julgamento final, as resoluções sejam consideradas ativas.

7 Considerações finais

Políticas sociais são estruturadas como resposta às reivindicações sociais, já que a função dos governos é equilibrar os interesses dos diversos segmentos sociais. Em geral, quando essas vozes não se fazem ouvir, são ignoradas nas políticas públicas. E os movimentos sociais crescem e se desdobram em movimentos de doulas, de parteira urbana, de parteiras tradicionais e o fulcro da assistência, o movimento das mulheres, que se evidencia nas marchas do parto.

No caso da humanização da atenção a P&N, houve sinérgica convergência das políticas públicas com as reivindicações sociais, estando muitos ativistas dos dois lados do espectro:

²¹ Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

²² Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/internaEditoria.asp?idConteudo=3384&idSubCategoria=29>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

têm origem nos movimentos sociais porém, dado seu aprimoramento técnico e científico, contribuem para a formulação e o desenvolvimento das políticas que atendem a seus anseios.

Fato recente é a saída das mulheres às ruas, para reivindicar o direito de escolha para seus partos. Grantly Dick-Read (2011, p. 17), referindo-se às mulheres inglesas de sua época, nas marchas por seus direitos no parto, comenta:

Nunca antes na história do homem ele teve que enfrentar poder tão grande como o das mulheres ativistas, que exercem suas reivindicações tão justificadas e com uma demanda tão impressionante. Atualmente elas são ativistas buscando sua saúde e felicidade no parto natural e na beleza inata de seus bebês, que iniciarão suas vidas incólumes das interferências, que bem poderiam ter sido evitadas.²³

É preocupante que, apesar das iniciativas governamentais e da sociedade civil, permaneça a tendência ascendente das taxas de cesárea brasileiras: segundo o DATASUS²⁴, foram 48% em 2009, 52% em 2010 e dados preliminares do inquérito Nascer no Brasil²⁵ sugerem 54% para 2011. Questionamento importante: para qual parto normal estaríamos reduzindo as cesáreas? Esse parto que é rotina dos serviços, de que 25% das mulheres se queixam de violência?

Para nós, a Rede Cegonha visa corrigir essa situação, atuando na gestão do cuidado – de forma a que seja humanizado; na gestão do sistema de saúde, organizando redes de cuidado que permitam assistência com segurança, adequada aos diferentes graus de risco, com garantia de vagas para o parto, visando eliminar a peregrinação; e com o apoio do Comitê de Especialistas e do Comitê de Mobilização, em que participam os mais variados setores organizados da sociedade civil. Com essa produtiva articulação, de governo, sociedade civil organizada e movimentos de mulheres, espera-se conseguir mudar o paradigma vigente na atenção a P&N, reduzindo a violência institucionalizada e humanizando a assistência, beneficiando as díades de mães/bebês e suas famílias, o que impactará na saúde dos brasileiros, já que anualmente ocorrem no País cerca de três milhões de nascimentos.

²³ Tradução da primeira autora.

²⁴ Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 27 nov. 2012.

²⁵ Comunicação pessoal de Maria do Carmo Leal, coordenadora da pesquisa.

Referências

BOWSER, D.; HILL, K. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth**: report of landscape analysis. [S.l.]: Harvard School of Public Health, 2010. Disponível em: <<http://www.tractionproject.org/sites/default/files/upload/RFA/Respectful%20Care%20at%20Birth%209-20-101%20Final.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.883, de 4 de junho de 1998. Altera a Portaria nº 2.975/GM/MS, de 14 de dezembro de 2011, e homologa os municípios que receberão recursos financeiros para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional em Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Atenção Básica que realizaram adesão ao segundo ciclo do PMAQ-AB. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jun. 1998. Seção 1, p. 24.

CALDEYRO-BARCIA, R. et al. Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. In: CONFERENCIA DICTADA EN EL SIMPOSIO SOBRE RECIENTES ADELANTOS EN MEDICINA PERINATAL, 22., 1979, Tokio. **Anais...Tokio**: [s.l.], 1979.

CASTRO, R.; LÓPEZ GÓMEZ, A. (Org.). Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. In: **Avances y desafíos en la investigación regional**. Montevideo: D.R. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, 2010, 159 p.

D' OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, C. S.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women perpetrated within health care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, [S.l.], v. 359, p. 1681-5, 2002.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic models of birth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, [S.l.], v. 75, Supplement 1, p. S5-S23, 2001.

DAVIS-FLOYD, R.; JOHN, G. **From doctor to healer**: the transformative journey. New Jersey: Rutgers University Press, 1998, 308 p.

DEL PRIORE, M. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997, 680 p.

DICK-READ, G. **Childbirth without fear**. London: Pinter & Martin, 2011, 338 p.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v.10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. **Dossiê humanização do parto**. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005, 279 p.

GOMES, A. M. A.; NATIONS, M. K.; LUZ, M. T. Pisada como chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste brasileiro. **Saúde e sociedade**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 61-72, 2008.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. 2007. 361 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2007.

HOTIMSKY, S. N. **Parto e nascimento no ambulatório e na Casa de Parto da Associação Monte Azul: uma abordagem antropológica**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

JONES, R. H. **Entre as orelhas: histórias de parto**. Porto Alegre: Ideias a Granel, 2012. 263 p.

JONES, R. H. Teamwork: an obstetrician, a midwife and a doula in Brazil. In: DAVIS-FLOYD, Robbie E. (Ed.). **Birth Models that work**. Berkeley: University of California Press, 2009. p. 271-304.

JUCÁ, L; MOULIN, N. **Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá**. São Paulo: Cortez e Unicef, 2002. 144 p.

LOCICERO, A. K. Explaining excessive rates of cesareans and other childbirth interventions: contributions from contemporary theories of gender and psychosocial development. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 37, p. 1261-69, 1993.

LOPES, A. C.; DITZ, E. S. A participação comunitária no cotidiano do serviço de saúde: reafirmando o direito da saúde como direito de cidadania. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2., 2010, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.sispnh.com.br/anais/trabalhos/Participa%C3%A7%C3%A3o_Comunit%C3%A1ria_cotidiano_servi%C3%A7o.pdf>. Acesso em: 20 set. 2012.

MELO, N.; VIANA, P. (Org). **Mulheres e parteiras:** cidadania e direitos reprodutivos. Recife: Grupo Curumim, 2006. 55 p.

MISAGO, C. et al. Humanised maternity care. **The Lancet**, [S.l], v. 354, n. 9187, p. 1391-1392, 1999.

OLIVEIRA, E. C. **A avaliação da assistência prestada no Hospital Sofia Feldman na perspectiva do usuário.** 2012. 34 f. Monografia (Especialização Multiprofissional em Neonatologia) - Faculdade Estácio de Sá, Belo Horizonte, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal:** um guia prático. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 1996, 54 p.

PIZZINI, F. The expectant mother as patient: a research study in Italian maternity wards. **Health Promotion**, [S.l], v. 4, n.1, p.1-10, 1989.

RAGO, M. Feminizar é preciso, ou por uma cultura filógena. **Labrys, Estudos Feministas**, [S.l], n.1-2, jul./dez. 2002.

RATTNER, D. Cesárea: Bem de Consumo? In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, 48., 1996, São Paulo. **Anais...** São Paulo: [s.n], 1996. p. 339-342.

RATTNER, D. et al. ReHuNa: a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S.l], v. 4, n. 4, p. 215-228, 2010. Disponível em <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849/812>>. Acesso em 30 set. 2012.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l], v.13, p. 595-602, 2009. Suplemento 1.

RATTNER, D.; TERRA FERRAZ, S. **A medicina tradicional e os sistemas municipais de saúde: humanização do parto sob o enfoque do patrimônio cultural.** Brasília: Conasems, 2009, 103 p.

RATTNER, D.; TRENCH, B. ReHuNa: carta de Campinas. In: RATTNER, D.; TRENCH, B. **Humanizando nascimentos e partos.** São Paulo: Editora Senac, 2005.

RIO DE JANEIRO (Estado). Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. **Resolução nº 265, 19 de julho de 2012.** Disponível em: <<http://www.cremerj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=714&item=1>, Cremerj-α>. Acesso em: 27 nov. 2013.

RIO DE JANEIRO (Estado). Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro.. **Resolução nº 266, de 16 de julho de 2009.** Disponível em: <<http://old.cremerj.org.br/skel.php?page=legislacao/resultados.php>>. Acesso em: 27 nov. 2013.

VENTURI, G. et al. **Pesquisa mulheres brasileiras nos espaços público e privado.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.