



Artigo Original

O parto é nosso: Autonomia da mulher em trabalho de parto e parto sob o ponto de vista de médicos obstetras humanizados em uma cidade catarinense.

The childbirth is ours: Women's autonomy in labor and delivery from the point of view of humanized obstetricians in a Santa Catarina city.

Raphaela Rezende Nogueira Rodrigues

¹ Centro Universitário de Pato Branco, UNIDEP.

Resumo: A presente pesquisa visou analisar a percepção de quatro obstetras a respeito da autonomia da mulher em trabalho de parto e parto no atendimento humanizado. Entendemos que para agir com autonomia, a mulher deve se sentir competente após compreender a informação e ter a liberdade de decidir. Objetivo: Analisar a existência ou não de autonomia feminina, como ela ocorre e qual é o papel do médico obstetra nesse contexto. Metodologia: Entrevistas com roteiro semi aberto e análise de discurso. Resultados: Concluímos que nem mesmo em um hospital humanizado há garantia de autonomia para a parturiente, nem de relações sem violência, pois o ambiente hospitalar possui regras e condutas específicas para resguardar a equipe e a instituição, dentro de um sistema que hierarquiza os sujeitos ali inseridos. Por mais heterodoxos que os obstetras entrevistados sejam dentro do campo médico, eles estão dentro deste e para tal estabelecem condutas e habitus que estruturam a instituição hospitalar e as suas próprias ações. Conclusões: No contexto do parto humanizado, é percebido através das entrevistas que para a mulher conseguir fazer valer seu poder decisório, é preciso que exista a validação do médico ou a ela é permitido decidir questões ínfimas, portanto, não é uma decisão autônoma por si. Observa-se que há uma maior possibilidade de agir com autonomia quando a mulher grávida tem suporte financeiro que a permita contratar uma equipe de sua escolha, quando opta por um parto em um ambiente extra hospitalar e quando este é realizado com o atendimento prestado por enfermeiras obstetrizes. Portanto, é necessário esclarecer que também há um recorte econômico e de classe quando falamos de autonomia feminina, pois esta não engloba as mulheres como um todo, principalmente as mulheres atendidas pelo sistema público de saúde.

Palavras-chaves: Parto Humanizado, Autonomia pessoal, Violência contra a mulher.

Abstract: The present research aims to analyze the perception of four obstetricians regarding the autonomy of women in labor and delivery in humanized care. We understand that to act independently, the woman should feel empowered, after understanding the information, and must have the freedom to decide. Objectives: To analyze the existence or not of women's autonomy, and what is the role of the obstetrician in this context. Methodology: Interviews with semi open script and discourse analysis. Results: We conclude that even in a humanized hospital there is no guarantee of autonomy for the parturient, or relationships without violence, since the hospital environment has specific rules and procedures to safeguard the staff and institution, within a system that hierarchizes both staff and patients inserted. Even though the interviewed obstetricians may be regarded as heterodoxes within the medical field, they are part of said field and do establish conducts and habitus that structure medical facilities and their own actions. Conclusions: In the context of humanized delivery, it is perceived through interviewing that for women to be able to assert their decision-making power, there is a need for validation by the doctor, or they are allowed only to decide minor issues. Therefore, may not be considered an autonomous decision. It is observed that there is a greater possibility to act with autonomy when the pregnant woman has financial support that allows her to hire a team of her choice, when she opts for a delivery outside an established medical facility, and when this is performed with the care provided by Midwives. Therefore, it is necessary to clarify that there is also an economic and class cut when it comes to women's autonomy, since it does not include women as a whole, especially the women who are attended by the public health system.

Keywords: Humanizing delivery, Personal autonomy, Violence against women.

1. Introdução:

O parto, que era conhecido entre os médicos como um evento de caráter violento físico e sexualmente, “uma espécie de estupro invertido” (Diniz (1), 1997), recebe a solidariedade da obstetrícia, masculina e cirúrgica, que terá soberania sobre o corpo da mulher e o ato de parir, desse modo, pretendendo auxiliá-la. O termo “humanizar” foi utilizado por Fernando Magalhães na década de 1920 e pelo professor Jorge de Rezende, na metade do século XX. Ambos defendiam a narcose e o uso de fórceps como humanizador da assistência ao parto (Diniz (2), 2005). A intenção era retirar completamente as temíveis dores do parto, evento considerado tão violento e perigoso para a mulher. Esse modelo foi abandonado após décadas, pois a morbimortalidade materna e perinatal tinha níveis inaceitáveis. Se o parto é um evento violento, as intervenções sempre serão encaradas como uma forma de aliviar tamanha dor.

De acordo com Diniz (2), mesmo que esse modelo de intervenção exacerbada tenha sido abandonado, foi substituído por um no qual a utilização de drogas era menor – até que sejam utilizadas as anestésias mais seguras – e a mulher fazia um pouco mais de parte do processo, posto que mesmo submetendo-se ao poder médico, ela pode pelo menos ter a certeza de que pariu. A autora aponta que o corpo feminino que antes precisava de tutela, passa a ser descrito como preparado para parir na maioria das vezes, sem necessárias intervenções.

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) é um movimento médico cuja base é a aplicação do método científico em toda prática médicaⁱ. A MBE vem para ampliar e legitimar os discursos que visam mudar práticas consideradas retrógradas e não baseadas em ciência. Em 1993 é criada a REHUNA (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento), uma organização da sociedade civil que visa divulgar a assistência baseada em evidências. Auxiliou a estruturação do movimento de humanização do parto e nascimento no Brasil. O nascimento por via vaginal, que era visto como um perigo para o bebê, é considerado como necessário e benéfico à transição para a vida fora do útero. O parto volta a ser um evento de certo modo, familiar e pessoal (Diniz (2), 2005).

Em 2000 foi lançada pelo Ministério da Saúde uma proposta de humanização dos serviços de saúde no que diz respeito a gravidez, parto e puerpério, chamada PHPN (Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento). A humanização do parto e nascimento visa garantir que a parturiente tenha autonomia, não sofra nenhum tipo de violência e receba tratamento baseado em evidências científicas, não em atitudes que persistem por serem tradicionais, portanto, um parto seguro é aquele em que só se realizam intervenções necessárias e embasadas.

A humanização propõe uma alteração no campo obstétrico. A prática médica que no exercício de seu poder simbólico, não visava informar a paciente dos procedimentos (pois a estava beneficiando), deve agora garantir autonomia da mulher, que poderá fazer escolhas informadas.

As recomendações que se orientam por este novo paradigma, ao mesmo tempo baseado na evidência empírica e nas novas tendências nas relações entre profissionais e pacientes, postulam a centralidade do direito à informação e à *decisão informada* nas ações de saúde. Isto implica uma mudança importante na concepção de relação médico-paciente, pois supõe que a decisão deva ser compartilhada entre os envolvidos, ao invés de decidida de forma unilateral pelo profissional e pela instituição que presta a assistência. (Diniz (3), 2001)

Apesar do PHPN ter sido lançado em 2000, ainda existe relutância em aceitá-lo. De acordo com Busanello (4) *et al* (2011), há um avanço na implementação da proposta, mas os profissionais a consideram uma “imposição das instituições”, além de não enxergarem a proposta da humanização do parto como um direito das mulheres atendidas. A conclusão desses autores é que apesar do Ministério da Saúde investir na implementação de medidas que humanizem o tratamento nos serviços de saúde, somente a criação dos programas não é suficiente para garantir que sejam efetivos. Há que se trabalhar diretamente na formação dos profissionais de saúde, seja por via acadêmica ou por capacitações.

ⁱ Adota técnicas como meta-análises, análise de risco-benefício, experimentos clínicos aleatorizados e controlados, entre outras.

2. Objetivos

Analisar as representações dos médicos humanizados a respeito da existência de autonomia da mulher durante o trabalho de parto e parto. Avaliar o processo de legitimação das práticas realizadas pelos profissionais de saúde para interferir no trabalho de parto/ parto.

3. Metodologia

Para esta pesquisa, entrevistamos os profissionais – médicos obstetras – reconhecidos em uma cidade catarinense por sua prática humanizada, seu *habitus*, sobre como percebem o respeito à autonomia da mulher em trabalho de parto/parto e as relações de poder simbólico e violência que cercam o atendimento. Do total de cinco profissionais que se encaixam nessa categoria - duas mulheres e três homens -, as entrevistas foram feitas com quatro, duas mulheres e dois homens. Para esses médicos serem reconhecidos como dotados de uma prática humanizada, é necessário que tenham interiorizado valores, princípios e regras que os tornaram agentes singulares dentro do campo. As entrevistas tiveram roteiro semi estruturado, utilização do recurso de gravação. Após a transcrição das entrevistas, foi realizada análise dos discursos dos entrevistados.

4. Discussão

A palavra autonomia é de origem grega, formada pelo adjetivo pronominal *autos*, que significa "o mesmo", "ele mesmo" e "por si mesmo"; e pelo substantivo *nomos*, com o sentido de "compartilha", "instituição", "lei", "normas", "convenção" ou "uso", podendo ser interpretada literalmente como "lei do próprio" (Almeida (5), 1999). O paternalismo médico pode ser explicado como a ação que o médico produz com a intenção de beneficiar o paciente sem ter dele consentimento prévio e independentemente da forma como o conseguirá. Pode ser através de omissão, coerção ou do uso da força. (Almeida (5), 1999, p. 76). Todo o desenvolvimento da medicina visa fornecer ao médico autonomia suficiente para decidir o que fosse melhor para o paciente, sem que este possuísse meios – ou até tivesse a vontade – de expressar sua própria autonomia.

A capacidade de agir com autonomia pressupõe que a pessoa que é cuidada tenha a possibilidade de decidir por si mesma, baseando-se no conhecimento adquirido previamente, suas próprias crenças e valores obtidos ao longo de sua vida. A mulher em trabalho de parto está em um contexto complexo, pois a situação em que se encontra é de grande fragilidade, por ter de decidir por ela e pelo feto.

De acordo com Filipe João Correia Leitão (6) (2010 *apud* Reich 2003), para se agir de forma autônoma, são necessários três elementos: Intencionalidade; liberdade para controlar influências e compreensão. A intencionalidade existe ou não existe. Se não há uma real intenção de agir, não há autonomia. Mas se há a intenção de não agir e assim deixar a cargo dos médicos todas as decisões que caberiam ao paciente, essa situação também pode ser considerada uma atitude autônoma. De acordo com Gracia (7) (2007), quatro graus são fundamentais para o controle externo: a coerção, a manipulação, a persuasão e a autenticidade. A coerção pode ser feita de forma direta e agressiva; a manipulação não é agressiva, mas molda as opções disponíveis; a persuasão usa argumentos racionais. Como afirma Levy (8) (2007, p 73), "a autenticidade é um dos valores definitivos da modernidade, consistindo em ser verdadeiro consigo mesmo, permitindo ao indivíduo encontrar por este meio a sua própria forma de viver". Assim sendo, uma pessoa que tem como premissa viver de acordo com suas próprias vontades conseguiria controlar mais facilmente as influências externas que tentam moldar sua opinião.

O médico necessariamente exerce uma influência na decisão do doente, pois é consultado para, juntos, decidirem o que será realizado. Nesse ponto é necessário balancear a

autonomia do paciente e o princípio da beneficência, sem que o paciente seja prejudicado e nem que o médico tenha sua função reduzida a algo puramente técnico.

Leitão descreve também que é necessário estar competente para ter uma atitude autônoma. Essa competência não é universal, mas um estado dinâmico. Uma pessoa é capaz de decidir sobre inúmeras situações ao longo de sua vida, mas não é capaz de decidir sobre outras tantas. A competência legítima é a capacidade reconhecida de um porta-voz autorizado a empregar, em ocasiões oficiais, a língua legítima, a fala digna de crédito.

O uso da linguagem depende da posição social do locutor; o peso de cada agente depende de seu capital simbólico, isto é, do reconhecimento institucionalizado que recebeu de um grupo. Nesse caso, o capital simbólico pertencente ao médico é de grande expressão, posto que a construção histórica do lugar desse profissional visa colocá-lo como o porta voz do corpo doente. A eficácia da imposição simbólica, que são a ordem ou a palavra de ordem, o discurso ritual, só será efetiva se dita por uma autoridade reconhecida pelo destinatário da mensagem, - no caso, os médicos possuem a competência da língua legítima, reconhecida por enfermeiras e pacientes como a palavra verdadeira (Bourdieu (9), 1998).

Para garantir que a paciente esteja apta a decidir, ela deve receber esclarecimentos livres de constrangimento e coação sobre a sua condição atual, feitos em uma linguagem acessível à mulher, independente de sua classe social. De acordo com o Conselho Federal de Medicina, no Artigo 24 do Código de Ética Médica é vedado ao médico não garantir que seu paciente possa decidir sobre si e usar de autoridade para limitar essa decisão (Conselho Federal de Medicina (10), 2010). De acordo com o artigo 31, salvo na situação de perigo de morte, o médico não pode limitar o direito do paciente decidir com liberdade sobre sua saúde. Para conferir ao paciente o direito de decidir, o Conselho Federal de Medicina, no artigo 34 do Código de Ética, proíbe ao médico não informar adequadamente o paciente sobre diagnóstico, prognóstico e riscos, exceto quando essa informação possa provocar dano, neste caso, deverá informar ao responsável legal. É explicitado o direito que o paciente tem de receber informação, entretanto, fica a critério do médico decidir se ele está apto a recebê-la. No entanto, existe uma tendência a conferir à opinião do médico maior valorização em detrimento da vontade do paciente de saber sobre sua real situação.

Há uma particularidade no que tange ao parto: independente da via de nascimento e das consequências, quando a mulher vê-se com o bebê nos braços, o fim está ali, mesmo que os meios não tenham sido os esperados (inclusive em casos de sequelas ou morte, pois nesse caso é compreendido como se o médico tivesse feito o possível, mesmo que suas intervenções tenham influenciado o desfecho). Deste modo, é muito raro que puérperas denunciem práticas médicas abusivas. O parto ainda é visto como um sofrimento e uma cesariana é encarada como uma prática médica que visa livrar a mulher deste mal.

A entrevistada 1 diz inicialmente que considera impossível para a mulher agir com autonomia dentro do ambiente hospitalar, pois as rotinas e condutas médicas não fornecem abertura suficiente para que a mulher esteja preparada para decidir sobre qualquer questão:

Dentro do hospital se a gente partir do pressuposto que autonomia é ter liberdade sobre seu próprio corpo, para vivenciar suas emoções, eu acho que não [existe]. Ela é completamente **desfigurada de um ser sujeito**, ela recebe uma camisola do hospital, ela não pode ter nenhum chinelinho, nada que lembre da casa dela. Ela é desprovida de todos os bens. [...] Acho que isso fere os princípios mais básicos de ter autonomia. Autonomia de pedir uma comida quando tem fome, tomar um copo de água. Isso acho que a gente nem deveria discutir, porque não faz o menor sentido, é básico. Não tem nenhuma evidência que comprove que a mulher é protegida se ela não receber nada de alimentação. (Entrevistada 1, grifos meus)

Depois revê seu argumento e conta sobre um caso em que a mulher conseguiu excepcionalmente agir com autonomia:

A mulher tinha participado do grupo de gestantes do Hospital Universitário e ela não conseguiu vaga nesse hospital e acabou indo para um outro Hospital Público. Chegando lá ela evoluiu o trabalho de parto e fazia uma hora que ela tinha sido internada e disseram que precisava colocar ocitocina - e ela entrando em franco trabalho de parto, com cinco seis dedos de dilatação - e ela disse: "eu gostaria de ver o meu partograma". Aquilo gerou um reboliço dentro da sala de parto, porque o médico só faltou dizer pra ela: quem estudou medicina aqui? Ele até não falou, mas que ele pensou, pensou. E no fim das contas eu levei o partograma pra ela e disse que ela realmente tinha toda razão e que ela não precisava de ocitocina ainda e ela perguntou se podia optar. E naquela situação, não tinha muito como fugir, e eu também estava ali e dissemos que podia. Ela ganhou

o bebê dela em duas, ou três horas, sabe? Então ela teve autonomia porque ela conhecia e porque um profissional naquele momento pode apoiá-la naquela decisão. (Entrevistada 1)

Nesse caso citado pela Entrevistada 1 fica claro que a mulher conseguiu agir com autonomia, pois tinha conhecimento prévio sobre o assunto, obtido através de um curso de gestantes promovido por um hospital reconhecido por sua prática humanizada em choque com a situação encontrada em outro hospital público, que mantém uma prática e tradicional conduta intervencionista. Nesse curso o conhecimento sobre o momento do trabalho de parto e parto é repassado em linguagem acessível. Além do conhecimento obtido, constata-se a importância de que haja uma abertura por parte dos profissionais para que permitam que a mulher decida. Nesse caso, a entrevistada agiu como a mediadora para que a parturiente tivesse o acesso ao próprio partograma e assim postergou-se a intervenção, que se mostrou desnecessária.

Com base nesse relato, podemos dizer que essa mulher foi capaz de agir com autonomia após enfrentar o médico, demonstrando seu conhecimento e desejo de fazer valer sua vontade. Porém, mesmo nesse caso, foi necessária a cumplicidade de um profissional dentro da instituição para que a vontade dela fosse validada. A entrevistada 1 usou seu próprio capital social dentro do campo para intervir e auxiliar a mulher, pois fica claro ao longo da entrevista que aquela instituição não reconhecia a mulher como legítima portadora de voz sobre seu próprio corpo.

No momento em que ela diz que a mulher é “desfigurada de um ser sujeito”, essa objetificação do corpo feminino serve para gerenciar o “problema”. A mulher deixa de ter qualquer objeto pessoal; muitas vezes não tem a possibilidade de ter um acompanhante, apesar da garantia legal; não é informada sobre os procedimentos; muitas vezes sequer sabe quem a atendeu, pois os profissionais não se apresentam. A mulher internada frequentemente tem a sensação de perda de controle do que está acontecendo com o próprio corpo. Essa despersonalização acontece porque, além de dar entrada em um hospital, parte de um campo social dominado pelo saber médico, seu corpo está ali para a manipulação médica, independente de quantos médicos, enfermeiros e técnicos passarão ao longo do turno em que está internada.

Além disto, as características propriamente técnicas da relação terapêutica, que a tornam uma relação assimétrica e de dependência, na qual um dos parceiros, o doente, representa efetivamente o papel de objeto, favorece a manipulação moral do doente pelo médico. O doente nu, deitado, imóvel e silencioso é, realmente, objeto das manipulações físicas do médico, que, vestido, de pé e com seus gestos livres, ausculta-o ou apalpa-o, ordena-lhe que sente, que estenda as pernas, que pare de respirar ou tussa. (Boltanski (11), 1989, p 56)

A entrevistada 2 foi a única a dizer diretamente que é possível para uma parturiente agir com autonomia dentro do hospital, o que só dependeria da equipe que a atendesse e de a mulher ser empoderada o suficiente para querer. Nesse caso, a elaboração de um plano de partoⁱⁱ ajudaria a mulher a ter seus desejos respeitados.

A entrevistada 1 também ressalta a importância do plano de parto como uma tentativa de garantir um tratamento respeitoso e menos intervencionista:

Eu gosto de pensar eu oriento muito as minhas pacientes que estão fazendo pré natal comigo e oriento os profissionais da rede pública também a respeito de plano de parto. [...] Ela precisa se informar hoje em dia. Eu chamo os meus planos de parto de manual de guerrilha obstétrica, porque ela precisa estar muito bem informada. (Entrevistada 1)

O entrevistado 4 reflete sobre a organização da instituição hospitalar, que é feita para funcionar de forma efetiva, mas, para que isso ocorra e o local não tenha prejuízos, há uma espécie de “linha de montagem” que impede um tratamento individual para as pacientes atendidas.

Nenhuma mulher tem autonomia plena em nenhum hospital. Não tem. Eu não acredito nisso. [...] Por isso eu acho importante que vocês tenham todas as possibilidades, incluindo a cesárea a pedido. Se você é dona do seu corpo, você tem o direito de fazer a cesárea também, contanto que você seja adequadamente informada. [...] Você tem uma série de fatores geradores de stress em hospital. Só o fato de você entrar numa maternidade já te tira... Você tem a equipe de enfermagem, você tem os médicos, que vivem ali dentro o tempo inteiro, então agem o tempo inteiro sem pensar no que estão fazendo. Aí quando você entra você já tem tudo organizado para a maternidade dar certo, não é para você parir adequadamente, é para a maternidade dar certo. [...] O

ⁱⁱ O plano de parto é um documento sem validade legal elaborado pela gestante no qual estão anotados os procedimentos que ela autoriza, os que ela incentiva, o que ela não deseja, quais as situações que podem ser autorizadas intervenções.

hospital, de uma maneira geral, funciona como uma fábrica: é uma linha de montagem. E se não for assim, vira um caos. Você tem que ter rotinas, tem que ter pessoas adequadas para fazer aquela rotina, para ter um hospital economicamente viável, você tem que ter movimento. (Entrevistado 4)

O entrevistado 3 também diz que não é possível agir com autonomia dentro do hospital, pois não há uma forma de criar vínculo, que seria imprescindível. Como o hospital é composto por diversos agentes com turnos estabelecidos e horários a cumprir, portanto, a mulher é atendida por uma grande quantidade de pessoas, o que atrapalha a confiança que ela poderia adquirir:

Não, de jeito nenhum é possível agir com autonomia. Tem rotinas no hospital e como lidam com muita gente, teria que ser maternidades por bairro, em cada posto de saúde uma salinha de parto. Assim tu faria vínculo, não vinha apavorada no posto de saúde. E um sistema de helicóptero ou ambulância para levar para uma maternidade caso desse alguma coisa. A mulher no hospital não tem a menor condição, ela vai passar pelo cara do estacionamento, pelo segurança, pela mocinha do balcão que dá informação, pela sala de pré parto, por um toque feito por uma, duas, três ou mais pessoas, outro cara vai examinar, outro cara vai tocar, vai mudar o horário, já é outro médico, esquece! Se a mulher quiser fazer bem ela se faz de "morta", diz que está tudo certo, que o que acontecer está bom. (Entrevistado 3)

Esse entrevistado 3 deixa claro que na sua opinião, a mulher deveria ser cercada por profissionais de sua confiança, que tivessem tempo e preparo para tratá-la de forma única. Ele orienta suas pacientes a não tentar lutar contra o sistema na hora do parto, sem tentar cobrar seus direitos, pois o momento do parto deve ser de tranquilidade e sem nenhum tipo de estresse. De acordo com essa perspectiva mais biológica, a mulher que libera hormônios como a adrenalina, tem um parto mais complicado do que as que não liberam este hormônio, por estarem em um ambiente tranquilo.

O entrevistado 4 explica o que na sua opinião é o motivo para que uma mulher em trabalho de parto não possa ou não consiga decidir, também baseado em uma perspectiva biologicista do corpo feminino:

Você na hora do parto está com o teu raciocínio muito embotado. Toda a função da neocórtex, que é raciocínio lógico, concentração e memória, vai pro espaço. O teu sistema límbico está "a mil". Então a intuição, a capacidade de auto conhecimento, principalmente as tuas emoções, são explosivas, sem o filtro da razão. (Entrevistado 4)

O entrevistado 3 também tem as mesmas referências:

Ela precisa sabotar totalmente a parte cinzenta do cérebro, a parte pensante, para que a paleocórtex comece a dominar o parto. Um instinto sabe fazer o parto, a vida não é tola. [...]Se luta por um parto humanizado, quer dizer que não é humano, né? E está certo, se você vê um parto numa maternidade, com raríssimas exceções é humano aquilo ali. [...] (Entrevistado 3)

Nas falas acima, os dois entrevistados baseiam-se nos escritos de Michel Odentⁱⁱⁱ, que recupera o que é dito por Lamaze^{iv} e procura dar uma base científica e biológica para o que até então estava no campo da subjetividade, da intuição. Os argumentos dados por esse autor estão assentados na noção do parto como um evento puramente fisiológico, no qual a noção de "cultura" atrapalha o processo do nascimento.

Para que a mulher tenha competência para decidir sobre seu corpo durante o parto, é necessário que não ocorra violência. Entretanto, abuso de poder e violência física, endossadas por violência simbólica, são rotineiramente documentados nos estudos sobre a assistência ao parto no Brasil. Há uma naturalização da violação dos direitos humanos, que é repassada inclusive para os estudantes de medicina e futuros médicos.

Sobre o ensino de intervenções que não são consideradas benéficas em instituições de ensino apenas para que o estudante aprenda a realizá-las, dois dos profissionais entrevistados relataram reconhecer a existência dessa situação. A entrevistada 2 diz que é uma questão complicada, pois alguns procedimentos o estudante precisa aprender antes de se formar, como por exemplo locar um fórceps, mas nem sempre há a real indicação. Se houvesse uma paciente

ⁱⁱⁱ Michel Odent é um obstetra francês autor de diversos livros, nos quais há uma tentativa de cientificação, para dar validade as suas ideias.

^{iv} Lamaze foi um obstetra francês responsável por uma técnica que levou seu nome. Essa técnica visava deixar a mulher relaxada ao longo do parto.

com anestesia, com desaceleração do trabalho de parto, a entrevistada 2 tentava “flexibilizar a evidência” para permitir a aprendizagem do aluno, pois, em situações do tipo, não há urgência e o residente poderia aprender com tranquilidade e sem pressa. É pedida a autorização para a paciente e explicado que o residente irá aprender, e esclarecido que ele é um estudante. Ressalta saber que é algo muito difícil de lidar, que é um problema ético, por isso ela tenta ver quem tem uma possível indicação – mesmo que não urgente – e deixar o residente aprender, pois não se pode realizar uma intervenção se o paciente não tem uma real necessidade.

A entrevistada 1 relata que passou por situação na qual se viu confrontada a realizar um procedimento para aprender, mesmo sem concordar com a necessidade da prática. No caso, durante seus anos de estudo relata recusar aprender certos procedimentos – por exemplo, realizar episiotomias em mulheres que além de não ter indicação, estavam desacompanhadas- e critica que durante o ensino, além de aprender a técnica, deveria ser reforçado a aprender o momento ideal para realizar as intervenções.

Para a entrevistada 2, se dependesse da opinião dela, ninguém mais ensinaria a prática da episiotomia. Mas e o fórceps de alívio ou chamado “de aprendizagem”? É como se existisse uma gradação na qual os procedimentos (que ainda são considerados válidos na prática obstétrica tradicional, mas não por pessoas inseridas no movimento da humanização) pudessem ser pautados pelo grau de violência contra a mulher, estando a episiotomia no patamar mais elevado e o fórceps de alívio em um patamar médio (que causa desconforto, mas pode ser relativizado). Sabendo do poder que a fala médica exala, como esperar que uma mulher negue um procedimento, se vários médicos perguntam a ela se “pode” ser feito, que “não fará mal”? Como poderá a mulher atendida recusar que um estudante aprenda manipulando seu corpo, se dela depende somente a boa vontade de autorizar? Se a paciente negar, quem garantirá que ela não será tratada de forma discriminada? De modo geral as mulheres aceitarão a intervenção, pois é do médico a fala legítima sobre o corpo. O parto é, no senso comum, considerado um evento perigoso; a intervenção é vista como um auxílio e a prestação do serviço, como benéfica.

Na dissertação escrita por Leitão (6), é considerado que as mulheres podem agir com autonomia em um parto hospitalar quando podem tomar decisões nas seguintes situações:

- a. Escolher a via de nascimento, se vaginal ou cirúrgica;
- b. Possibilidade de ter acompanhante;
- c. Poder deambular;
- d. Poder receber métodos de alívio de dor não farmacológicos^v;
- e. Poder receber analgesia^{vi};
- f. Poder receber ou negar intervenções como episiotomia, enema e tricotomia;
- g. Decidir se terá monitoração contínua ou intermitente;
- h. Decidir a posição em que irá parir.

Se partirmos do princípio de que existem condutas respaldadas cientificamente como válidas em um parto normal e outras que são ou podem ser malélicas, episiotomia, enema e tricotomia não deveriam ser opções, posto que não são em nenhuma hipótese benéficas e um dos preceitos médicos é não prejudicar o paciente. O mesmo vale para a monitoração, que não é algo obrigatoriamente necessário e sim utilizado após uma avaliação individual do caso. A possibilidade de ter um acompanhante é garantida por lei no Brasil, porém, por não prever punição, o cumprimento torna-se difícil. Deambular e receber métodos de alívio da dor são indicadas como medidas válidas para um parto natural e devem ser incentivados, portanto, são direitos básicos que deveriam ser prestados pela assistência, não somente uma questão de escolha. A escolha da via de nascimento do bebê é um direito fundamental sobre o próprio

^v São métodos como massagens e banho quente.

^{vi} São anestésias para diminuir em parte ou totalmente a sensação causada pelas contrações uterinas.

corpo, desde que o feto tenha seus próprios direitos resguardados. Quando falamos em cesareanas eletivas, não há como verificar especificamente quantas ocorrem por decisão da mulher e quantas atendem à conveniência do médico.

Pretendo chamar atenção para o seguinte: as situações nas quais a mulher tem a sua decisão reconhecida (no trabalho escrito por Leitão (6)) são questões básicas, nas quais o poder decisório é realmente mínimo. Afinal, decidir se quer andar ou tomar um banho quente, são coisas tão básicas e demonstram um poder decisório tão ínfimo que soa ligeiramente como ofensa caracterizá-las como a capacidade feminina de decidir, mesmo em um momento tão importante, inesquecível e desconhecido. Na pesquisa realizada por este autor não foram analisados dados suficientes sobre outro tipo de autonomia que tenha uma relação mais relevante com decisão, pois as próprias mulheres analisadas diziam que sentiam falta de ter mais informações sobre os procedimentos.

Portanto, quando o próprio Código de Ética Médica (10) visa garantir o direito da paciente a receber informações e decidir sobre os procedimentos sugeridos, que a paciente tenha o direito de saber dos riscos a que possa ser submetida e também possa negar aceitar um tratamento (salvo quando não é considerada apta a decidir, nesse caso, a averiguação será feita por um médico, o mesmo que pode classificá-la como "descompensada" por ela gritar de dor), apontar a decisão de caminhar como uma das escolhas válidas para uma mulher em trabalho de parto é realmente muito pouco, até mesmo em um tratamento considerado humanizado.

Apesar do exposto, devemos compreender que o rigor do conhecimento científico jamais se pode sobrepor à autonomia de cada um, uma vez que, apenas numa perspectiva paternalista (baseada unicamente no princípio da beneficência) se poderia conceber que a expressão de desejos da mulher apenas teria sentido dentro do quadro do cientificamente mais desejável. (Leitão (6), 2010, p 32 - 33)

A autonomia é um processo no qual estar apto a decidir não necessariamente é garantia para que haja a capacidade de agir. É preciso além de a mulher ser capaz e ter a intenção de decidir, que a equipe e a própria instituição estejam disponíveis para a mulher agir deste modo, o que torna a questão extremamente complicada.

Chegamos, pois, a algumas questões relativas à autonomia da mulher em trabalho de parto:

- a. A mulher deve receber todas as informações necessárias para se sentir apta a decidir, principalmente ao longo da gravidez e não somente no momento do parto;
- b. A mulher deve compreender essas informações (devem ser feitas em uma linguagem acessível);
- c. Deve estar livre de influências externas (persuasão ou coerção que de algum modo moldem sua visão);
- d. A equipe de saúde que a atende deve dar abertura explicitamente para que ela se sinta livre para decidir;
- e. Ela deve ter a intenção de decidir ou de decidir deixar as resoluções sob o julgamento médico;
- f. A mulher em trabalho de parto está em um momento delicado, cheio de medos e incertezas, além de sob um grande desgaste físico, todos esses fatos fazem com que seja um momento difícil para tomar decisões racionais, e essa dificuldade deve ser respeitada;
- g. A instituição de saúde deve estar preparada para lidar com o fato de que todos os pacientes precisam ser tratados de forma individual, de acordo com seus próprios desejos, história e interesses, não como uma espécie de "linha de montagem", cuja tecnocratização equipara todos os pacientes e os trata da mesma forma, dentro das mesmas regras e no mesmo tempo; por fim,
- h. Existem também as mulheres que impõem seus desejos sem terem necessariamente obtido conhecimento prévio junto às instituições médicas, mas sim através de outras mulheres da família (ou da comunidade) que também pariram.

Com base nos pontos acima, constata-se que, ao acompanhar uma mulher em trabalho de parto, há o enorme desafio de manter uma postura estável entre a ciência, a ética e a humanidade. Esse equilíbrio consiste em respeitar a autonomia da mulher, como um indivíduo

capaz de expressar seus desejos e opiniões, respeitar que há uma outra vida que também tem direitos. Agindo deste modo, o profissional de saúde não pode considerar que sua atuação será preferida, mas sim que receberá valorização pela qualidade e pela ética do serviço prestado.

Talvez possamos tentar estabelecer características típicas de situações, não excludentes entre si, em que as mulheres conseguem, de alguma forma, agir com autonomia:

- As mulheres que fazem algum tipo de ruptura: são aquelas que brigam com a equipe, que não autorizam procedimentos, que ficam em casa o máximo de tempo possível;
- Empoderamento: Como auto-confiança, a certeza de que são capazes faz com que as mulheres tentem buscar alternativas, procurem por equipes e locais mais adequados, pesquisem sobre o assunto ou confiem no próprio corpo, pois estão inseridas em um *habitus* familiar no qual outras mulheres também conseguiram parir sem intervenção médica e
- Equipe preparada: Equipe que atua baseada em evidências científicas e cujos profissionais fornecem uma abertura real para que a mulher possa decidir.

Para poder compreender essas mulheres, seriam necessárias outras pesquisas, que analisassem como elas são tratadas no hospital, o que elas querem, como elas agem e o que esperam do atendimento.

5. Conclusões

Após análise das entrevistas, percebemos que nem mesmo em um hospital humanizado há garantia de autonomia para a parturiente, nem de relações sem violência, pois o ambiente hospitalar possui regras e condutas específicas para resguardar a equipe e a instituição, dentro de um sistema que hierarquiza os sujeitos ali inseridos. Por mais heterodoxos que os obstetras entrevistados sejam dentro do campo médico, a autonomia da mulher estará condicionada às exigências das regras de funcionamento do hospital e a autorização de um médico que tenha competência legítima e seja reconhecido por seu capital simbólico (como o são os entrevistados). Neste contexto, que para a mulher conseguir fazer valer seu poder decisório, é preciso que exista a validação do médico ou a ela é permitido decidir questões ínfimas, portanto, não é uma decisão autônoma por si. Observa-se que há uma maior possibilidade de agir com autonomia quando a mulher grávida tem suporte financeiro que a permita contratar uma equipe de sua escolha. Mais pesquisas são necessárias a respeito da autonomia feminina em um ambiente extra hospitalar e quando este é realizado com o atendimento prestado por enfermeiras obstetras. Portanto, é necessário esclarecer que também há um recorte econômico e de classe quando falamos de autonomia feminina, pois esta não engloba as mulheres como um todo, principalmente as mulheres atendidas pelo sistema público de saúde.

Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

6. Referências Bibliográficas

1. Diniz CS. Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social. 1996..
2. G DCS. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência & Saúde Coletiva. 2005.
3. G DCS. Entre a técnica e os direitos humanos. 2001..
4. Busanello J, Kerber NPdC, Fernandes GFM, Zacarias CC, Cappellaro J, Silva MEd. Humanização do parto e a formação dos profissionais da saúde. Cienc Cuid Saude. 2011 Jan/Mar; p. 169-175.
5. Almeida JLT. Respeito à Autonomia do Paciente e Consentimento Livre e Esclarecido: Uma Abordagem Principialista da Relação Médico-Paciente. 1999..
6. Leitão FJC. Autonomia da mulher em trabalho de parto. 2010..
7. Gracia D. Fundamentos de Bioética Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2008.
8. Levy FJC. Neuroethics Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
9. Bourdieu P. O poder Simbólico. 2nd ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1998.

10. Medicina CFd. Código de ética médica. [Online].; 2009-2010 [cited 2012 outubro 10]. Available from:
http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122
11. Boltanski L. As classes Sociais e o corpo. 3rd ed. Rio de Janeiro: Graal; 1989.

Artigo Recebido: 28.06. 2017

Aprovado para publicação: 21.09.2018

Raphaella Rezende Nogueira Rodrigues

Centro Universitário de Pato Branco

Rua Benjamin Borges dos Santos, 1100, Fraron,

Pato Branco, Paraná

Telefone: (46) 32203000

Email: raphaella.nogueira@gmail.com
